

Bibliothèque numérique

medic@

**Revue médicale française et
étrangère, journal des progrès de la
médecine hippocratique**

*tome 2ème. - Paris : Au bureau de la Revue
médicale, 1844.*

Cote : 90219



Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé
(Paris)

Adresse permanente : [http://www.biusante.parisdescartes
.fr/histmed/medica/cote?90219x1844x02](http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90219x1844x02)

COLLABORATEURS.

MM.

AUBER, D. M. P.
BAYLE, Docteur et Agrégé de la Faculté de médecine de Paris.
BELL, D. M. P., ancien Interne des hôpitaux et Vice-Président de la Société anatomique de Paris.
BLAUD, D. M. P., Médecin en chef de l'hôpital de Beaucaire (Gard).
BOUCHACOURT, D. M. P., chirurgien en chef désigné de la Charité, Président de la société Médicale d'Émulation de Lyon, etc.
BOURDIN, D. M. P.
CERISE, D. M.
CHAUVIN, D. M. P., à Sion (Loire-Inférieure).
COMBES (de Castres), Docteur et Agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier.
CORBY, D. M. P., ancien Chef de Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Paris.
CRUVEILHIER, Professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris.
DELASIAUVE, D. M. P.
DELENS, D. M. P., ancien Inspecteur général des études, membre de l'Académie royale de médecine.
DEVILLE, D. M. P.
DEVILLIERS fils, D. M. P., membre de la société de médecine de Paris.
FERRAND DE MISSOL, D. M. P.
GIBERT, Docteur et Agrégé de la Faculté de médecine de Paris, Médecin de l'hôpital St-Louis.
JOLLY, D. M. P., Membre de l'Acad. royale de médecine.
LAGASQUIE, D. M. P., Membre de la commission médicale d'Égypte en 1828, 29 et 30

MM.

MARTIN, D. M. M.
MARTINET, D. M. P. agrégé libre de la Faculté de médecine de Strasbourg.
MARTINS, Docteur et Agrégé de la Faculté de médecine de Paris.
NONAT (Auguste), Médecin du bureau central des hôpitaux, Membre de la Société de médecine de Paris.
PAYAN, Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Aix (Bouches-du-Rhône).
PETREQUIN, D. M. Chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.
PRUS, Médecin de l'hospice de Bicêtre, secrétaire-général de la Société de médecine de Paris.
RAYNAUD, D. M. P.
RÉCAMIER, ancien Professeur de Clinique médicale de la Faculté, Médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris.
RENOUARD, D. M. P.
REVELLE-PARISE, D. M. P., Membre de l'Académie royale de médecine.
RIBES père, D. M. P., Membre de l'Académie royale de médecine, Médecin de l'hôtel des Invalides.
ROZIER, D. M. P., Membre du Jury médical et Médecin en chef de l'Hôpital-Gén. de Rhodéz (Aveyron).
SEGUIN, D. M. P.
TANQUEREL - DES - PLANCIÈRES, D. M. P. Lauréat de l'Institut, etc.
VERGEZ, D. M. P., à Châteaubriant (Loire-Inférieure).
VIGNOLO, D. M. P.
VIREY, Membre de l'Acad. royale de médecine.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE,

JOURNAL DES PROGRÈS

DE LA

MÉDECINE HIPPOCRATIQUE,

PAR J.-B. CAYOL,

Chevalier de la Légion-d'Honneur, ancien professeur de Clinique médicale de la Faculté à l'hôpital de la Charité de Paris. Médecin consultant de l'Institution royale des Jeunes-Aveugles et de l'infirmerie Marie-Thérèse, membre de la Société de médecine pratique de Montpellier, de la Société royale et de la Société académique de médecine de Marseille, de l'Académie des sciences médicales de Palerme, etc.

RECUEIL

des travaux de la Société de médecine de Paris.

1844. — Tome deuxième.

PARIS,

AU BUREAU DE LA REVUE MÉDICALE,

PLACE SAINT-ANDRÉ-DES-ARTS, n° 11.

—
1844.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

JOURNAL DES PROGRÈS

MÉDECINE HIPPOCRATIQUE

L'histoire de la médecine au dix-neuvième siècle dira le bien qu'a fait ce journal (la *Revue médicale*), par la force de son opposition aussi généreuse que décente.

BÉRARD, *Esprit des doctrines médic.*, p. 155.

REVUE MÉDICALE.

(Mai 1844.)

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

NOTICE MÉDICALE

SUR

LES BAINS D'EMS (BAD-EMS).

Lue à la Société de médecine de Paris, le 17 mai 1844,

Par **M. FAUCONNEAU-DUFRESNE,**

l'un de ses membres,

Et imprimée par décision de cette Société.

MESSIEURS,

Ayant eu occasion de passer deux saisons aux bains d'Ems (en 1842 et 1845), j'ai pensé que vous voudriez bien écouter, avec quelque intérêt, la lecture que je vais avoir l'honneur de vous faire sur cet établissement, sur la nature de ses eaux, sur leurs effets physiologiques et sur les maladies auxquelles elles paraissent le plus appropriées.

Pour donner cours à mes observations, je n'avais nulle préoccupation sur les vertus de ces eaux, vertus que les médecins attachés aux établissements ont toujours une involontaire tendance à préconiser; n'y étant pas non plus comme malade, rien ne me portait à les regarder comme bonnes ou comme contraires à telle ou telle affection. C'est donc avec la plus parfaite liberté d'esprit que je me suis

mis en rapport avec les médecins de la localité, ainsi qu'avec les personnes qui s'y étaient rendues pour leur santé, et que j'ai pu en observer sur moi-même les effets sur l'économie à son état normal.

Parmi les établissements thermaux des bords du Rhin, celui d'Ems est actuellement le plus fréquenté par les malades. On s'y rend de toute l'Allemagne, de la Belgique, de la Hollande, de la Russie, des îles britanniques, etc. La France y fournit aussi un assez grand nombre de baigneurs; beaucoup y arrivent de l'Alsace par les bateaux à vapeur du Rhin, de Nancy et de Metz par ceux de la Meurthe et de la Moselle.

Des têtes couronnées ont quelquefois par leur présence ajouté à la célébrité de ces thermes. L'impératrice actuelle de Russie y a passé une saison entière deux années de suite. En 1842, nous y avons vu le roi de Hanovre. La reine de Grèce y était venue l'année précédente.

Il est facile de prévoir que, dans peu d'années, Ems sera l'établissement thermal de prédilection des malades parisiens. Ce voyage, qu'ils trouvent maintenant long et pénible, pourra bientôt être fait d'une manière commode, avec la plus grande rapidité et à très-bon marché. Lorsque le chemin de fer de Dijon et Mulhouse aura réuni Paris au Rhin, en un jour et demi nous nous trouverons sur ce fleuve; et de Bâle, soit en descendant son cours par une rapide navigation, soit en le longeant sur d'autres chemins de fer, moins de deux autres jours suffiront pour arriver à Coblenz. Ems n'étant qu'à treize kilomètres de Coblenz, ce n'est plus qu'une promenade. Veut-on revenir? on redescend le Rhin jusqu'à Cologne, et, dans la même journée, on peut, en traversant la Belgique en rail-ways,

franchir les soixante lieues qui séparent Cologne de Valenciennes. Enfin, par le chemin de fer du Nord, la frontière belge ne sera plus qu'à cinq heures de Paris. — Qui pourra donc désormais se refuser l'avantage et le plaisir d'un voyage si attrayant et si facile?

Je ne conseillerai cependant à personne, surtout à des malades, de s'évertuer à faire ce trajet avec une telle célérité. Outre qu'elle ne serait pas conforme à une bonne hygiène, elle priverait le voyageur de tout ce que les bords et les vieilles cités du Rhin lui offrent de curieux, non-seulement sous le rapport pittoresque, mais encore sous le double point de vue de l'histoire et de l'art. Le médecin, d'ailleurs, ne saurait oublier que les effets des eaux minérales doivent être secondés par d'intéressantes distractions.

§ I^{er}. SITUATION ET TOPOGRAPHIE, MÉTÉOROLOGIE.

Ems est situé près de la frontière septentrionale du duché de Nassau, au pied nord-ouest de la pente du Taunus. Ce petit état est si riche en eaux minérales, que, dans un rayon peu étendu, on trouve encore Schwalzbach, Slangenbad, Wiesbade, Selster, Geilnau, Soden et Fackingen.

Ems se compose des *établissements seigneuriaux*, des *hôtels* et du *village*. Il est traversé par une chaussée qui conduit de Coblenz à Wiesbade. Presque toutes les constructions se trouvent sur la rive droite de la Lahn, petite rivière navigable qui, après avoir sillonné le duché, se jette dans le Rhin un peu au-dessus de Coblenz. De ce côté, la vallée étant très-étroite, ces constructions sont adossées à la montagne, et l'on a dû même, pour leur donner un peu d'espace, entamer les rochers. Malgré la rapidité de

celle-ci, ses flancs sont recouverts, du pied à la cime, de jardins et de vignes, excepté en quelques points, où son escarpement est tel, que l'homme ne peut y parvenir. Mais, de l'autre côté de la Lahn, où sont aussi des maisons, la vallée, plus large, contient des prairies, des potagers, des terres labourées, qui présentent à l'œil d'agréables nuances, et la chaîne de montagnes qui la borde offre des formes pyramidales, revêtues de forêts de chênes, de hêtres, de bouleaux et de saules. Le double rideau montagneux est coupé, surtout sur la rive gauche, par de petits vallons où serpentent de fraîches et mélancoliques promenades. Dans les parties de la vallée où les rochers sont à découvert, leurs bancs ou couches ont, du nord-ouest au sud-est, une manifeste inclinaison.—Le point d'élevation d'Ems au-dessus du niveau de la mer a besoin d'être pris de nouveau; car, d'après Schmidt, il serait de 488, et, d'après Stift, de 261 pieds de Paris.

Le climat est un des plus tempérés de l'Allemagne. L'air y est pur et balsamique. La végétation est abondante. Toutes les espèces de fruits y réussissent et sont savoureuses. La vallée, dirigée du levant au couchant, est préservée des vents par ses deux chaînes de montagnes et par ses contours; mais, en raison de sa profondeur et du voisinage des forêts, il y a le matin et le soir un peu d'humidité, et assez fréquemment des pluies, ainsi que des variations de température. Les brouillards du matin ne sont communs qu'au printemps et à l'automne; ils présagent généralement une belle journée. La chaleur, souvent excessive des après-midi, est tempérée par les vapeurs qui arrivent des bois ou qui s'élèvent de la rivière. Les orages ne sont pas rares; l'étroitesse du vallon les rend bruyants,

et les échos des montagnes en répètent mille fois les sons. On n'y a observé que très-peu d'épidémies et de fièvres intermittentes; on fait mention seulement de quelques maladies endémiques, telles que les scrofules et les goîtres, encore ces affections ne sont-elles que légèrement prononcées.

§ II. DES ÉTABLISSEMENTS SEIGNEURIAUX.

Les établissements seigneuriaux comprennent le Kurhaus, la Maison-de-Pierre, celle des Quatre-Tours, l'Hôpital et le Kursaal. Tous ces établissements appartiennent au duc de Nassau, qui les fait gérer pour son propre compte.

1° Le *Kurhaus* (maison où l'on fait la cure) est l'établissement principal. Il est le centre, le lieu général de réunion. Le bâtiment est vaste, mais n'a dans son ensemble aucune régularité; l'on distingue au premier coup d'œil qu'il a été augmenté à des époques diverses et suivant les besoins. Il est adossé à la montagne, et sa façade antérieure, disposée en fer à cheval, circonscrit avec le jardin du Kursaal une espèce de cour traversée par la route. Non-seulement l'eau des sources y est amenée pour les bains et pour la boisson; mais on y trouve encore des appartements, des tables d'hôte, un cabinet littéraire. Le centre du rez-de-chaussée est occupé par une grande et une petite halles et des galeries garnies de boutiques de toute sorte. Dans l'aile supérieure il y a vingt-sept bains (1); près de ceux-

(1) Bain à Ems est synonyme de bassin ou baignoire.

ci, vers la montagne, sont les bains des Rochers (*Felsenbaeder*), au nombre de treize. Après eux viennent les sept bains du bâtiment neuf (*neubaubaeder*). Plus loin se trouvent les huit bains dits *Kraenchensbaeder*. Six bains sont encore dans le bâtiment du milieu, parmi lesquels est celui connu sous le nom de *Boubenquelle*, et sur lequel je reviendrai plus tard. Cinq bains sont dans le *Rondel*, appendice en forme de rotonde; ces derniers bains sont les plus profondément situés de l'établissement. Enfin, dans le bâtiment dit *Lahnbau* (avoisinant la *Lahn*), se trouvent quinze bains, dont plusieurs sont très-vastes, en marbre et bien meublés.

Parmi les appartements qu'on loue dans le Kurhaus, il en est quelques-uns d'un prix élevé, grands et bien décorés, et qui sont d'ordinaire retenus pour de grands personnages. Ces appartements ont une chambre de bains particulière, et arrangée d'une manière très-commode.

Des bains.—La disposition des bains est loin d'être parfaite; elle est à peu près celle-ci : une chambre cintrée, recevant le jour d'une haute fenêtre, est divisée en trois compartiments par des murs de deux mètres de hauteur. Au moyen de quelques marches, on descend dans le bain qui est en maçonnerie, revêtu d'un trass ou enduit imperméable. Cependant, ces bassins ont cela de bien qu'ils sont suffisamment larges et longs pour qu'on puisse y exécuter quelques mouvements de natation. Comme partout, on peut, à volonté, réchauffer ou refroidir l'eau et en faire écouler l'excédant. L'eau qui sert à refroidir est la même eau minérale.—Les hommes et les femmes se servent des bains du même corridor, et, lorsqu'on manque de places, il arrive même qu'on met un homme dans la chambre où se trouve déjà une dame.—Le service du linge peut être

dit encore dans l'enfance de l'art. Au lieu des excellentes et invisibles étuves, usitées depuis longtemps dans les bains de Paris, des paniers et des réchauds encombrant les corridors, et, lorsqu'on sonne pour prévenir qu'on veut sortir de l'eau, on vous jette par dessus le mur un paquet composé d'un drap et de quelques lanières, appelées dans le pays des serviettes, au risque de renverser tout ce qu'on a déposé dans le petit espace réservé pour la toilette.—Des maîtres de bains sont chargés de régler la température de l'eau et ont sous leurs ordres des hommes et des femmes de service.

Des douches.—Les douches sont organisées de la manière la plus défectueuse; aussi n'en fait-on que fort peu usage. L'eau ne vient point d'un réservoir élevé; on se sert d'une espèce de pompe portative dont le tuyau est introduit par une ouverture pratiquée en bas de la porte de la chambre du bain.

Les sommes considérables apportées chaque année à Ems par les étrangers, le contact avec les habitants des pays plus avancés dans les habitudes confortables, et l'active et bienfaisante sollicitude du duc régnant ne manqueront pas de faire disparaître promptement ces défectuosités, et l'on ne peut douter que, dans peu d'années, cet établissement ait acquis sous ces rapports, comme sous tous les autres, la perfection dont il est susceptible.

Des sources.—Du pied de la montagne *Baederberg*, à laquelle le Kurhaus est adossé, des sources, en nombre indéterminé, sourdent d'un grauwacke, mêlé de quartz extrêmement dur, traversé en quelques endroits de fortes couches de schiste alumineux. La plupart se trouvent dans le Kurhaus

même, et suffisent au service de cet établissement; quelques-unes sortent près du mur de la Lahn. Pendant la nuit, elles sont recueillies dans de grands réservoirs, afin d'avoir toujours à disposition d'une assez grande quantité d'eau minérale refroidie. Toutes ces sources indistinctement servent pour les bains. — Il y a en tout, sur la droite de la Lahn, dix-huit sources parfaitement cuvelées et qui ont été soumises séparément à des procédés physico-chimiques (1). Elles livrent, en vingt-quatre heures, une masse d'eau de 12, 410 pieds cubes. Quelques petites sources non cuvelées vont se perdre dans le ruisseau. — Enfin, sur la rive gauche de la Lahn, et même sous ses eaux, existent d'autres sources pour le cuvelage desquelles des efforts infructueux ont été tentés par une compagnie.

Des sources pour boisson. — Parmi les sources ci-dessus, il en est deux qui sont aménagées pour être prises en boisson, l'expérience ayant démontré qu'elles sont plus appropriées au goût et d'une digestion plus facile. Ces sources sont le Kesselbrounnen et le Kraenchen.

Le *Kesselbrounnen* sort dans une niche revêtue de marbre, située dans une galerie de la grande halle; elle est

(1) Voici les noms des sources cuvelées : 1° sources sous la cuisine; 2° Kesselbrounnen; 3° Wilhemsbrounnen; 4° Felsenbaeder, ou bains des rochers; 5° bains du Kraenchen; 6° source du Kraenchen pour boisson; 7° Wappenbrounnen; 8° source froide, près du Wappenbrounnen; 9° Furstenbaeder ou bains des princes; 10° Boubenquelle ou source des enfants; 11° source devant le bâtiment du milieu; 12° sources du Rondel; 13° sources dans le canal près de la Lahn; 14° dans le mur de la Lahn; 15° dans la cave; 16° source chaude dans la maison de pierre; 17° source froide au même endroit; 18° source du bain des pauvres.

fermée d'une grille lorsque les heures où l'on boit sont passées. L'eau s'échappe en bouillonnant et avec quelque bruissement ; sa quantité se monte à 4, 356 pieds cubes en vingt-quatre heures ; sa température est de $37 \frac{1}{2}^{\circ}$ R.— Le *Kraenchen*, séparé de la première source par un corridor, se trouve dans la petite halle du Kurhaus, dans un espace qui ressemble à une grotte. Du terrain, un peu affaissé, sort un tuyau de métal ; mais l'eau qu'il amène n'est pas, à beaucoup près, aussi abondante que celle du Kesselbrounnen, puisque sa quantité dans le même temps ne monte qu'à 72 pieds cubes. Sa température, également inférieure, ne s'élève qu'à 23° R.—A côté du Kesselbrounnen et du Kraenchen sont des écoulements de plusieurs sources employées au nettoyage des verres. Le surplus de toutes ces sources est destiné au service des bains.

2° La *maison de pierre* (*Steinernehaus*) est séparée du Kurhaus par la rue du Fossé. Elle n'a qu'une mince apparence. Dans son souterrain sont 10 bains alimentés par des sources particulières à ce bâtiment ; mais faute de soupiraux suffisants, ils sont remplis de vapeurs ; ils manquent aussi de clarté. Ces bains et ceux du Rondel sont à très-bas prix et employés pour les pauvres gens.

3° La *Maison des quatre Tours* est assez loin du Kurhaus, du côté du village. Elle a l'aspect d'un petit château gothique. C'était une maison particulière qui a été achetée récemment par le duc de Nassau ; elle contient huit bains très-bien disposés et assez élégamment arrangés. Quoique l'eau y soit amenée de loin (des sources près du mur de la Lahn, en face le Kurhaus), au moyen d'un manège, ce petit établissement est conservé parce qu'il est commode

aux personnes qui habitent les hôtels situés de son côté.

4° *L'hôpital (Armenbad)* est une petite maison assez propre, attenant au Kurhaus, du côté opposé à la maison de pierre. Il contient six baignoires alimentées par des sources propres. Une de celles-ci est réservée pour la boisson. On peut y admettre simultanément 27 malades. Il est ouvert aux individus de toutes les nations et de toutes les communions; on n'exige d'eux qu'un certificat de maladie et de moralité. L'hôpital a quelques revenus, qui seraient insuffisants, mais les administrateurs font une quête chez tous les visiteurs qui contribuent à ses besoins suivant leur libéralité.

Il y a donc, en tout, une centaine de bassins ou baignoires. Chaque bassin pouvant servir dans la matinée à cinq ou six personnes, il en résulte que cinq ou six cents bains, et même beaucoup plus, peuvent être donnés en vingt-quatre heures.

5° *Le Kursaal*.—Depuis peu d'années le duc de Nassau a fait construire un vaste et élégant bâtiment appelé le Kursaal (*salon de la Cure*). Il comprend le salon, le café restaurant, la colonnade et le jardin. Un immense salon, très-orné, garni de galeries supérieures pour les spectateurs, et communiquant avec des salons accessoires, ainsi qu'avec un très-beau café restaurant, constitue la partie essentielle du Kursaal. C'est dans ces salons qu'on se réunit le soir, qu'on fait de la musique, que des artistes célèbres viennent donner des concerts et qu'ont lieu les bals. Les jeux publics, chassés de France et retirés à Bâde, ont établi malheureusement une succursale à Ems, et leurs tables sont dressées dans les salons du Kursaal.

Le *café restaurant* tient dans le grand salon une vaste table d'hôte, de une heure à trois heures; mais à toutes les autres heures, dans son propre local, on peut se faire servir à part.

La galerie ou *colonnade* réunit le grand salon au Kurhaus; elle est garnie du côté de la route de riches boutiques et ouverte sur le jardin par une majestueuse et élégante colonnade en fonte. Elle est d'une grande ressource pour les promeneurs en cas de pluie ou de trop grande chaleur.

Enfin le *jardin*, qui se trouve renfermé entre le Kursaal proprement dit, la colonnade, le kurhaus et la rivière, est très-bien planté et orné de fleurs. Il est garni de bancs et de chaises, et devant le café restaurant on trouve une foule de petites tables sur lesquelles on prend des glaces, des sorbets, tous les rafraîchissements, en un mot, qu'on trouve dans les capitales. Ce jardin est à la fin du jour le rendez-vous des promeneurs. Dans les belles soirées d'été, il est impossible de rencontrer ailleurs une réunion de femmes plus élégantes. Les souverains qui sont venus prendre les eaux d'Ems ont toujours affecté de s'y montrer, en abandonnant toute étiquette et en se mêlant avec tout le monde.

Pendant toute la saison des eaux, ce jardin retentit une partie de la journée des sons d'un orchestre destiné à égayer le séjour d'Ems. Dix musiciens de la Bohême, placés sous une petite tente, non seulement jouent le soir des airs de toute espèce, mais encore le matin, pendant qu'on prend les eaux. A l'heure où se tiennent les tables d'hôte, ils se rapprochent des principaux hôtels et font encore entendre leurs mélodies aux convives.

§. III. DES HOTELS ET DU VILLAGE.

Le nombre total des hôtels peut être estimé à 150 ; 1500 à 2000 personnes peuvent y trouver en même temps des logements commodes et fort bien tenus. La plupart des hôtels sont de construction récente et d'une architecture moderne. Les anciens ont été agrandis et remis à neuf. Ils ont au moins deux étages et fréquemment trois. Leur aspect est très-brillant ; quelques-uns ont de l'analogie avec ceux de notre rue de la Paix (1). Presque tous sont construits le long de la montagne, le bord de la Lahn formant une promenade plantée d'arbres jusqu'à la maison des Quatre tours ; mais du côté du village, ils sont placés à droite et à gauche de la route, et vont se confondre avec lui. Dans cette partie, les hôtels, éloignés des sources, sont moins soignés, et on peut s'y loger avec plus d'économie.

Un assez bon nombre de jolis hôtels ont été bâtis depuis quelques années sur la rive gauche de la Lahn, et cette partie d'Ems tend à prendre beaucoup d'accroissement ; ce que permet, du reste, la largeur de la vallée. Cet accroissement sera favorisé par la construction d'un beau pont que le duc de Nassau ne tardera pas de faire exécuter, le mauvais pont de bateaux dont on se sert actuellement rendant la communication des deux

(1) Les plus grands hôtels sont ceux d'Angleterre, de Russie, de Darmstadt, du roi de Prusse, du Raisin, du Panorama, de Guttemberg, etc. ; leurs titres sont écrits en allemand, en anglais ou en français, suivant que leurs maîtres veulent appeler des voyageurs de telle ou telle nation.

rives peu sûre pour les voitures. Les hôtels de cette rive sont surtout recherchés par les personnes qui veulent vivre loin du bruit et désirent se trouver à proximité des promenades des bois.

La plupart des hôtels sont élégamment meublés, mais on a généralement à leur reprocher la petitesse des lits, l'exiguïté des couvertures qui ne sauraient pour nous être remplacées par les étouffants édredons des Allemands. On regrette aussi l'absence complète de cheminées : car, dans les soirées humides, on est souvent privé de ne pouvoir se raviver devant un feu clair.

Il y a toujours dans les principaux hôtels quelques personnes qui parlent le français.

Le *village* d'Ems est habité par des cultivateurs et quelques marchands. — On compte environ 425 familles, soit dans le village, soit dans la partie d'Ems où sont les hôtels.

§. IV. EXAMEN PHYSICO-CHIMIQUE DES SOURCES CUEVÉES.

L'eau de toutes les sources est parfaitement transparente ; elle se conserve telle après avoir été longtemps renfermée dans des cruchons (1). En petite quantité elle est presque incolore tirant un tant soit peu sur le bleu ; vue en masse, elle se rapproche de la couleur de l'eau de mer. Le goût en est peu prononcé, un peu alcalin ; on dirait d'un faible bouillon de veau. La source du Kraenchen a

(1) Cette propriété de l'eau d'Ems, de se conserver longtemps sans altération, permet d'en faire usage au loin : aussi, l'administration du Kurhaus en expédie-t-elle, pour tous les pays, plus de 15,000 cruchons.

une saveur plus piquante, ce qui tient à son acide carbonique libre. Le toucher est affecté d'une manière douce et comme par la sensation que produit le savon. — La chaleur des diverses sources diffère depuis 18 jusqu'à 44 degrés du thermomètre de Réaumur.

Lorsque l'eau a séjourné pendant quelques heures dans les bassins, il se forme à sa surface une couche mince et comme crémeuse qu'on croit tenir à ce qu'une légère partie minérale se dépose au contact de l'air atmosphérique. On voit aussi sur les murs des chambres de bains, un dépôt cristallin de carbonate de soude qui, d'après Kastner, serait plutôt le résultat de l'imbibition de ces murs que de l'évaporation de l'eau. — Ces eaux laissent, dans les tuyaux qu'elles parcourent et dans les réservoirs où elles sont conservées, un dépôt ocreux qui, étant cassé, montre à l'œil une rainure radiée semblable à l'asbeste; il consisterait en carbonate et en sulfate de chaux et en une petite quantité de muriate de chaux et de protoxyde de fer; c'est de ce dernier que vient la couleur ocreuse.

Les chimistes et les médecins se sont souvent occupés de l'analyse des eaux d'Ems. Il y a plus de 150 ans que Frédéric Hoffmann fit sur elles un travail; après lui, parut, en 1781, celui de Cartheuser, professeur à Giesen, ville qu'illustre encore de nos jours le célèbre Liebig. Plus récemment, des chimistes distingués se sont exercés sur le même sujet, entre autres, Trommsdorf, Struve et Kastner. Les derniers de ces travaux sont de 1825. Une autre analyse a été faite en 1829 par M. Jung, pharmacien. Désirant qu'un de nos chimistes français, habitué surtout à ces sortes de recherches, pût contrôler les résultats obtenus par les savants allemands, et faire une analyse plus complète,

j'ai rapporté dans ce but à M. O. Henry, chargé des travaux chimiques de l'académie royale de médecine, des échantillons des diverses sources et de leur dépôt ; je regrette infiniment que ses nombreuses occupations ne lui aient pas encore permis de me livrer les observations qu'il a entreprises à ce sujet.

Toutefois voici le résultat général des dernières analyses:

Sur 500 grammes d'eau on trouve :	{	bicarbonate de soude	1 gramme.
		hydrochlorate de soude	00,07 centig.
		sulfate de soude	00,05
		carbonate de chaux	00,03
		— de magnésie	00,03
	{	terre silicée	00,01

En outre, quelques traces de muriate de chaux, d'humus et de matière extractive ; enfin dans le dépôt des conduits, Kastner aurait trouvé des traces de baryte, de strontiane et d'acide silicique. M. Caventou, qui a fait, en 1836, quelques expériences sur trois sources d'Ems, a trouvé du fer, excepté dans celle de Kesselbrounnen.—D'après les mêmes analyses, les 500 grammes d'eau minérale contiendraient 25 à 30 centimètres cubes de gaz acide carbonique et quelques légères proportions de gaz azote (1).

Ainsi les eaux d'Ems doivent être rangées parmi les eaux minérales alcalines. Leur composition se rapproche beaucoup de celle de nos eaux de Vichy, à l'exception que le bicarbonate de soude s'y trouve dans une proportion bien inférieure, puisque les eaux de Vichy contiennent deux

(1) Voir, à la fin de la notice, les tableaux des analyses.

grammes et demi de cette substance par 500 grammes d'eau, tandis que les eaux d'Ems n'en contiennent qu'un gramme.

§ V. EFFETS DES EAUX SUR L'ÉCONOMIE A L'ÉTAT
NORMAL.

Les eaux se prenant en boissons et en bains, voyons leurs effets sur l'économie à l'état normal sous ce double rapport.

1° *En boisson.* L'eau d'Ems se digère facilement. A petite dose, elle est calmante, tempérante. On peut en prendre deux ou trois verres, pendant un certain nombre de jours, sans éprouver autre chose qu'un surcroît d'appétit et une augmentation des sécrétions cutanée et urinaire. Si l'on continue son usage, on se sent plus fort, excité; l'urine devient trouble, plus odorante, un peu sédimenteuse, et on reconnaît qu'elle a pris le caractère alcalin en ce qu'elle teint manifestement en brun le papier jauni par le curcuma. Un grand excès d'appétit est le seul indice qui semble indiquer que la bile est sécrétée plus abondamment; car les selles deviennent plus rares. On ne prendrait pas une grande quantité d'eau sans qu'il en résultât de l'insomnie et un certain trouble dans les diverses fonctions (1).

2° *En bains.* Comme on prend presque toujours en même temps des bains, les effets généraux des eaux vont se trouver indiqués avec plus de détails en parlant de ceux-ci.

(1) L'usage des eaux d'Ems, comme celui des autres eaux alcalines, atténue la mauvaise odeur qui se produit dans les urines lorsqu'on a mangé des asperges.

Ces effets varient beaucoup, suivant la température des bains.

Si les bains sont *frais*, c'est-à-dire de 24 ou 26° R., ils ralentissent promptement la fréquence habituelle du pouls. On sent qu'ils tempèrent l'action vitale; on y éprouve un grand calme. Un peu de froid ne tarde pas à se manifester; la figure devient pâle; la peau offre une sorte de plissement ou de contraction qui ne ressemble pas à ce qu'on appelle *chair de poule*. La contractilité de la vessie devient manifeste, et celle des intestins est annoncée par des borborygmes. Si les bains sont *tièdes*, de 26 à 28 degrés, on y éprouve encore un grand calme, un bien-être parfait. La circulation du sang, qui était comme comprimée dans le bain froid, semble s'épanouir doucement. Le pouls, loin d'être augmenté, reste encore un peu au-dessous de son état normal. On aime à se donner quelque mouvement dans l'eau, et l'on éprouve une grande souplesse dans les membres. Ces bains peuvent être dits *calmants*, et les diverses fonctions paraissent s'en trouver à merveille, surtout à 27 degrés.

Les effets ne sont plus les mêmes lorsque les bains sont pris *chauds*, c'est-à-dire de 28 à 30 degrés. Le pouls devient alors plus fréquent et plus élevé. Un sentiment de bien-être et de force se répand par le corps. La peau prend une sorte d'expansion et se colore légèrement; elle devient onctueuse comme si on l'avait enduite d'un corps gras, et cette sensation persiste pendant quelque temps. La transpiration, à la suite, est augmentée, et les autres fonctions organiques se font avec plus d'activité. L'action nerveuse est évidemment plus intense. Ces bains sont nommés *ranimants*.

Enfin les bains *très-chauds*, qui sont à une température supérieure à celle du sang, excitent encore plus les pulsations du poulx, déterminent même des palpitations du cœur, la céphalalgie, les vertiges, de la dyspnée. La peau devient rouge et se couvre de sueur. En un mot, tout l'organisme est en proie à une excessive activité, et peu de personnes seraient capables de supporter longtemps ce haut degré de chaleur sans les plus fâcheuses perturbations de l'économie. Telle était cependant la méthode employée autrefois pour l'administration des bains d'Ems. Ausi Weigel, l'un des anciens médecins de ces eaux, nous apprend-il que les inflammations, l'apoplexie, le crachement de sang, étaient quelquefois à craindre dans le cours du traitement ; l'on rapporte même que l'on poussait la folie jusqu'à faire boire 30 ou 35 livres d'eau en vingt-quatre heures.

§ VI. MALADIES CONTRE LESQUELLES LES EAUX D'EMS SONT EMPLOYÉES.

Depuis des siècles, les eaux d'Ems sont recommandées pour une foule de maladies, mais surtout pour les affections de poitrine et celles des organes sexuels des femmes. Passons en revue les maladies qui y ont été traitées avec succès.

Affections laryngées. Les médecins de la localité regardent leurs eaux comme favorables dans les aphonies qui tiennent, soit à un défaut d'innervation, soit aux suites d'une sur-excitation par de trop grands efforts ; de même aussi dans les cas d'enrouement prolongé et dans les diver-

ses altérations qui sont le résultat de l'inflammation chronique du larynx.

Phthisie pulmonaire. On voit surtout à ces eaux une quantité de personnes atteintes de phthisie pulmonaire; elles s'y rendent de tous les pays, même de France et de Paris. On attribue de grandes vertus contre cette affection à l'usage intérieur de la source de Kesselbrounnen. Si l'on en croyait tout ce qui a été écrit à ce sujet, ces eaux ne manqueraient presque jamais de faire disparaître l'irritabilité de la poitrine, la disposition aux bronchites, aux congestions pulmonaires, à l'hémoptysie, de guérir la phthisie pulmonaire confirmée; c'est à peine même si les degrés les plus avancés de la consommation seraient regardés comme incurables. Des théories sont établies avec assurance sur les changements qu'éprouve le sang dans ces circonstances, sur l'activité que déploient les absorbants pour s'emparer de la matière tuberculeuse, sur son rejet soit par les bronches, soit par diverses voies sécrétoires, enfin sur la cicatrisation des cavités ulcéreuses du tissu pulmonaire.

Il faut nécessairement réduire ces prétentions, et le doyen des médecins d'Ems, homme expérimenté, a la bonne foi de convenir que ces eaux ne doivent être considérées que comme les auxiliaires du traitement.

Il est certain, cependant, que, quand il n'y a pas de fièvre ni de symptômes inflammatoires, lorsque la maladie n'est pas arrivée à ses dernières périodes, les malades menacés ou atteints de phthisie pulmonaire éprouvent des effets salutaires. — La santé s'est notablement remise chez des enfants, des jeunes personnes pour lesquels on avait

des craintes fondées. Des jeunes femmes, des jeunes gens, des adultes des deux sexes, chez lesquels la maladie était évidemment déclarée, en ont éprouvé une grande amélioration. Si l'on n'ose dire qu'on a obtenu des guérisons, il est certain, au moins, que les eaux d'Ems *ont calmé l'irritation, la toux, arrêté le dévoïement, le dépérissement, ramené le sommeil et l'appétit.*

Toutefois qu'on ne perde pas de vue que ces traitements, entrepris principalement par les eaux en boisson, mais aussi par l'usage des bains, exigent la plus grande prudence ; que ces eaux, après avoir produit du calme, finissent par déterminer, surtout chez des sujets susceptibles, de l'excitation, l'insomnie et la fièvre. Combien de malades, ne tenant pas assez compte des avertissements des médecins, ont vu leur état s'aggraver, après avoir obtenu une notable amélioration, pour avoir cru, en forçant les doses, arriver plus vite à la guérison ! — Lorsque la consommation est arrivée, le terme fatal est considérablement hâté, si l'on s'obstine à continuer l'usage intérieur et extérieur de l'eau, surtout à une température élevée.

Il faut donc modérer les doses, ne pas boire l'eau trop chaude, ou la couper avec du lait d'ânesse, du petit-lait, etc., et en observer soigneusement les effets. On prendra en considération l'âge, le tempérament, toutes les circonstances individuelles ; on suspendra le traitement dès qu'on remarquera de l'excitation ; on lui donnera plus d'activité lorsqu'on aura affaire à un tempérament torpide, à une constitution scrofuleuse.

On ne peut donc s'empêcher de reconnaître l'heureuse influence que les eaux d'Ems exercent sur la phthisie pulmonaire. Doit-on l'attribuer au gaz acide carboni-

que dont elles sont saturées? De cette hypothèse, il est bon de rapprocher ce fait que plusieurs médecins, et en particulier M. le docteur Louis, imitant d'ailleurs en cela la pratique de Hufeland (1), emploient avec avantage l'eau de Seltz pour calmer la toux des phthisiques.

Maladies des organes sexuels des femmes. — J'ai annoncé l'antique réputation des eaux d'Ems contre les maladies des organes sexuels des femmes. En effet, on peut facilement admettre, vu leurs propriétés sédatives, qu'elles doivent convenir dans certaines anomalies du flux menstruel, compliquées surtout d'une exaltation générale ou locale de la sensibilité. Elles peuvent régulariser ce flux en diminuant la pléthore utérine ou abdominale ; c'est ainsi qu'on voit s'améliorer certains engorgements de la matrice, des ovaires, et que disparaissent des écoulements vaginaux chroniques par suite du dégorgement des follicules muqueux de cette membrane.

La *stérilité* est une des infirmités pour lesquelles les femmes se rendent aussi de très-loin aux eaux d'Ems. Une des sources jouit même, sous ce rapport, d'une grande réputation. Elle est appelée *Boubenquelle* (*source des enfants*). Elle n'est pas aménagée pour la boisson, et c'est ordinairement en bains et en douches qu'on en fait usage. Dans une chambre mystérieuse, élégamment ornée, est un bassin de marbre, du fond duquel s'élève un mince jet d'eau à la hauteur d'environ un mètre. L'eau pour le bain arrive encore sur le côté de la baignoire. — Quand il s'agit de prendre une douche, au-dessus du jet d'eau, on place un

(1) Coup d'œil pratique sur les principales sources d'eaux minérales de l'Allemagne.

trépied de bois, dont le siège usé, indice du fréquent usage qui en a été fait, est percé à son centre d'une large ouverture. C'est sur ce siège que s'asseyaient les femmes qui désirent obtenir la fécondité. La douche est dirigée dans le vagin ; les médecins ne permettent pas qu'elle soit donnée plus d'une fois par jour, et qu'elle dure au-delà de dix minutes, voulant éviter l'excitation qui pourrait en résulter chez quelques personnes délicates. — La stérilité tenant, en général, à des causes profondes, on ne peut véritablement regarder ce moyen que comme une satisfaction donnée à l'imagination de jeunes dames crédules. D'ailleurs, les propriétés physiques et chimiques de la Boubenquelle ne différant pas notablement de celles des autres sources, comment s'expliquer scientifiquement les résultats qui lui sont attribués ?

Maladies des organes digestifs. Dans les dyspepsies, surtout avec rapports acides, dues à des écarts de régime, les propriétés alcalines des eaux d'Ems raniment les forces digestives. Les gastrorrhées sont améliorées par leur usage. En calmant l'excitabilité nerveuse des membranes gastriques, elles régularisent leurs fonctions. Ici peut trouver place un fait remarquable, et dont j'ai pu journellement observer les phases, puisqu'il se passait sur le personnage que j'avais l'honneur d'accompagner. Son estomac, naturellement susceptible, mais où rien ne pouvait faire soupçonner de lésion organique, était sujet, depuis quelques années, à de véritables *convulsions*. Sans cause appréciable, après un certain trouble de la vision dans lequel tous les objets semblaient livrés à un mouvement de tournoiement, des vomissements survenaient et continuaient, avec

de violents efforts, lors même que l'estomac n'avait plus rien à rejeter. L'usage des eaux en bains et en boisson, pendant deux saisons passées à Ems, a fait complètement cesser cette douloureuse affection. Il est essentiel de noter la manière inusitée dont les eaux furent prises à l'intérieur. Le malade habitué à boire à la glace, redoutait l'effet que pourrait produire une eau dont la température lui paraissait nauséabonde. Pour ne pas le priver d'un moyen dont j'attendais un résultat favorable, je lui proposai d'essayer de boire aux repas l'eau du Kesselbrounnen frappée de glace. Ce mode de traitement non seulement fut très-bien supporté, mais produisit un résultat tellement salutaire qu'on jugea convenable de le continuer à Paris, à plusieurs reprises, avec les mêmes eaux, que l'on avait fait venir.— J'ai pu moi-même me convaincre, en faisant également usage, aux repas, de ces eaux mêlées aux excellents vins blancs de Moselle et du Rhin, qu'elles étaient, dans cet état, aussi agréables qu'utiles, même dans la plénitude de la santé.

Certains flux diarrhéiques chroniques ont été guéris par les eaux d'Ems, ce qui peut s'expliquer par l'augmentation de l'action perspiratoire de la peau et l'activité plus grande aussi des reins.

Maladies hépatiques.—Si l'on a vanté outre mesure l'efficacité des eaux d'Ems dans quelques maladies, je crois qu'on n'a pas encore reconnu tout ce qu'elles peuvent produire d'avantageux dans les affections de tout le système hépatique, affections pour lesquelles elles me paraissent être tout-à-fait appropriées.—Par l'absence de soude dans la bile, comme on le sait, des grumeaux de sa matière

colorante se précipitent de cette liqueur, et peuvent, d'abord par eux-mêmes, produire des coliques hépatiques, mais encore devenir le noyau de calculs complets. L'usage des eaux alcalines, en rendant à la bile le principe qui lui manquait et en la liquéfiant, prévient la stase, l'épaississement, la décomposition de cette humeur et les accidents graves qui en sont la conséquence. Il pourra même guérir complètement la cause de ces coliques, si les concrétions ne sont pas anciennes. Les eaux d'Ems, par leurs vertus calmantes, seront surtout convenables et employées avec succès chez les jeunes femmes, où cette affection ne reconnaîtra pour cause qu'une vie trop sédentaire. Le même traitement, mais poussé avec plus de vigueur, pourrait encore être appliqué aux individus atteints de concrétions biliaires par suite d'un régime trop abondant ou trop succulent, et qui ont perdu l'habitude de l'exercice. Dans ces cas, les parties alcalines se combinant avec la graisse, peuvent avoir pour résultat de diminuer dans la bile de ces personnes les dépôts cholestériques, lesquels, avec ceux de matière colorante, constituent les calculs cristallins dont j'ai décrit, ailleurs, avec détail, l'organisation (1).

Les eaux d'Ems, de même que celles de Vichy, sont incontestablement utiles pour dissoudre d'anciens engorgements du foie, ou terminer des congestions aiguës de cet organe, pour lesquelles les autres moyens étaient restés sans action. J'en dirai autant des tuméfactions de la rate, du pancréas, des mésentères, de la stase sanguine de

(1) *Mémoire sur les calculs biliaires, leurs causes, les accidents qu'ils déterminent, et leur traitement; Revue médicale, janvier et février 1841.*

ces organes, ainsi que de celle des vaisseaux intestinaux, mésentériques et hémorroïdaux.

Maladies nerveuses.—Les propriétés sédatives, généralement reconnues aux eaux dont il s'agit, les ont fait de tout temps recommander pour les femmes délicates, dont la sensibilité est excessive. Elles seront propres aussi aux gens de lettres, dont le système nerveux aura été excité par les veilles et les méditations, ou perverti par les soucis qui résultent pour eux des contradictions et des déceptions. Elles font cesser l'insomnie, calment le sommeil pénible; et à ce sujet, je ne puis m'empêcher de citer l'exemple singulier d'un Français de notre société habituelle qui, à peine rétabli d'une affection cérébrale, s'était occupé d'élections politiques; son sommeil, qui était rendu des plus fatigants par des rêves, dans lesquels il était obsédé de continuel discours, redevint calme pendant la durée de la cure.

On a obtenu beaucoup de succès dans un grand nombre de maladies nerveuses, telles que l'épilepsie, la chorée, l'hystérie, le tremblement, les spasmes, les crampes, les contractures, l'hypochondrie, les diverses espèces de névralgies (migraines, tic douloureux, etc., mais surtout douleurs sciatiques).

Elles ont été très-utiles dans les *langueurs chlorotiques* des jeunes filles; tout en les ranimant et en excitant leurs menstrues et leurs fonctions digestives, elles font aussi cesser leurs palpitations.

Employées avec un peu plus d'activité, mais cependant avec réserve, elles ont rendu de grands services dans les cas où l'atonie a succédé à un éréthisme, à une excitation

trop longtemps continués ; elles ranimeront alors l'influx nerveux chez les personnes qui ont abusé, surtout avant l'âge, des plaisirs sexuels, qui se sont livrées à des pratiques solitaires, ou qui sont affectées de pertes séminales. Elles rappelleront les forces des jeunes femmes énervées par des couches réitérées, par un allaitement prolongé outre mesure, ou par des pertes de sang.

Maladies scrofuleuses. — Sous l'influence des eaux d'Ems, les diverses affections, dont la nature est scrofuleuse, éprouvent une notable amélioration. On voit diminuer les engorgements des ganglions lymphatiques, certains ulcères se cicatriser, de vieilles éruptions ou des taches de la peau disparaître, des gonflements articulaires se dissoudre, etc. C'est dans ces affections que les bains dits *ranimants* doivent être employés, car il est indiqué d'augmenter la vitalité, tout l'organisme étant frappé de langueur. Toutefois on ne peut, dans ces cas, s'empêcher de préférer les eaux iodées, ferrugineuses et même sulfureuses.

Goutte et rhumatisme. — Les eaux d'Ems brillent encore dans le traitement de la goutte, lorsque surtout elle est chronique et à marche vague, dans la résolution des nodosités qui reconnaissent pour cause un dépôt d'acide urique. Ayant la même base que les eaux de Vichy, ne doivent-elles pas, en effet, produire les mêmes résultats ? — On s'en trouve encore très-bien dans les différentes affections rhumatismales, principalement dans celles appelées rhumatismes nerveux.

Maladies des organes urinaires. — De même encore que les eaux de Vichy, elles produisent les effets les plus sa-

lulaires dans la gravelle rouge, formée d'acide urique. Elles ont été aussi très-utiles dans le traitement du catarrhe vésical chronique. Il est moins prouvé que le diabète simple ou sucré trouve dans l'emploi de ces eaux une avantageuse modification.

L'obésité peut être combattue par les eaux d'Ems comme elle l'est avec succès par les eaux de Vichy. Déjà cette question a été traitée devant la société par notre judicieux collègue, M. le docteur Mélier, qui lui a rapporté des faits remarquables dans lesquels des personnes, traitées de diverses maladies par les préparations alcalines, avaient éprouvé une diminution notable de leur embonpoint, tout en revenant à la santé. Cette remarque a été confirmée par M. Petit, de Vichy. M. Mélier, qui se livre en ce moment à des expériences sur ce sujet, sera, nous devons l'espérer, bientôt en mesure de nous donner une bonne théorie de ce phénomène.

Enfin, si l'on voulait en croire les médecins d'Ems, leurs eaux, en excitant la chyli-fication et l'assimilation et en donnant une nouvelle impulsion aux organes chargés des sécrétions et des excré-tions, produiraient même le *rajeunissement*. Tel vieillard, disent-ils, qui y arrive faible et se traînant à peine, s'en retourne chez lui d'un pas ferme et assuré.

§ VII. CONTRE-INDICATIONS A L'EMPLOI DES EAUX.

Je n'ai que peu de chose à dire sur les contre-indications; car elles sont à peu près celles de toutes les eaux minérales thermales. Ainsi on ne devra point les employer dans les cas d'inflammations, de congestions actives, de pléthore,

d'hémorrhagies, de dilatations anévrysmales, d'anasarque, d'épanchements dans les cavités séreuses. On ne commencera pas de traitements dans les consommions de toute sorte, et dans lesquelles on n'a plus à espérer de réaction organique. Les eaux ne seront point administrées pendant la grossesse ni pendant l'allaitement. On en suspendrait l'usage s'il survient un catarrhe aigu ou une fièvre quelconque.

§ VIII. SAISON OU L'ON PREND LES EAUX ET PRÉPARATION A LA CURE.

Saison des eaux. On ne se rend aux eaux d'Ems que pendant les mois d'été (1). Les médecins pensent qu'on pourrait aussi les prendre pendant l'autre partie de l'année. Mais l'exercice, qu'on regarde avec raison comme nécessaire pour en favoriser l'effet, n'y aurait-il pas quelque danger à s'y livrer comme on le fait dans la belle saison? Ce danger toutefois paraît exagéré, lorsqu'on voit les Anglais fréquenter, pendant l'hiver, les bains de Bath, où 8 à 10 mille personnes en font usage depuis le mois d'Octobre jusqu'à celui de Mars.

Quant aux eaux d'Ems, les personnes très-irritables feront mieux de choisir le commencement ou la fin de l'été, en raison de l'air étouffant et des orages fréquents, dont on a quelquefois à souffrir en juillet.

Préparation à la cure. Quoique les précautions qui vont être mentionnées, ici et plus loin, soient communes aux autres eaux minérales, il n'est pas inutile de les rappeler.

(1) Du 15 mai au 1^{er} octobre.

Les personnes qui ont le projet de se rendre aux sources feront bien de renoncer par avance aux veilles et aux travaux de toute nature ; elles s'efforceront de ne laisser derrière elles aucune inquiétude sur leurs affaires ou leur famille. Elles ne devront voyager qu'à petites journées, surtout si la saison est très-chaude. On doit les prévenir qu'il est nécessaire de se précautionner de vêtements chauds, car les soirées et les matinées sont habituellement fraîches, et les journées le deviennent même aussi, lorsque le temps est pluvieux. — Il est convenable, lorsque le voyage a été fatigant, de se reposer pendant quelques jours ; on conseille, durant ce temps, de faire usage de boissons et d'un régime adoucissants ; s'il y avait de la constipation, de la combattre par des lavements ou un léger purgatif ; enfin, chez les pléthoriques, d'opérer un dégagement par la saignée ou par des sangsues au siège.

§ IX. MANIÈRE DE PRENDRE LES EAUX.

Il est rare qu'on ne prenne pas en même temps les eaux en boisson et en bains. Je vais indiquer la manière d'en faire usage, ainsi que des douches.

Boisson des eaux. La quantité d'eau qu'il est convenable de boire varie, ainsi qu'on le comprend facilement, suivant de nombreuses circonstances qu'il appartient au médecin d'apprécier ; mais elle est généralement de deux à huit verres en vingt-quatre heures. On commence, bien entendu, par une quantité faible, et on l'élève à mesure qu'on reconnaît la tolérance de l'estomac. — On recommande aux malades de boire lentement et de se promener après. — L'eau se digérant rapidement, il suffit de mettre dix mi-

nutes, ou tout au plus un quart-d'heure d'intervalle, entre chaque dose. — Si l'on éprouve un sentiment de pression ou de gonflement à l'estomac, il faut s'arrêter à ce point, boire moins d'eau à la fois et même la suspendre le lendemain. — Ceux qui ont de l'aversion pour l'eau trop chaude peuvent la laisser refroidir; de même que s'ils craignent l'action du gaz acide carbonique, ils en feront dégager une partie en agitant un peu le liquide. — Il y a toujours, près des sources, des gens qui vendent du lait, du petit-lait, de l'eau d'orge, de chiendent, etc., de sorte que chacun, à volonté et suivant le besoin, peut adoucir l'action de l'eau minérale.

En raison de la prompte digestibilité de l'eau, on peut manger moins d'une heure après l'avoir prise, soit même une demi-heure après. Le moment du repas se fait d'ordinaire attendre avec une grande impatience.

Quoique généralement on ne boive les eaux que le matin, des malades ont besoin d'en faire usage encore une seconde fois, et l'on en rencontre toujours, entre cinq et six heures, un certain nombre qui se promènent auprès des sources, leur verre à la main. — Il est défendu, dans tous les cas, d'en boire avant de se coucher, de peur qu'elles ne déterminent une indigestion pendant la nuit.

Les malades qui ne peuvent marcher, se feront apporter les eaux, et auront soin de mettre entre chaque dose un plus grand intervalle.

Les menstrues, pas plus que le flux hémorrhoidal, ne contre-indiquent l'usage de la boisson; il est cependant prudent d'en diminuer la quantité pendant leur durée.

Des bains. Sans attacher trop d'importance à ce que

le traitement soit commencé par la boisson ou par les bains, il paraît cependant plus rationnel de débiter par ceux-ci. Le principal effet des eaux se manifestant par la transpiration, ne faut-il pas chercher d'abord à ouvrir les pores de la peau ? On peut au moins commencer avec précaution les deux moyens à la fois. Il n'est pas toujours libre, toutefois, d'en agir ainsi, obligé qu'on est de se librer aux nécessités du service des bains.

Il ne faut pas se mettre au bain de suite en quittant le lit ; on s'y rendra tranquillement et on évitera d'y entrer étant en transpiration, le corps échauffé par la marche ou après une émotion morale. On ne boira point non plus dans de telles circonstances. — Il ne faut se plonger dans l'eau que successivement. — Les personnes qui se savent susceptibles de congestions cérébrales auront la précaution de maintenir sur leur tête une serviette imbibée d'eau froide. — On recommande de ne pas s'abandonner au sommeil auquel on éprouve toujours quelque propension ; on ne s'adonnera pas non plus à la lecture. Il vaut mieux se frictionner le corps, le masser, ce qui facilitera l'absorption du liquide. — La plupart des baigneurs sont dans l'habitude de s'envelopper d'un grand peignoir en laine ; sans blâmer cet usage, on peut dire qu'il serait plus favorable de rester nu, l'action de l'eau devant être plus complète, les mouvements plus libres et les frictions plus faciles à exécuter.

La température à laquelle le bain doit être pris sera déterminée par le médecin chargé de diriger le traitement ; celle le plus généralement usitée et la plus agréable est de 26 à 28 degrés Réaumur. — Ce ne sera qu'avec prudence et en observant l'effet des eaux sur l'économie, que le mé-

decin, surtout chez des malades susceptibles, permettra d'en élever la température. Certains tempéraments auront besoin d'une chaleur plus élevée.

Après le bain, on aura soin de se servir de linge bien chaud, et c'est alors que le peignoir en laine sera plus utile, et que des frictions douces favoriseront l'activité de la peau.

L'usage est de ne rester au bain que pendant une demi-heure; on commence même par le prendre moins long. Ce temps nous paraît suffisant, si surtout la cure doit se prolonger assez longtemps.

Les personnes faibles se feront accompagner au bain; celles qui ne peuvent marcher s'y feront transporter en chaise à porteur.

Si l'on peut boire les eaux pendant les règles ou le flux hémorrhoidal, il est à peine nécessaire d'énoncer que, dans ces circonstances, il pourrait être dangereux de se baigner.

On ne voit pas pourquoi on donne le conseil de ne pas dormir après le bain. Je ne saurais blâmer les personnes qui reviennent se mettre au lit; le sommeil qui les y surprend ne peut qu'augmenter la disposition à transpirer, et, sous ce rapport, cette habitude peut avoir le même résultat pour des personnes âgées ou débiles, que la promenade qu'on conseille à celles qui ont de la vigueur.

Si l'on juge à propos de faire prendre des bains le soir, on recommandera aux malades de se couvrir avec soin en rentrant chez eux et de ne plus sortir, à cause de la fraîcheur habituelle des soirées. Ces bains seront toujours pris avant le souper.

Des douches. Les douches se prennent pendant le bain, et non après, pour moins s'exposer à se refroidir. Le malade se tient debout dans le bain, ou mieux, assis sur les marches du bassin. La douche, organisée comme je l'ai dit, ne dure pas plus de cinq minutes. On continue de se baigner lorsqu'elle est finie. Les lieux sur lesquels on la dirige varieront suivant les indications que le médecin désirera remplir, et alors on les donnera dans divers sens, directement ou plus ou moins obliquement, avec plus ou moins de force; les canules seront percées de plus ou moins de trous, ou en arrosoir.

On ne fait que très-peu usage de douches intestinales. — Les eaux peuvent encore être employées, en raison d'indications particulières, en injections, en gargarismes, en lavements.

§ X. DURÉE DE LA CURE; POINT DE SATURATION; CRISES.

La *durée de la cure* varie beaucoup suivant le genre de maladies, l'âge, le tempérament, etc. Cependant le terme moyen est de vingt-cinq à trente-cinq jours. Nous pensons qu'il est le plus souvent convenable de diviser cette cure en deux temps, c'est-à-dire de se reposer pendant quelques jours au milieu; car les eaux, par leur action continue, ne manquent guère de déterminer de l'excitation et de l'insomnie.

Le *point* où le malade est suffisamment *saturé* d'eau est assez délicat à déterminer. Beaucoup de personnes supportent une cure entière sans éprouver le moindre malaise, sans perdre leur appétit et leur entrain. Un peu d'excitation ou d'insomnie n'est pas l'indice de la saturation; cela tient à la

première impression ou à une susceptibilité particulière, et n'exige qu'une légère interruption. Mais il n'en est pas de même d'un sentiment de faiblesse, d'abattement, du changement d'humeur, de la morosité, de la somnolence, de l'anorexie, d'un goût pâteux de la bouche, de flatuosités, d'une constipation opiniâtre, de l'accélération du pouls. On ne devra pas attendre que ces symptômes deviennent très-prononcés pour *arrêter le traitement*. Quelques jours de diète suffisent ordinairement pour les dissiper. Lorsque la constipation persiste, on est dans l'usage de la combattre par des lavements d'eau minérale dans laquelle on délaie du sucre blanc, par une dose de sel de Carlsbad, ou par un verre de la source du ragozzi de Kessingen.

Quelques malades éprouvent une sorte de *crise*, soit pendant la saison, soit à la fin, ou même quelque temps après. On a beaucoup parlé d'un exanthème miliaire qui survient dans le cours de la cure ; il est rare aujourd'hui, et il n'est pas nécessaire à son succès. Sa fréquence tenait autrefois à ce qu'on faisait usage des bains à une température très-élevée. Quelques malades ont éprouvé, à la suite, une grande quantité de furoncles. Des crises bilieuses ont quelquefois lieu ; il n'est pas ordinaire qu'elles se manifestent par le vomissement. Enfin, dans quelques cas rares, d'anciennes infirmités assoupies ont reparu, telles que goutte, rhumatisme, hémorroïdes, etc. ; mais ces accidents tenaient évidemment à une trop grande saturation.

§ XI. MANIÈRE DE VIVRE ET RÉGIME.

Au Kurhaus, au Kursaal, comme je l'ai dit, et dans les principaux hôtels, il y a des tables d'hôtes à un prix très-

modéré. L'usage est de n'y prendre qu'un seul repas, le *dîner*, qui a lieu d'une à trois heures. D'autres tables sont établies pour les personnes qui aiment mieux manger plus tard et qui ont des habitudes particulières; le prix se règle alors d'après des conventions spéciales.

Le *déjeuner* et le *souper* se prennent d'ordinaire dans l'appartement qu'on occupe. Dans la plupart des maisons on fournit des potages, du thé, du café, des œufs à la coque, du beurre, des fruits, etc. Comme on se baigne et on boit les eaux dans la matinée, un déjeuner peu substantiel est plus convenable, et permet d'attendre le dîner. Celui-ci étant abondant, on peut se borner à faire le soir un repas léger, qui suffit d'autant mieux, qu'on est dans l'habitude de se coucher de bonne heure.

Toutefois dans les grands hôtels, et surtout au Kursaal, on sert des repas à toute heure et comme cela se fait dans les restaurants de Paris. Les hôtels sont fournis des meilleurs vins du Rhin et de France. On n'est pas obligé de manger dans l'hôtel où on loge. Lorsqu'on préfère se faire servir dans son appartement, on fait venir ses repas de l'hôtel qui paraît le mieux convenir. Sur ces points, comme sur tous autres, on jouit de la plus complète liberté.—Il est bon de prévenir les familles qui voudraient se servir de leur cuisinier, qu'il n'y a jamais de cuisine dépendante de l'appartement. Si l'hôtelier veut bien prêter la sienne, on n'y trouve qu'un poêle à l'allemande, sur lequel on ne peut allumer qu'un seul fourneau. Il faut donc, de toute force, faire venir du dehors les mets principaux.

Le régime alimentaire, pendant toute la durée de la cure, doit être très-régulier. Pour les personnes dont l'état n'exige pas de précautions particulières, il sera abondant, nourris-

sant. On évitera toutefois avec soin les acides, les ragoûts, les vins purs, les excitants de toute espèce, trop de crudités, etc. On recommandera à ceux qui veulent tirer des eaux un véritable parti de s'observer encore longtemps après les avoir quittées, ne pas se livrer à l'excessif appétit qui en est quelquefois le résultat, et de ne pas reprendre un genre de vie qui n'aurait pas été raisonnable.

Les malades éviteront toute contention d'esprit, toute cause de tristesse, et surtout les émotions qui pourraient résulter des jeux de hasard ; ils ne quitteront point les vêtements de laine s'ils ont l'habitude d'en porter ; ils se livreront dans de justes proportions au repos et à l'exercice. Le sommeil ne sera pas trop prolongé, et les veilles seront interdites. On recommande avec raison, surtout aux jeunes femmes atteintes d'affections de poitrine et à celles qui viennent pour combattre la stérilité, d'éviter les plaisirs de l'amour physique, ou au moins de ne s'y livrer qu'avec la plus grande modération.

§. XII. DES MÉDECINS D'EMS.

Trois médecins se partagent la clientèle. MM. Vogler, Doring et Franque. Tous les trois sont on ne peut plus recommandables, et auteurs d'intéressants écrits sur les eaux d'Ems.

M. *Vogler* est le doyen d'âge et approche de la soixantaine. Il parle très-bien notre langue et est très-au courant de nos affaires politiques. Il a beaucoup d'instruction, de zèle, et sa vivacité est encore celle d'un jeune homme. Son livre, écrit en français, est plein d'érudition, et l'imagination de l'auteur l'a porté à mille excursions aussi sa-

vantes que séduisantes. M. Vogler est propriétaire d'un hôtel, et réside toute l'année à Ems.

M. *Doring* est âgé de 45 ans environ. Il parle bien le français aussi. Il est doué d'un excellent esprit, et l'on peut en juger non seulement par sa conversation, mais encore par son traité, dans lequel on trouve rangées avec une méthode parfaite, toutes les choses médicales, scientifiques et usuelles qu'on peut désirer connaître quand on se trouve sur les lieux. Ce livre, écrit en allemand, a été élégamment traduit en français. Le cabinet de M. *Doring*, où l'on voit disposées par ordre les observations de sa pratique, témoignerait, s'il en était besoin, de l'esprit analytique et des habitudes laborieuses de cet excellent médecin. Il réside également à Ems toute l'année, et il est chargé de l'hôpital.

Enfin M. *Franque*, du même âge à peu près que M. *Doring*, est consulté aussi par un grand nombre de malades. Sa résidence habituelle est à Wiesbad où il est attaché comme médecin au gouvernement ; mais il vient s'établir à Ems, pendant la saison des eaux, et prend un appartement au Kurhaus. Quoique M. *Franque* ne parle pas notre langue avec autant de facilité que ses deux collègues, néanmoins on peut bien le comprendre. C'est un homme prudent, instruit et parfaitement bon. Il est à regretter que son ouvrage, où la partie médicale est exposée avec beaucoup de science et de clarté, ne soit pas encore traduit en français.

Le docteur *Sæst*, qui habite Coblenz et y jouit d'une grande réputation, est souvent appelé en consultation à Ems.

L'habitude des médecins est de se trouver près des sources

le matin de six à huit heures. Là ils s'empresent de donner leurs conseils à ceux qui les réclament. Ils visitent aussi les malades au bain et à leur domicile, et se tiennent l'après-dîner chez eux pour y donner leurs consultations.

Il existe, près du Kurhaus, une pharmacie très-bien fournie, et qui est sous l'inspection des médecins.

Pour assister les médecins, il y a deux chirurgiens chargés des petites opérations. Enfin les dames ont à leur disposition une sage-femme pour appliquer les sangsues, les ventouses, administrer les lavements, etc.

§ XIII. DE QUELQUES DETAILS UTILES A CONNAITRE.

Appartements. Si l'on veut retenir une chambre ou un appartement au Kurhaus, il faut s'adresser par écrit à l'administrateur ducal. Quant aux logements des hôtels, on peut écrire aux médecins qui se chargent, obligamment, de cette mission. Il est rare qu'on ne trouve pas à se loger, au moins provisoirement, quoiqu'on n'ait pas pris la précaution d'en faire retenir. Les personnes qui, ayant beaucoup de suite, auraient cette crainte, pourront s'arrêter à Coblenz, et de là venir choisir parmi les appartements encore vacants. — Les logements du Kurhaus sont toujours à prix fixe. Quoique les hôteliers soient obligés de déposer leurs tarifs au bureau de police, il est cependant d'usage que les prix soient établis entre le visiteur et le propriétaire.

Police. Un major, délégué par le duc comme commissaire de police et qui a sous ses ordres un sergent, trois gardes et nombre suffisant d'employés subalternes, est chargé de tout ce qui a rapport au bon ordre. Il aplanit les difficultés entre les propriétaires et leurs hôtes et veille à

ce que personne n'enchérisse les taxes légales. Il reçoit les réclamations de toute espèce. Il vise les passeports.

Postes, diligences. Tous les jours, vers neuf heures du matin, arrive le courrier de France; il part aussi chaque jour. — La poste aux chevaux est très-bien servie, et la propreté de l'uniforme des postillons est une honte pour notre administration. — Une diligence omnibus amène chaque matin les voyageurs de Coblenz; une autre vers le soir arrive de Wiesbade et peut servir aux Français qui, arrivés à Mayence, préfèrent traverser le duché de Nassau, plutôt que de descendre le Rhin jusqu'à Coblenz.

Cultes. Les diverses comunions trouvent à remplir leurs devoirs religieux. Il y a une chapelle catholique sur la rive gauche de la Lahn, et dans le village une église évangélique. Depuis 1857, les Israélites ont aussi une synagogue, bâtie à droite de la chaussée, un peu en avant du village.

Lecture, langue allemande. Le même libraire, qui tient le cabinet littéraire du Kurhaus, loue dans les hôtels des journaux, ainsi que les publications de France. — Ceux qui voudraient utiliser leur séjour en Allemagne, pour apprendre la langue de ce pays, trouveront un jeune professeur, M. Gattelmann, autorisé à cet effet par le gouvernement ducal.

§ XIV. — PROMENADES ET EXCURSIONS.

Le jardin du Kursaal, et les allées qui bordent la Lahn, suffisent pour faire un peu d'exercice après avoir bu les eaux, et pour la soirée; mais les personnes qui, après le déjeuner ou le dîner, désirent marcher pendant quelque

temps, trouveront, sur la rive gauche de la rivière, d'agréables promenades, ombragées et tracées au milieu de la prairie et sur les flancs des coteaux boisés. Dans ces dernières, on a établi des lieux de repos où sont des bancs, des pavillons, et d'où l'on jouit d'agréables points de vue.—On ne peut guère se dispenser de faire l'ascension des rochers escarpés qui se trouvent à la droite du Kurhaus, et qu'on appelle *Baederlei*, d'autant que des deux sentiers qui y conduisent, l'un en pente très-douce, très-ombragé, permet qu'on y arrive à âne ou à cheval. Au sommet, on trouve le pavillon de repos, dont le drapeau flottant est remarqué de tous les points d'Ems. De petits sentiers mènent à tous les angles saillants du rocher, et de chacun on découvre, à perte de vue, de magnifiques paysages. Il faut redescendre par le sentier le plus près des bains, et quitter sa monture, à cause des escaliers, pour voir dans le roc des excavations bizarres, nommées pompeusement *antres des gnomes*. Malgré le doute qu'on se plaît à laisser sur leur origine, il est probable qu'elles sont creusées de main d'homme, et que leurs formes ont été déterminées par la résistance inégale que le schiste écailleux a offert à l'instrument qui l'a attaqué.

Quoiqu'il n'entre pas dans le plan que je me suis imposé d'indiquer les *excursions* que l'on peut faire dans les environs d'Ems, soit à pied, soit à âne (monture la plus usitée dans ce pays) ou à cheval, et en voiture, excursions qu'on trouvera exposées avec détail dans l'ouvrage du docteur Doring; cependant, il en est deux qu'on est dans l'habitude de faire dans le cours de la saison, et que je ne puis m'empêcher de mentionner: celle d'abord à la petite ville de Nassau, aux *ruines des châteaux de Nassau et de Stein*,

situées sur un monticule où des allées ont été pratiquées au milieu des bois qui l'ombragent; et le petit voyage à *Stolzensefels*, l'un des châteaux gothiques les plus remarquables des bords du Rhin, dont les états de la Prusse rhénane firent présent au roi actuel, lorsqu'il n'était que prince royal; ce château, restauré et meublé suivant le goût du temps, excite vivement la curiosité des touristes.

Enfin, oublierai-je de parler des parties que l'on fait aussi à la jolie ville de Coblenz? et n'y aurait-il pas une véritable ingratitude à ne pas dire un mot du bel *hôtel du Géant*, tenu par M. *Schurz*? Nulle part le voyageur ne peut rencontrer plus de prévenance et d'affabilité de la part de l'hôte, plus d'élégante propreté dans les appartements et dans le service, une meilleure table, et des prix plus modérés. Des fenêtres de cet hôtel, situé sur le quai du Rhin, on est saisi par le plus imposant spectacle : devant vous se présente le terrible *Ereim-Breinstein*, immense forteresse, assise sur les noirs rochers de la rive allemande, et qui défend Coblenz en projetant ses feux par-dessus la ville, et à chaque heure, sous vos yeux, des bateaux à vapeur du Rhin et de la Moselle débarquent des myriades d'individus de toutes les nations.

§ XV. — APERÇU HISTORIQUE.

On désirera peut-être trouver ici un aperçu historique du pays dont il vient d'être question. C'est aux Romains qu'on doit les premières notions sur cette contrée. Jules César, 51 ans avant l'ère chrétienne, passant le Rhin, entra en Allemagne par le pays qui forme actuellement le duché de Nassau, et qui était habité par les Ubiens. On trouve,

près d'Ems, les traces d'un profond fossé commencé par Drusus, et qui s'étendait, depuis au-delà de Neuwied jusque dans la Vettéravie. Le pays entre le Rhin et cette *fossa drusiana* était appelé, par les Romains, terres mattiaques, et les sources thermales qui s'y trouvaient, *fontes mattiaci*. Comment auraient-elles pu échapper à l'attention de ces grands amateurs de bains? En creusant les fondements des bâtiments nouveaux, on a découvert des tombeaux qui contenaient des monnaies, des médailles, des lampes et des vases qui appartenaient évidemment à ce peuple. Il n'y a pas longtemps qu'on a encore trouvé, aux environs d'Ems, des pierres de la légion XXII. Dans le troisième siècle, les Romains furent expulsés des terres mattiaques par les Francs, et l'alliance de ceux-ci avec les Allemands mit fin à la domination romaine sur la rive droite du Rhin.

Après des guerres intestines, la puissance impériale, vers la fin du cinquième siècle, réunissant en un seul peuple tous les cantons de l'Allemagne, le pays de Nassau en fit partie. Lorsque cette puissance commença à s'affaiblir, les comtes de ce canton rendirent leur dignité héréditaire, ce qui dura jusqu'à la fin du neuvième siècle où l'institution des cantons s'éteignit. Au dixième siècle, Ems formait une seigneurie particulière, qui, après avoir été dévolue à Omincus et au chapitre de St. Castor de Coblentz, ne tarda pas à tomber par succession aux comtes de Nassau qui y figuraient comme prévôts depuis 1172. Lorsqu'eut lieu le partage du pays de Nassau, en 1255, Ems échut à la ligne Nassau-Ottonienne, et en 1303 à celle de Nassau-Hadamar. Par suite de mariages et de successions, la seigneurie d'Ems passa successivement aux familles de

Nassau - Wiesbaden , Nassau - Dillenbourg , Katzenellenbogen. Cette dernière en jouit jusqu'en 1479 ; puis elle passa aux Nassau-Orange et Hesse-Darmstadt, qui la possédèrent en commun jusqu'en 1803. Enfin, à cette dernière époque, par résolution du congrès de Ratisbonne, Ems fut exclusivement accordé à la ligne Walramienne de Nassau, actuellement régnante, qui le posséda paisiblement depuis.

Notons enfin, comme fait historique, le *congrès d'Ems*, qui eut lieu le 25 août 1785, et qui fut constitué par la réunion des quatre archevêques d'Allemagne (de Mayence, Trèves, Cologne et Salsbourg), dans le but d'obvier aux empiétements des nonces de la cour de Rome.

Il m'eût été facile, Messieurs, de donner plus de développement à cette notice, en puisant, plus amplement encore que je ne l'ai fait, dans les ouvrages des médecins d'Ems. Ceux qui feront le voyage pourront sur les lieux les mettre à profit; ils y trouveront tout ce qu'ils désireront apprendre, soit sur l'histoire du pays, soit sur sa constitution géologique et ses productions végétales, ainsi que sur les moindres détails économiques de la vie qu'ils voudront mener. Il ne leur manquera même aucune des notions nécessaires relativement aux monnaies, aux tarifs, aux promenades et aux voyages que l'on peut entreprendre dans les environs.—Mais, pour mon compte, j'aurai atteint le but que je me suis proposé, si j'ai indiqué, aux praticiens qui composent notre Société, tout ce qu'il leur importe de connaître lorsqu'ils veulent envoyer leurs malades à ces eaux, et pour n'être pas étrangers à ce que ceux-ci leur raconteront à leur retour.

BIBLIOGRAPHIE.

Des eaux minérales de Carlsbad, Ems, etc., par Fréd.-Louis Kreysig. Paris, 1829. (Traduction française.)

Aperçu sur les bains et eaux du Mont-Tonnerre, par le docteur Heyfelder. Stuttgart, 1834 ; broch. in-8°.

Note sur quelques eaux minérales des bords du Rhin, par M. Caventou (*Bulletin général de thérapeutique*, t. IX, p. 289).

Ems, ses eaux thermales et ses environs, par le docteur Alb. Jac.-Cust. Doring, conseiller de médecine, et médecin aux eaux d'Ems. Traduit, avec la coopération de l'auteur, par J. Lendroy, professeur à Offenbach.

De l'usage des eaux minérales, et en particulier de celles d'Ems, par J.-A. Vogler, docteur médecin, conseiller supérieur de médecine à Bad-Ems, Francfort-s.-M., 1841.

Die thermalquellen zu Ems, von docteur J.-B. von Franque. Wiesbaden. 1841.

POLYPE DE L'UTÉRUS, LIGATURE,
PROCÉDÉ NOUVEAU POUR LA CURE DES POLYPES
DE L'UTÉRUS,

Par le docteur **LUCIEN BOYER** ;

(Suite à l'observation publiée par le même, dans le numéro de
Février, même année.)

Madame M***, âgée de 38 ans, domiciliée à Paris, avait toujours joui pendant son enfance d'une bonne santé, et présenté les apparences d'une forte constitution. Réglée à

12 ans, elle se maria à 20, et eut successivement trois grossesses toutes heureuses, la dernière il y a neuf ans. Il y a trois ans à peu près que quelques douleurs sourdes commencèrent à se déclarer dans le bas ventre; il y a deux ans et demi que madame M*** commença à s'apercevoir que ses évacuations menstruelles devenaient d'une abondance exagérée: elle n'y fit d'abord que peu d'attention; mais graduellement, ces malaises devinrent plus prononcés, et bientôt ils la déterminèrent à consulter un médecin. Celui-ci crut reconnaître une affection du col de l'utérus, et pratiqua plusieurs cautérisations. Les traitements variés que la malade suivit à dater de cette époque pendant plus de deux ans, sous la direction de plusieurs médecins, n'amenèrent aucun résultat, les accidents augmentèrent. Enfin, la malade réclama les soins de M. le docteur Maraval, qui fit appeler M. Amussat; depuis six mois alors, les hémorrhagies étaient devenues presque continuelles, des pertes sanieuses s'étaient déclarées dans les intervalles, s'accompagnant de douleurs, de pesanteurs et d'élanchements dans le bassin. M. Amussat ayant reconnu un polype de l'utérus, je fus appelé moi-même à concourir au traitement de madame M***, et je la vis pour la première fois le 29 janvier 1844.

Après avoir recueilli les renseignements préalables que je viens sommairement d'exposer, je procédai à l'examen de la malade. La palpation de l'abdomen me permit de reconnaître que le corps de la matrice était volumineux, perceptible au-dessus des pubis, sensible à la pression. Par le toucher vaginal, je rencontrai aussitôt une énorme tumeur, en forme de champignon, irrégulière, dure en cer-

tains points ramollie, ailleurs, bosselée à la surface, raboteuse, remplissant en totalité la cavité du petit bassin. Cette tumeur se continuait supérieurement avec un pédicule épais, dur, offrant les mêmes caractères qu'elle; ce pédicule se prolongeait dans l'ouverture du col de l'utérus.

Celui-ci était lui-même atteint d'une dégénérescence prononcée; je le trouvai hypertrophié, dur, comme calleux, irrégulier dans sa forme. En avant et dans une étendue correspondant à la demi-circonférence du pédicule de la tumeur à peu près, il me fut possible d'introduire l'index entre le col et le pédicule, et de remonter assez haut dans la cavité de la matrice; en arrière, je sentis bien le relief formé par la lèvre postérieure du col; mais il me fut impossible de glisser l'extrémité du doigt au-dessous de celle-ci.

Alors, introduisant profondément dans le vagin l'indicateur et le médius de la main droite, je cherchai à déprimer le fond de l'utérus, avec la main gauche appliquée sur la région hypogastrique. Je pus, par ce moyen, explorer dans toute sa circonférence le cul-de-sac du vagin, et reconnaître que le col, plus saillant en avant qu'en arrière, n'avait guère en totalité plus de deux centimètres de longueur.

Quant à l'état général, madame M^{***}, épuisée par les pertes, était pâle, amaigrie, faible, découragée, l'appétit était perdu, les digestions étaient difficiles, la respiration était oppressée, le moindre mouvement déterminait des palpitations violentes, les battements du cœur étaient tumultueux et précipités, le pouls était petit et fréquent, la peau presque froide.

Le résultat de cette exploration fut pour moi comme

pour les honorables confrères, qui m'avaient précédé dans l'examen de la malade, qu'il existait un polype charnu, dur, de nature suspecte, et que le col de l'utérus lui-même participait consécutivement à l'affection.

Le 31 janvier, nous nous réunîmes à quatre heures du soir, MM. Amussat, Maraval, Ch. Levailant et moi, pour procéder à un nouvel examen, qui confirma tout ce que nous avions déjà reconnu. Il fut évident pour tous que nous avions affaire à un polype de l'utérus, remplissant le petit bassin, généralement dur, mais déjà altéré à sa surface dans plusieurs points, irrégulier dans sa forme, offrant des bosselures saillantes et nombreuses, surtout en arrière, se continuant avec un pédicule du volume de l'extrémité réunie des cinq doigts au moins, lequel traversait le col, et paraissait s'implanter en arrière et à gauche, vers la partie supérieure et latérale de la face interne de la lèvre postérieure. Le col me parut ce jour-là peut-être un peu moins malade qu'il ne m'avait semblé l'avant-veille, surtout à sa partie postérieure, où il formait un bourrelet peu épais, lisse, assez régulier à la surface du pédicule de la tumeur. L'écoulement était abondant, sanieux, d'une odeur nauséabonde; l'état général de la malade était le même.

Tous les assistants étant unanimes sur la nature de l'affection; il fut décidé que l'on pratiquerait immédiatement la ligature du polype. La malade fut alors placée en travers de son lit, le siège sur le bord du matelas, la tête et les épaules appuyées sur des oreillers, les jambes soutenues et légèrement écartées, et aussitôt nous procédâmes, M. Amussat et moi, à l'opération, avec l'assistance de MM. Maraval et Levailant.

Ayant porté d'abord le doigt indicateur gauche, à

la droite de la tumeur et jusque sur son pédicule, je m'en servis de guide pour diriger les deux porte-fils réunis. Après les avoir introduits le long de ce doigt, aussi haut qu'il me fut possible, à la partie antérieure et latérale droite de la tumeur, je fixai dans la main gauche la tige sur laquelle le fil était attaché, et je dirigeai l'autre aussi exactement qu'il me fut possible autour du polype. Le volume de la tumeur, qui remplissait la cavité du bassin, ne me permit pas de la contourner exactement dans toute sa circonférence, à la hauteur de son pédicule; la tige mobile, à la partie postérieure, fut forcée de passer plus bas, à peu près vers le milieu de la concavité du sacrum, et cela fut la cause d'une circonstance sur laquelle je vais avoir à revenir dans un instant. Aussitôt que la seconde tige eut été ramenée en contact exact avec la première, je dirigeai sur elles mon serre-nœud provisoire et je les retirai immédiatement en maintenant le fil solidement placé autour de la tumeur.

Alors nous introduisîmes successivement, M. Amussat et moi, le doigt indicateur de la main droite, afin de nous assurer de l'exakte position du fil, et nous reconnûmes qu'il était placé obliquement de haut en bas, de droite à gauche et de devant en arrière, de telle façon que le serre-nœud provisoire répondait exactement au pédicule de la tumeur, mais que l'anse opposée du fil passait à gauche et en arrière, à peu près sur le milieu de la hauteur de la tumeur. Cela était dû à l'impossibilité dans laquelle je m'étais trouvé de la contourner partout à la même profondeur. Le fil se trouvait retenu dans cette position vicieuse, par un mamelon saillant, qui l'empêchait de glisser à sa sur-

face pour se rapprocher de son collet, comme il l'eût fait sans difficulté si celle-ci eût été lisse et unie.

Dans cet état de choses, il était nécessaire de repousser le fil et de le faire passer par-dessus la saillie qui le retenait, pour le porter sur le véritable pédicule du polype avant de chercher à étreindre celui-ci, et nous cherchâmes successivement par plusieurs moyens à arriver à ce résultat. Nous essayâmes d'abord, pour y parvenir, de relâcher un peu le fil et de le repousser avec le doigt indicateur; ce premier essai ne put nous réussir à cause du volume de la tubérosité. Nous fîmes sans plus de succès un second essai du même genre, en employant au lieu du doigt l'extrémité bifurquée du serre-nœud de Desault; enfin, après plusieurs tentatives inutiles. et au moment où je proposais de serrer modérément le fil déjà placé, et de nous en servir pour attirer la tumeur en avant, de façon à nous permettre d'atteindre plus facilement son pédicule, pour porter un autre fil autour de lui, M. Amussat eut l'idée d'une manœuvre qui nous réussit parfaitement. Ayant fait glisser le serre-nœud provisoire le long du fil, à la partie antérieure de la tumeur et jusqu'au dessous de la tubérosité qui le retenait, il fit basculer fortement l'extrémité externe de l'instrument, vers la cuisse droite de la malade; par ce moyen, l'extrémité opposée s'éloigna de la tumeur et se porta vers la paroi interne du bassin en écartant le fil avec elle. En repoussant le serre-nœud provisoire ainsi dirigé, la saillie, qui jusque-là retenait le fil, s'engagea dans l'anse ouverte et passa au-devant d'elle. Dès-lors, le serre-nœud et le fil glissèrent tout d'un coup jusque sur le pédicule du polype; nous nous assurâmes aussitôt de cet heureux résultat en pratiquant très-exactement le toucher.

L'exécution de l'opération en étant arrivée là, il ne pouvait plus se présenter de difficulté sérieuse. Le serre-nœud définitif fut substitué au serre-nœud provisoire par le procédé ordinaire; un treuil fut adapté à son extrémité, le fil fut engagé dans le trou dont l'axe du treuil était percé, et en tournant la clef, je le serrai au degré convenable. Cette constriction ne fut pas d'abord portée très-loin, nous nous réservâmes de l'augmenter graduellement plus tard.

L'opération, malgré les difficultés que nous avons éprouvées, eu égard au volume et à la conformation de la tumeur, n'avait été ni très-longue ni très-douloureuse. Elle n'avait point déterminé d'hémorrhagie; nous fîmes une injection émolliente, la malade fut recouchée; nous fîmes appliquer un large cataplasme sur le bas-ventre, et nous prescrivîmes une potion calmante à prendre par cuillerées.

Le soir, quelques heures seulement après l'opération, madame M*** était rendue à son calme naturel, elle n'éprouvait que peu de douleurs, il n'y avait point de fièvre; je fis une injection et recommandai à la garde d'en faire une elle-même toutes les heures, tant que la malade ne serait pas endormie; je tournai la clef du treuil de manière à serrer le fil d'un cran.

Le lendemain de l'opération je vis la malade dès le matin; la veille au soir, après mon départ, elle avait éprouvé du malaise et une demi syncope qui n'avait été que de peu de durée. Le reste de la soirée et la nuit s'étaient bien passés; il n'y avait eu ni frisson, ni hoquet, ni vomissement, ni douleur; la malade avait même dormi assez longtemps; je la trouvai calme, tranquille; le ventre n'était pas sensible à la pression, le pouls ne battait que cent pulsations par minute. Je pratiquai une injection, le

liquide revint trouble et légèrement sanieux ; je serrai comme la veille au soir le fil d'un cran. La journée se passa sans douleur, le soir je serrai encore un cran du serre-nœud, après avoir fait une injection.

Le 2 février, l'état de la malade était très-satisfaisant. Il n'y avait eu ni fièvre, ni douleur ; l'écoulement auquel la malade était sujette avant l'opération, avait considérablement diminué. L'injection revint à peine troublée d'un peu de pus et de sang ; elle ne présentait plus aucune odeur. La malade reconnaissait elle-même une véritable amélioration dans son état. Je pus, sans aucune difficulté et sans qu'elle éprouvât de douleur, serrer quatre crans de l'instrument ; la prescription fut la même : nous accordâmes un peu de bouillon de poulet.

Cependant madame M*** éprouva le soir une syncope de peu de durée, et la nuit fut un peu agitée. Néanmoins, le sommeil s'établit vers le matin. Le 3 février, je trouvai la peau un peu moite, le pouls légèrement fréquent ; il n'y avait eu ni frisson, ni hoquet, ni douleur dans le ventre ; un lavement avait déterminé une évacuation alvine copieuse et de bonne nature.

Le 4, l'état de madame M*** était extrêmement satisfaisant ; il n'y avait eu ni fièvre, ni douleur. La suppuration était assez abondante, mais sans odeur ; il n'y avait plus aucune trace de sang dans l'écoulement qui tachait le linge, ni dans le liquide des injections ; je serrai la ligature de trois crans.

Le 5, je serrai le fil de quatre crans.

Le 6, je trouvai le serre-nœud lâche et flottant ; cependant, il n'était point encore détaché entièrement. Je serrai le fil de trois crans ; au quatrième, le pédicule du polype

se rompit entièrement, et le serre-nœud se détacha. Le fil était entier, la tige de l'instrument légèrement courbée dans sa partie profonde sous l'influence de la forte traction exercée sur le fil. Je pratiquai aussitôt le toucher; je m'attendais à trouver le polype à peu près du volume qu'il avait au moment de la ligature; je m'étais muni de pinces afin de pouvoir le saisir solidement et lui faire franchir la vulve; à mon grand étonnement, je ne trouvai qu'une sorte de lambeau comme macéré que je pus extraire sans aucune difficulté en le saisissant entre l'index et le médius. Ayant aussitôt après exploré le col, je le trouvai entr'ouvert, le doigt pouvait y pénétrer librement, la lèvre postérieure était lisse et régulière, l'antérieure longue, moelle et flottante; le doigt sentait le moignon du pédicule nettement coupé, lisse à la surface de sa section et inséré comme nous l'avions pensé avant l'opération, à la face interne de la lèvre postérieure du col.

La tumeur, au moment de son extraction, se trouvait réduite à un lambeau de tissu cellulaire, long de 15 centimètres replié plusieurs fois sur lui-même, bifurqué supérieurement; sa plus grande largeur était de 55 millimètres, sa plus grande épaisseur de 22 millimètres, sa couleur était grisâtre, sa consistance presque diffluyente dans ses deux tiers inférieurs, le tiers supérieur présentait seule une certaine densité. La surface de la section était presque méconnaissable; on ne pouvait distinguer que la petite portion du pédicule, qui venait d'être arrachée la dernière par la traction du fil; mise dans l'alcool, elle s'est durcie et resserrée sur elle-même; mais elle ne présente plus aucune analogie avec son état avant l'opération.

Les jours suivants on continua à faire exactement les

injections et à observer les mêmes précautions qu'avant la chute du polype. Le 9, le col était rétréci, la lèvre postérieure était à l'état normal. La lèvre antérieure moins longue, moins flasque, œdémateuse, l'état général très-satisfaisant.

Le 11, madame M*** s'est levée pour la première fois pendant quelques heures.

Le 13, il n'y avait plus d'écoulement ni blanc, ni rouge; la malade reprenait ses forces, l'appétit était revenu, les digestions se faisaient bien, les douleurs avaient cessé entièrement. La lèvre antérieure était encore grosse, œdémateuse, saillante, le col était fermé. Le doigt, après cette exploration, revenait couvert de pus louable et sans odeur.

Le 17, les règles reparurent naturellement, elles durèrent pendant six jours.

Enfin, le 7 mars, madame M*** vint elle-même chez nous en voiture, les forces étaient entièrement revenues; il n'y avait plus qu'un très-léger suintement muqueux par le vagin. La lèvre antérieure du col était encore tuméfiée, mais lisse et unie; l'ouverture du col était étroite, linéaire, transversale; la lèvre postérieure était à l'état normal; la guérison était complète, elle ne s'est pas démentie et les règles sont revenues normalement depuis cette époque. Sous le rapport du diagnostic, ce fait vient encore à l'appui des réflexions dont j'accompagnais l'observation déjà publiée dans le numéro de février de ce journal. En effet, un examen superficiel aurait pu facilement induire en erreur sur la véritable nature de l'affection dont madame M*** était atteinte. Les phénomènes fonctionnels offraient une certaine analogie avec ceux qu'aurait pu produire une

dégénérescence cancéreuse du col ou même de la totalité de l'utérus.

La malade, depuis longtemps, éprouvait dans le bassin une gêne et une pesanteur des plus incommodes; la menstruation était depuis longtemps remplacée par des hémorrhagies de plus en plus abondantes. Dans l'intervalle de ces hémorrhagies, un écoulement purulent et sanieux contribuait encore à épuiser ses forces. La pâleur du visage, une émaciation progressive, le dérangement des digestions, les malaises épigastriques, les douleurs lombaires se propageant le long des aines et des cuisses, complétaient un cortège de symptômes bien suffisants pour inspirer les craintes les plus sérieuses. Ajoutons à cela que la main appliquée sur la région hypogastrique, percevait la sensation d'une tumeur dépendant manifestement de la matrice, que le doigt introduit dans le vagin rencontrait presque aussitôt un corps volumineux remplissant presque la totalité du bassin, irrégulier dans sa forme, bosselé, dur dans certains points, ramolli dans d'autres, recouvert de suppuration; et que la pression alternative de ce corps et du fond de l'utérus faisait reconnaître une transmission évidente de l'un à l'autre de tous les mouvements qu'on pouvait leur communiquer et indiquait en conséquence leur intime connexion.

Cependant, un examen attentif permettait de reconnaître que cette tumeur, contenue dans le bassin, se continuait supérieurement malgré son volume total avec une portion rétrécie qui traversait elle-même une espèce d'anneau, mou dans quelques points, plus résistant dans d'autres, mais séparé du pédicule par un sillon, dans lequel le doigt index pouvait s'insinuer même assez profondément à la partie

antérieure. Cet anneau était évidemment formé par le col : la tumeur constituait donc un véritable polype. Quant à sa nature, l'irrégularité de sa forme, sa consistance elle-même, malgré sa dureté, ne permettaient point de croire qu'elle fût fibreuse, la forme sphéroïde ou ovoïde et une rénitence spéciale étant les attributs constants des polypes et tumeurs de cette espèce; sa dureté compacte pouvait nous faire craindre qu'elle ne fût de nature cancéreuse, mais l'aspect général de la malade offrait une teinte décolorée plutôt que la nuance jaune paille, l'odeur de la suppuration était plutôt fade et nauséabonde, que de cette fétidité caractéristique propre au cancer; par toutes ces raisons réunies, le diagnostic porté fut qu'il existait chez madame M*** un polype charnu, dur dans certains points, ramolli et ulcéré dans d'autres; mais nous crûmes pouvoir espérer qu'il n'était pas cancéreux, et en cela l'événement justifia plus tard notre opinion.

Dans ce cas comme dans le précédent, nous eûmes recours à la ligature, et pour l'appliquer, nous fîmes usage de l'appareil que j'ai décrit dans l'observation déjà citée. Cependant, dans l'intervalle de temps qui s'était écoulé d'une opération à l'autre, j'avais cherché à le perfectionner; et cette seconde opération m'a suggéré elle-même quelques changements qui rendent cet appareil d'une application plus facile, et que je dois par conséquent faire connaître.

Les instruments que j'avais appliqués dans une première occasion, et qui m'avaient réussi pour un polype d'un petit volume, n'étaient, si je puis ainsi dire, que des instruments de premier jet et faits à la hâte. Ils n'eussent point eu la solidité nécessaire pour contourner sans se fausser une tu-

meur volumineuse, et comme enclavée dans la cavité du bassin. Aussi avais-je dû en faire fabriquer d'autres conçus d'après le même principe, mais plus solides et achevés avec plus de soin. J'avais pensé un instant que des instruments courbes pourraient, mieux que des tiges droites, contourner une tumeur sphéroïde d'un gros volume, et j'avais fait confectionner des porte-fils et un serre-nœud provisoires courbes ; mais je m'aperçus bientôt que ces instruments tournaient dans la main, et qu'il était impossible de les diriger avec précision : je dus, par conséquent, renoncer à leur emploi. Je mis donc cette fois encore en usage des porte-fils droits, et comme la première, ils me permirent, malgré le volume plus considérable de la tumeur, de l'entourer dans l'anse de la ligature ; le serre-nœud provisoire glissa sans difficulté sur les porte-fils, qui furent retirés aussitôt, et la tumeur se trouva dès lors solidement étreinte. Mais ici se présenta une difficulté que j'ai décrite dans l'observation. Cette difficulté eût été la même si nous nous fussions servi pour l'opération des porte-fils de Desault. J'ai indiqué la manœuvre qui nous a permis d'en triompher : sans le serre-nœud provisoire, cette manœuvre n'eût pas été exécutable ; en effet, l'extrémité inférieure d'un serre-nœud ordinaire n'eût pas permis de le diriger avec assez de force et de précision, et l'instrument eût été d'ailleurs trop court. L'anneau supérieur trop petit eût retenu les deux fils trop rapprochés l'un de l'autre pour laisser entre eux un espace libre dans lequel pût passer la tubérosité saillante qui s'opposait à ce que le fil glissât à la surface du polype jusque sur son pédicule.

Ces difficultés m'ont suggéré l'idée d'un repoussoir,

formé d'une tige solide de la longueur des porte-fils, terminé inférieurement par un manche en ivoire, et supérieurement par deux branches légèrement écartées mous-ses à l'extrémité. Cet instrument, guidé sur l'indicateur gauche, pourrait, dans quelques cas, aller repousser le fil engagé dans l'angle de réunion de ses deux branches, de manière à le porter beaucoup plus haut qu'il n'aurait d'abord été placé, et même dans l'intérieur de sa matrice.

L'extrémité inférieure de mon premier serre-nœud provisoire, que j'appliquai encore dans cette occasion, est trop peu maniable en raison de sa surface lisse et arrondie, et glisse avec trop de facilité entre les doigts de l'opérateur pour qu'il puisse toujours la diriger à son gré. J'ai fait fabriquer de nouveaux serre-nœuds provisoires, dont le manche est garni de deux petites plaques d'ivoire guillochées qui offrent plus de prise. L'anneau inférieur est remplacé par une plaque semblable à une plaque de cathéter, mais coudée à angle droit sur la tige, et présentant suivant sa longueur une fente qui sert à fixer provisoirement le fil. La tige présente à son extrémité interne une légère courbure qui lui permet de s'adapter à la surface d'un polype volumineux; enfin du dos de l'instrument se détache un ergot analogue à une détente de pistolet, qui sert de point d'appui pour l'indicateur, tandis que le reste du manche peut être saisi à pleine main. Par suite de ces modifications de détail dans la structure de l'instrument, le chirurgien peut le tenir plus solidement et le diriger avec plus de précision, ce qui, dans les cas difficiles, analogues à ceux dont cette observation offre un exemple, doit considérablement simplifier l'opération et faciliter son exécution.

Le serre-nœud de Desault, que j'avais mis la première

fois en usage à cause de son peu de volume, qui lui permet de traverser facilement l'anneau de mon serre-nœud provisoire, se termine inférieurement, comme on sait, par une plaque étroite offrant une fente, dans laquelle on fixe simplement le fil après l'avoir suffisamment tendu; pour le resserrer, il faut le détacher entièrement, le dégager de la fente et l'y fixer de nouveau. Ce procédé est long et incommode, et ne donne aucun moyen d'apprécier ni de graduer la constriction. Depuis longtemps un grand nombre de chirurgiens ont disposé à l'extrémité du serre-nœud dont ils font usage un treuil de forme variée, qui permet de serrer le fil d'une façon plus énergique et plus graduée. Les serre-nœuds, de Roderick renouvelé par M. Mayor, d'Herbiniaux, de David, de M. Récamier, de M. Hulin de Caen, en sont garnis; M. Récamier, lorsque je lui présentai mon premier appareil peu de jours après l'avoir mis en usage, me fit aussitôt remarquer tout le désavantage qu'il y avait à être privé de ce moyen de constriction, et m'engagea vivement à choisir un serre-nœud garni d'un treuil; mais, pour être applicable à mon procédé, il fallait que cette addition n'empêchât pas le serre-nœud définitif de traverser l'anneau du serre-nœud provisoire. Pour cela j'eus l'idée d'avoir un treuil séparé, susceptible de s'adapter à volonté à l'extrémité du serre-nœud de Desault légèrement modifié. Cette modification consiste en ce que l'instrument se termine par une espèce de tenon qui s'engage dans une mortaise dont le treuil est percé, et présente près de cette extrémité quelques guillochures qui permettent de le saisir solidement entre le pouce et l'index. Le treuil se compose, 1° d'une armature quadrilatère présentant deux parties latérales, une traverse an-

térieure, plus large, dans l'épaisseur de laquelle est percée d'avant en arrière la mortaise qui doit recevoir l'extrémité du serre-nœud, une traverse postérieure, légèrement concave en arrière; 2^o d'un axe engagé dans un trou, dont est percé vers le milieu de sa longueur chacune des parties latérales. Cet axe présente à une de ses extrémités une clé qui sert à lui imprimer le mouvement, et à l'autre une roue dentée, arc-boutée par un ressort qui sert à l'empêcher de retourner en sens inverse sous la traction qu'exerce le fil. Cet axe présente aussi au milieu de sa longueur un trou dans lequel s'engage un seul des deux chefs du fil; celui-ci, après avoir traversé l'axe du treuil, est porté jusqu'à l'extrémité de l'instrument, se contourne comme sur une poulie de renvoi dans la concavité de la traverse inférieure, et vient se renouer avec l'autre chef sur un point plus ou moins élevé de la tige du serre-nœud; de sorte que, lorsqu'on tourne la clé, les deux chefs sont tendus à la fois, et le trajet que parcourt le nœud le long de la tige de l'instrument donne la mesure exacte de la moitié de la diminution de l'anse du fil qui étreint le pédicule de la tumeur. La force de constriction de cet appareil est extrêmement considérable; elle peut être graduée à volonté. C'est à cette modification que nous avons dû, dans l'observation qui nous occupe, de voir le pédicule du polype être coupé en six jours, quoique beaucoup plus volumineux que celui du premier, qui, lié seulement dans la fente du serre-nœud ordinaire de Desault, ne s'était détaché que le neuvième jour.

Dans quelques cas de polype volumineux, le serre-nœud de Desault pourrait offrir quelques inconvénients, eu

égard à sa rigidité. En effet, son extrémité interne étant alors fortement fixée contre le pédicule, la tige de l'instrument est repoussée par le corps de la tumeur, et tend à s'échapper, suivant une ligne tangente à l'arc supérieur de la circonférence; mais elle est retenue inférieurement par l'ouverture vulvaire, qui peut en éprouver une compression douloureuse. En outre, si dans un mouvement quelconque de la malade, l'extrémité de l'instrument vient à être repoussée, le mouvement transmis par une tige inflexible peut déterminer intérieurement une compression ou un tiraillement douloureux. Pour éviter ces deux inconvénients, j'ai fait fabriquer plusieurs serre-nœuds courbes; un est formé d'un tube d'une seule pièce, qui s'adapte par sa concavité à la circonférence de la tumeur, et par sa convexité à la forme intérieure du bassin; un autre est formé de pièces séparées, longues de trois centimètres, offrant à chacune de leur extrémité un anneau semblable à celui qui termine le serre-nœud de Desault. Une dernière pièce, de même longueur, destinée à le fixer sur le treuil, complète le serre-nœud formé de pièces séparées en nombre variable, suivant la profondeur à laquelle il doit pénétrer. Ce serre-nœud ne diffère de celui de Roderick, renouvelé par M. Mayor, que parce que, au lieu d'être formé de grains de chapelet, il est formé de pièces métalliques plus allongées et moins volumineuses.

Le grain de chapelet qui termine le serre-nœud de M. Mayor est percé de deux trous séparés, au lieu d'un seul. L'anse de fil qui étroit le pédicule du polype doit avoir un de ses chefs engagés dans chacun des trous. Par ce moyen, ce grain de chapelet est retenu dans l'anse du

fil après que le pédicule est coupé, et l'on peut retirer à la fois tout le chapelet, dont, sans cela, les grains eussent abandonné le fil, et eussent pu s'égarer dans différentes directions. J'ai adopté cette disposition pour mon serre-nœud à pièces séparées; mais la pièce supérieure présentant deux extrémités, je l'ai appliquée à son extrémité inférieure, et non à la supérieure; en voici le motif: dans le serre-nœud de M. Mayor, la traverse qui sépare les deux trous forme un point d'appui pour le pédicule du polype, et les parties étreintes par le fil ne peuvent être coupées que par la compression et par le travail inflammatoire qu'elle détermine. Avec le serre-nœud ordinaire de Desault, au contraire, les deux chefs passant dans le même anneau, le pédicule supporte une traction à laquelle l'instrument n'offre de point d'appui qu'à la circonférence, et non au centre de l'anneau; il en résulte qu'au bout de quelques jours, lorsque le pédicule a diminué de volume, il peut être rompu par arrachement, comme cela est arrivé dans l'observation qui précède, ce qui accélère certainement la séparation du polype. C'est pour ne point me priver de cet avantage que j'ai reporté à l'anneau inférieur de la pièce profonde, la traverse qui a pour unique but de retenir l'anse du fil, et de s'opposer à l'échappement des différentes pièces du serre-nœud. Ce serre-nœud flexible offre l'avantage de s'adapter au volume du polype, à la concavité du bassin et à l'étroitesse de la vulve. Dans le cas où son extrémité externe vient à être repoussée accidentellement ou tirillée dans quelque sens que ce soit, le mouvement imprimé à cette extrémité se décompose dans chacune des intersections, et n'arrive que considérablement

amoindri, et presque imperceptible, à l'extrémité supérieure.

Cet instrument, composé de pièces entièrement séparées, me paraissait d'abord avoir un inconvénient, c'était la difficulté d'en retirer chaque pièce l'une après l'autre, soit pendant l'opération, s'il n'était pas d'abord convenablement appliqué, soit, plus tard, s'il se présentait une indication de le remplacer par un autre. Par cette raison, j'en fis faire un en tout point pareil, avec cette seule différence, que les pièces en sont articulées par des charnières flexibles; mais ces pièces mécaniques sont dispendieuses, d'un entretien difficile, cassantes, et, de plus, perdent l'avantage de rester flexibles en tout sens après la constriction du pédicule. Le serre-nœud articulé, introduit droit, se courbe sous la traction du fil, et devient inflexible aussitôt que celui-ci est fortement tendu. D'ailleurs, l'inconvénient du serre-nœud à pièces séparées que je viens de signaler peut être facilement éludé, si l'on attache à la pièce supérieure un fil de soie, qu'on laisse flottant à la vulve, et qui peut servir à la rappeler au besoin.

Tous ces serre-nœuds courbes ou flexibles s'introduisent par le même procédé que le serre-nœud droit, et s'adaptent également au treuil qui sert à graduer la constriction.

Toutes les modifications successivement apportées depuis Levret aux instruments destinés à la ligature des polypes de l'utérus, ont eu pour but de rendre graduellement cette opération plus facile et plus efficace; mais une grande question domine tout le débat que l'on pourrait établir sur leur mérite réciproque: c'est celle des avantages et des inconvénients généraux de la ligature elle-même. Dans

ma précédente observation, j'ai ajourné cet examen comparatif de la ligature et de l'excision, je vais le reprendre aujourd'hui; non point que je me flatte de résoudre cette question d'une manière définitive, mais pour indiquer les motifs qui, entre ces deux méthodes opératoires, me feraient incliner le plus souvent pour la ligature.

Le mode d'action de la ligature appliquée sur le pédicule d'un polype, consiste dans un étranglement, suivi d'une inflammation ulcérate éliminatoire. Son premier effet, si le pédicule n'est pas énorme, est d'y intercepter la circulation, de s'opposer, par conséquent, à l'abord du sang artériel, et au retour du sang veineux. Si le pédicule est gros et résistant, les vaisseaux du centre peuvent continuer pendant quelque temps à apporter encore du sang dans la tumeur, les veines de la périphérie oblitérées s'opposent toujours au retour du sang veineux. A la suite de cet étranglement, l'inflammation éliminatoire, se développe sur le trajet du fil, l'ulcération s'établit et coupe graduellement le pédicule de la circonférence au centre. A mesure qu'elle avance en profondeur, les vaisseaux qu'elle rencontre s'oblitérent et ne se coupent qu'ensuite, de sorte qu'à aucun moment ils ne présentent leur canal béant à la surface de la plaie en suppuration. Il n'est donc point possible que cette suppuration pénètre, par les veines ou les vaisseaux lymphatiques coupés par la ligature, dans le torrent circulatoire.

A la suite de l'accouchement, les sinus utérins, largement béants, présentent leur orifice à la surface interne de l'utérus; si le tissu musculaire de l'organe ne se contracte point de manière à les oblitérer, leur cavité reste en contact avec les matières fétides que la matrice peut conte-

nir, et celles-ci peuvent, par leur moyen, être absorbées, charriées par les veines jusqu'au cœur, et de là répandues dans toute l'économie. Après la ligature d'un polype, les veines de son pédicule sont oblitérées, et cette différence est capitale. Je sais que l'inflammation traumatique peut quelquefois s'étendre à leur membrane interne, se propager à une plus ou moins grande hauteur, sécréter du pus à leur intérieur, développer en un mot une véritable phlébite utérine avec toutes ses conséquences; mais ces cas doivent être rares, et c'est peut-être pour n'avoir pas exactement réfléchi à cette oblitération des vaisseaux du pédicule, que l'on s'est *a priori* trop effrayé des suites possibles de l'opération.

A mesure que les vaisseaux du pédicule s'oblitérent, le polype, devenu étranger à la circulation, est frappé de gangrène; mais la désorganisation qu'il éprouve depuis le moment de sa mortification jusqu'à celui de sa chute totale, varie suivant la nature de son tissu, suivant son volume, et suivant l'abondance des liquides dont il est pénétré. La putréfaction, il est vrai, est le partage général des tissus organiques privés de vie; mais tous n'y sont pas également disposés, et les circonstances dans lesquelles ils sont placés sont aussi susceptibles d'en modifier la marche. Les variétés qui s'observent à cet égard pour les tissus normaux de l'économie, s'observent également pour les tissus pathologiques qui constituent le corps des polypes. Le tissu osseux et le tissu fibreux sont de tous les tissus ceux qui résistent le plus à la putréfaction; aussi les polypes fibreux ne sont-ils pas sensiblement altérés à leur intérieur au moment où ils se détachent à la suite de la ligature de leur pédicule, et présentent-ils encore, au

moment de leur chute, tous les caractères du tissu fibreux dans sa pureté primitive ; la membrane externe seule est altérée.

Les polypes muqueux et charnus, tous ceux qui ne sont point de nature fibreuse, soumis à l'influence de la chaleur et de l'humidité, tendent à éprouver plus rapidement les phénomènes de la décomposition. Les liquides divers qui les abreuvent suintent à travers la trame de leur parenchyme, et se répandent dans le vagin. S'ils y séjournent un certain temps, nul doute que la fermentation putride ne s'en emparât bientôt, et ne pût se propager au corps du polype lui-même ; mais, si l'on a le soin de faire des injections fréquentes, ou même des irrigations continues, ces liquides sont constamment entraînés au dehors, la masse du polype elle-même se trouve enveloppée d'une couche de liquide incessamment renouvelée, et par ce moyen soustraite au contact de l'air. Et comme nous voyons dans les amphithéâtres les tissus soumis sous l'eau à un lavage continuel perdre les liquides qui entrent dans leur composition, diminuer de volume, se réduire à leur trame élémentaire, sans éprouver de putréfaction véritable, le même résultat peut être en partie obtenu dans le cas qui nous occupe sous l'influence du même moyen. C'est ainsi que, dans cette observation, un polype du volume d'une orange, dur, bosselé, ulcéré à sa surface en quelques parties, s'est trouvé après six jours d'étranglement et de lotions répétées, réduit à un lambeau celluleux sans consistance et sans odeur. Les liquides qui étaient exsudés de son intérieur avaient été successivement entraînés par les injections, qui, faites toutes les heures, ne revenaient que légèrement troubles et jamais fétides, en sorte que,

dans ce cas, il y avait eu lavage et dissolution, mais non point putréfaction véritable du polype.

D'ailleurs les injections peuvent être faites avec des décoctions de quinquina et de vin, elles peuvent même être additionnées de chlorure de chaux; toutes substances qui agissent d'une manière bien connue pour retarder la putréfaction et neutraliser l'action des liquides septiques qu'elle peut fournir en attendant la chute définitive du polype, chute qui est elle-même considérablement hâtée, comme nous l'avons dit, par l'emploi du treuil compressif.

M. Lisfranc, dans ses savantes leçons sur les maladies des organes génitaux de la femme, fait judicieusement remarquer que la surface interne du vagin absorbe mal, et, par cette raison, toutes les fois qu'il veut faire pénétrer par absorption un médicament quelconque chez une femme affectée d'une maladie de l'utérus, il l'administre en injection par le rectum. Appliqué sur la membrane muqueuse du vagin, son action se fût réduite à celle d'un topique. Cette circonstance doit être, dans un grand nombre de cas, avantageuse, car elle s'oppose évidemment à l'absorption des liquides excrémentitiels fournis par les affections de l'utérus.

D'après ces considérations, je suis porté à croire que la putréfaction des polypes est moins à craindre qu'on ne le pense généralement, à la suite de la ligature; qu'avec des soins convenables, on peut s'opposer le plus souvent à la stagnation des liquides qui exsudent du polype lié, et par suite à leur absorption, la surface du vagin et celle de la plaie y étant toutes deux d'ailleurs fort peu disposées par leur nature. Resteraient donc seules les chances inflam-

matoires ordinaires, celles de métrite et de phlébite utérine, et nous verrons bientôt que l'excision les partage également.

L'excision des polypes de l'utérus dispute seule la prééminence à la ligature; elle a pour elle aussi l'assentiment de noms illustres, dont l'autorité dans la science m'impose l'obligation sévère de ne point me prononcer légèrement dans l'appréciation de ses avantages et de ses inconvénients. Lorsque la tumeur et son pédicule sont peu volumineux, l'opérateur peut faire la section de celui-ci sur place, soit au moyen d'un bistouri courbe sur le plat, ou même quelquefois d'un bistouri boutonné ordinaire, soit au moyen de ciseaux courbes, conduits dans le vagin sur le doigt indicateur de la main gauche. Mais, pour peu que la tumeur soit volumineuse, cette manœuvre devient impossible. Il faut, alors, de toute nécessité, amener la tumeur à la vulve, avant de pouvoir en faire l'excision. Dans ce but, l'opérateur la saisit avec une ou plusieurs pinces de Museux, avec une pince à faux germe ou avec un forceps, suivant son volume et sa consistance, et exerce sur elle une traction graduée et énergique; en même temps, une main appliquée sur les parois abdominales au-dessus du pubis, refoule le corps de la matrice. Sous l'action combinée de cette double force, la matrice s'abaisse, le vagin se replie sur lui-même, les ligaments larges de l'utérus et les replis du péritoine qui le fixent se distendent, la tumeur se présente à la vulve, s'y engage et parvient à la franchir. Alors le chirurgien, en ayant soin de protéger les parties qui lui donnent passage, tranche le pédicule du polype avec le bistouri, en rasant, pour ainsi dire, les grandes lèvres, ou avec les ciseaux. Aussitôt la matrice, sollicitée par l'élasticité de toutes les parties qui

se sont prêtées à son abaissement, remonte, et l'opération est achevée.

Cette opération, malgré son apparente simplicité, ne laisse pas que d'offrir souvent d'assez grandes difficultés. Elle est d'ailleurs accompagnée de douleurs souvent très-fortes, dues à l'extension forcée de tous les annexes de l'utérus. En effet, cet abaissement ne peut pas s'effectuer sans une traction souvent très-violente; d'autant plus que, si le polype est volumineux, il y a une double résistance à vaincre : celle de l'anneau vulvaire qu'il faut dilater, et celle des annexes de l'utérus qu'il faut distendre. La douleur que les malades éprouvent, pendant cet abaissement, offre un caractère particulier d'arrachement intérieur, et s'accompagne d'une sensation d'angoisse qui entraîne avec elle la crainte d'une perte de connaissance imminente, plus pénible elle-même que l'intensité de la douleur réelle. Les suites n'en sont pas toujours innocentes; la péritonite pelvienne ou même générale, l'inflammation phlegmoneuse des ligaments de l'utérus, en sont quelquefois la conséquence. L'utérus abaissé peut aussi quelquefois rester en prolapsus ou retomber quelque temps après. Ces inconvénients me paraissent être les plus graves parmi ceux que l'on peut attribuer à l'excision. L'hémorrhagie, quelque importance qu'il convienne de lui attacher, peut cependant être plus facilement maîtrisée. Les conditions sont, en effet, sous ce rapport, bien plus avantageuses alors qu'à la suite de l'accouchement. Il suffit d'introduire un spéculum cylindrique, et d'engager le col de l'utérus dans son extrémité pour avoir sous les yeux la plaie qui fournit l'hémorrhagie. Des injections froides ou astringentes suffisent souvent pour arrêter ce sang; on peut quelquefois,

si les vaisseaux sont d'un certain calibre, les saisir avec une longue pince, les tordre ou les broyer. On peut toucher la plaie avec un caustique ou même le cautère actuel, et, par-dessus tout, on peut disposer de la compression, dont l'efficacité est constante dans ces cas, lorsque l'on sait l'appliquer. En effet, si le col de l'utérus est fortement engagé dans le spéculum, le sang ne peut trouver aucune autre issue que la cavité de l'instrument. L'utérus, dans ce cas, n'est point assez extensible pour se dilater et recevoir dans sa cavité le produit d'une hémorrhagie considérable. Il suffit donc de tamponner la plaie au moyen de bourdonnets de charpie imprégnés de poudre astringente, ou imbibés d'une liqueur styptique, introduits et maintenus dans la cavité de l'instrument. Il est certain néanmoins qu'il est toujours fâcheux d'avoir à en venir à cette extrémité qui prolonge les douleurs de la malade, et augmente les chances d'inflammation traumatique.

Il résulte de cette comparaison sommaire entre la manière d'agir de la ligature et de l'excision, que l'une et l'autre méthodes offrent des avantages et des inconvénients. La première met sûrement à l'abri de l'hémorrhagie; elle agit sur place et sans nécessiter l'emploi d'aucun tiraillement, mais elle est plus lente dans son action; on lui reproche aussi d'exposer à l'absorption des principes septiques, résultat de la putréfaction du polype. Il y a peut-être un peu d'exagération dans cette appréhension, ainsi que j'ai cherché à le démontrer.

L'excision enlève immédiatement le corps étranger, mais elle nécessite le plus souvent des tiraillements pénibles et dangereux, et expose à l'hémorrhagie; elle met certainement à l'abri de l'absorption miasmatique due à la

putréfaction du polype, mais il ne me paraît pas démontré que l'inflammation traumatique, et, par suite, les chances de métrite et de phlébite utérine soient moins graves après la section du pédicule par l'instrument tranchant. Cette plaie, en effet, n'est pas susceptible de réunion immédiate, et, comme toutes les plaies avec perte de substance des parties molles dont on ne peut rapprocher les bords, elle ne peut se cicatrifier que par seconde intention (comme on dit), c'est-à-dire après suppuration. Rien n'empêche que l'inflammation, nécessaire à ce mode de cicatrisation, ne se propage à l'intérieur des vaisseaux ou dans le tissu de l'utérus comme après la ligature.

Ainsi donc, en pesant consciencieusement le pour et le contre de chacune des deux méthodes, en ne tenant compte des autorités que pour les neutraliser les unes par les autres, j'arrive à croire que la ligature serait, en thèse générale, préférable à l'excision.

On a cependant combiné ensemble les deux méthodes : c'est ainsi que M. Récamier, après avoir pratiqué la ligature, prend généralement de forts ciseaux, et ébarbe dans l'intérieur du vagin tout ce qu'il peut enlever du polype, en ne laissant, autant que possible, qu'un moignon suffisant pour empêcher le fil d'échapper. M. Récamier, en agissant ainsi, a pour but d'éviter que le polype ne se putréfie sur place et ne devienne un foyer d'infection. Il fait suivre cette résection d'injections fréquentes ou même continues, afin de soumettre les parties, ainsi que je l'ai exposé plus haut, à un lavage continuel. Ce second temps doit être souvent difficile, surtout lorsque la tumeur est dure, volumineuse ; il ne peut, du reste, y avoir que des avantages, lors même que ce ne serait pas absolument

nécessaire, à supprimer, lorsque cela est possible, la plus grande partie du corps du polype.

D'autres opérateurs pratiquent l'excision suivant le procédé ordinaire, mais avec le soin de placer une ligature sur le pédicule du polype avant de réséquer celui-ci, après l'avoir abaissé au niveau de la vulve. M. le docteur Denarp, membre correspondant de l'Académie de médecine, aux lumières et au jugement duquel je me plais à rendre hommage, a bien voulu me communiquer l'observation d'une opération très-intéressante pratiquée par lui de cette manière. C'est donc, dans le premier cas, une ligature suivie de l'excision de la portion excédante, dans le but d'éviter la putréfaction du polype; dans le second, l'excision précédée de la ligature, dans le but d'éviter l'hémorrhagie. Ce sont, comme on le voit, deux procédés mixtes qui arrivent par des voies différentes au même résultat, association de la ligature et de l'excision. Le premier offre quelques difficultés dans son second temps, celui qui consiste à enlever la partie antérieure du polype qui excède la ligature. Le second a l'inconvénient de nécessiter encore l'abaissement préalable de la tumeur, et d'exposer la malade aux douleurs qu'il détermine et aux chances d'accidents qui peuvent en résulter.

En réfléchissant d'une part à ces différentes combinaisons des procédés opératoires employés jusqu'à ce jour, et d'une autre à l'espèce de section que détermine le glissement d'un lien enroulé autour d'une partie du corps, j'ai pensé qu'il serait possible de se servir du fil lui-même placé autour du pédicule d'un polype, et retenu par mon serre-nœud provisoire, pour en faire la section.

J'avais eu cette idée à propos du premier fait dont j'ai

consigné l'observation dans le numéro de février de ce journal. Le pédicule de ce polype étant très-mince, je l'avais exprimée après l'opération aux honorables confrères qui m'avaient assisté, en leur disant qu'il aurait été probablement possible de le couper immédiatement, en tirant un peu fortement sur une seule des extrémités du fil. Je ne lui avais cependant pas encore donné de suite, occupé que j'étais à perfectionner mes premiers instruments. Le pédicule du polype s'étant trouvé dans le second cas beaucoup plus volumineux, je n'avais point pensé alors à en faire l'application. Elle m'a été rappelée par M. Amussat dans une conversation relative à ces deux opérations. Après différents essais sur le cadavre et sur des corps inertes, après plusieurs modifications successives apportées aux instruments destinés à l'exécution de cette idée, je suis arrivé à formuler un nouveau procédé d'ablation des polypes de l'utérus, qui consiste à scier leur pédicule sur place, au moyen du fil disposé comme pour en faire la ligature, et j'ai proposé ce procédé à l'Académie royale de médecine, dans la séance du 10 avril 1844.

Les instruments nécessaires sont : 1° les deux porte-fils et la balle de plomb, disposés comme pour faire la ligature. Le fil, dans ce cas, doit avoir une longueur d'un mètre cinquante centimètres à peu près ; le milieu de sa longueur doit correspondre aux chas des porte-fils. J'ai essayé pour cet usage les cordonnets de soie de toute espèce, les ficelles de lin et de chanvre, les cordes de rouet en boyau, les chanterelles d'instruments de musique, etc. J'ai fait entourer ces différentes espèces de liens d'un fil métallique, comme cela se pratique pour les cordes d'instruments, et, de tout cela ce qui m'a le mieux réussi dans mes

essais, c'est l'espèce de ficelle désignée par les cordiers sous le nom de petit fouet de lin, simple, ou revêtue, comme je viens de le dire, d'un fil métallique, qui lui donne plus de solidité tout en lui permettant de conserver une flexibilité suffisante ;

2^o Un instrument destiné à fixer le fil, et que je puis désigner sous le nom de fixateur. Cet instrument offre la plus grande analogie avec le serre-nœud provisoire ; il en diffère seulement par les modifications suivantes : l'anneau qui le termine au lieu d'être lisse et arrondi extérieurement, présente un bord plane ou même légèrement concave, offrant quelques guillochures destinées à empêcher l'instrument de glisser d'un côté à l'autre à la surface du pédicule du polype. Sa tige, qui doit aussi être plus forte, présente vers son milieu, dans la longueur de quatre ou cinq centimètres, des cannelures transversales, qui ont pour but de permettre de saisir fortement l'instrument au moyen d'une espèce de davier, et de l'empêcher de glisser. La plaque du manche est percée de deux trous de deux millimètres de diamètre, destinés à laisser passer le fil, et au-dessous de ces trous sont deux ailerons, dont l'usage est de protéger contre le frottement du fil le doigt de l'aide chargé pendant l'opération de maintenir l'instrument ;

3^o Le davier dont je viens de parler, dont les mors sont intérieurement garnis de plomb ou d'étain comme ceux de l'étau à lithotripsie de M. Amussat ;

4^o Enfin, deux petits bâtonnets d'ivoire tournés, semblables aux petites poignées d'une scie à chaîne.

Le premier temps de l'opération consiste à porter le fil autour du pédicule du polype, au moyen de deux porte-fils,

absolument comme si on se proposait de pratiquer la ligature. Après s'être assuré de sa position, on dépose la balle de plomb, et l'on substitue le fixateur aux deux tiges, comme on le ferait pour le serre-nœud provisoire; alors, fixant l'instrument avec le pouce et le doigt indicateur de la main gauche, placés l'un sur la plaque de l'instrument, et l'autre dans l'ergot dorsal, on tend le fil retenu par les derniers doigts de la main gauche, pendant qu'avec le doigt index de la main droite on cherche à constater s'il est bien exactement placé autour du véritable pédicule du polype. Si la position est défectueuse, on se comporte comme on le ferait pour pratiquer la ligature. Lorsque son exacte position est constatée, l'opérateur, en ayant soin que les deux chefs du fil soient parallèles au lieu de s'entrecroiser dans l'intervalle qui sépare les deux extrémités de l'instrument, passe un des deux chefs dans chacun des deux trous dont la plaque est percée, et noue l'extrémité de chacun d'eux à l'un des deux bâtonnets d'ivoire. Alors un aide saisit avec le davier la tige du fixateur le plus près possible de la vulve, de l'autre main il saisit l'instrument par la plaque et l'ergot, et le tient ainsi solidement immobile. Les choses étant ainsi disposées, l'opérateur, prenant dans chaque main un des chefs du fil au moyen des manches dont ils sont armés, exerce sur eux une traction alternative; le fil, réfléchi sur l'anneau du fixateur comme sur une poulie de renvoi, est alors agité autour du pédicule du polype d'un mouvement analogue à celui d'une scie à chaîne, et qui le coupe rapidement.

Bien que je n'aie point encore appliqué ce procédé sur le vivant, j'en ai fait de nombreux essais sur les différents tissus de l'économie pris sur le cadavre, et sur des polypes

artificiels façonnés en liége que j'ai pu couper avec la plus grande facilité, ainsi que je l'ai fait en présence de l'Académie. Je n'ai donc aucun doute sur son efficacité comme sécateur ; reste l'appréciation de ses avantages et de ses inconvénients. En comparant ce nouveau procédé à la ligature et à l'excision, on peut reconnaître qu'il réunit les avantages principaux des deux méthodes. Sans offrir plus de difficulté que la ligature, sans introduire aucun instrument tranchant, sans nécessiter aucun abaissement préalable du polype, il en pratique immédiatement la section. Il doit aussi prévenir, jusqu'à un certain point, l'hémorrhagie, consécutive à l'opération, car l'action du fil sur les vaisseaux que peut contenir le pédicule, est certainement bien différente de la section nette que détermine un instrument tranchant ; elle doit consister en une attrition, un déchirement, un arrachement des tuniques des artères et des veines ; en outre, elle s'accompagne par le frottement d'un développement assez considérable de chaleur, qui peut aussi favoriser la coagulation du sang dans les vaisseaux irrégulièrement coupés, et s'opposer à l'hémorrhagie. A supposer cependant que ce dernier avantage soit chimérique, les autres me paraissent réels et évidents ; d'ailleurs ce procédé, au lieu d'être exclusif, peut fort bien se combiner avec une ligature préalablement appliquée sur le pédicule du polype pendant un temps suffisant pour y intercepter la circulation. Il suffirait pour cela de laisser le fil de la ligature assez long pour qu'il pût le lendemain servir à l'exécution de l'opération que je viens de décrire ; après l'avoir détaché et avoir enlevé le treuil, on ferait glisser le fixateur sur le serre-nœud, on retirerait

celui-ci, et l'on se trouverait en mesure d'achever la section au moyen de la ligature placée la veille. Cette manière d'agir me paraîtrait offrir une garantie complète dans le cas où l'on pourrait redouter l'hémorrhagie en achevant l'opération dès le premier jour, et ce retard de vingt-quatre heures n'aurait certainement aucun inconvénient sérieux.

J'ai proposé de donner à ce nouveau procédé de section des polypes de l'utérus le nom de ser-cision, du mot latin *serra, scie* et de la désinence commune aux mots déjà français incision, excision. Je crois que les néologismes sont permis lorsque l'on a une idée nouvelle à exprimer, et la langue française ne possédait que l'expression triviale de *sciage* qui pût être applicable à cette nouvelle opération. La ser-cision serait donc la section par le sciage, et ferait en quelque sorte le pendant de l'excision dans l'exposé des procédés opératoires applicables à la cure des polypes de l'utérus.

Un procédé jusqu'à un certain point analogue avait été employé pour la destruction des polypes des fosses nasales par un chirurgien nommé *Paul*, antérieur à Albucasis, et dont il est question dans l'Encyclopédie; mais cet auteur, au lieu de n'agir que sur le pédicule du polype, agissait sur les portions qui avaient pu échapper à l'arrachement, et voulait les détruire par le frottement d'une ficelle garnie de nœuds de distance en distance. Ces nœuds, selon lui, devaient faire l'office des dents d'une scie. Dans notre procédé, ils seraient aussi inutiles que les brèches sur une lame de bistouri. Je n'ai trouvé nulle part la trace que la même manœuvre eût été proposée pour les polypes de

l'utérus. Quelque nombreux que soient les maîtres de l'art qui ont consacré leurs veilles aux progrès du traitement de ces affections, je crois être assez heureux pour avoir eu l'idée d'un perfectionnement utile. J'espère que ce nouveau procédé obtiendra l'honneur d'être admis dans la pratique, et que l'expérience confirmera au moins en partie les avantages qui me paraissent pouvoir lui être attribués.

DE LA CONVERSION

DE LA

PRÉSENTATION DE LA FACE EN PRÉSENTATION DU SOMMET
ET DE L'APPLICATION DU FORCEPS DANS LES POSITIONS
MENTO POSTÉRIEURES DE LA PRÉSENTATION DE LA FACE.

Troisième et dernier article.

Par **CHAILLY** (Honoré),

Ex chef de clinique d'accouchement de la Faculté de Paris,
membre de la Société médicale de Paris, etc.

Certainement, il est fort adroit d'accuser les autres des fautes que l'on a commises, afin de n'en être pas accusés; aussi, est-ce pour cela qu'on nous reproche de n'avoir fait que des citations incomplètes. Nous avons eu là, nous l'avouons, un très-grand tort, car chacun sait très-bien combien il est facile de changer le sens véritable du texte en supprimant un mot ou en ajoutant un autre, en séparant un membre de phrase de ceux qui le suivent ou de ceux qui le précèdent.

C'est avec ces armes que nous avons été attaqué, il y a quelques mois, dans un article fort peu académique. Pour
1844. *Mai*, T. II.

nous, nous n'avons jamais recours à de semblables moyens pour faire prévaloir notre opinion ; mais, comme le lecteur n'est pas obligé de nous croire sur parole, nous nous voyons contraints de compléter les citations que nous avons abrégées pour ménager son temps, et nous allons satisfaire amplement sur ce point, nous en sommes certains, les esprits les plus scrupuleux.

Déjà, dans le second article que nous avons eu l'honneur de lire à la Société de médecine, nous avons présenté quelques mots de justification dont nous nous serions certainement contentés, si nous n'avions appris que ce faible dédommagement qui nous a été accordé excite de nouvelles plaintes. Nos adversaires se seraient donc réservés le droit d'attaque, et avec quelles armes ! et toute défense serait contre eux une agression sacrilège ! En effet, ils nous donnent un coup de boutoir (1), nous répondons en même monnaie, sans nous plaindre, et ils viennent alors nous accuser hautement de les avoir attaqués, quel esprit de justice ! Malgré cette prétention, nous nous voyons forcés de témoigner, par un dernier mot, de notre bonne foi. Cette nécessité seule pouvait encore nous faire rompre le silence ; car, bien qu'on ait pris avec nous l'initiative et qu'on ne nous ait certes pas épargné, toute autre agression devait être regardée par nous comme non avenue.

Disons d'abord que, depuis la publication du 1^{er} mémoire que nous avons eu l'honneur de lire à la Société de médecine de Paris, M. le docteur Leray de Nantes nous a fait l'honneur de nous écrire, pour nous exposer que depuis

(1) Voyez *Revue Médicale*, page 70, ligne 8, Mai 1843. Notre réponse ne date que de Juillet 1843, page 360.

plus de vingt années il professe et a mis en pratique avec succès le procédé opératoire d'application du forceps, que nous préconisons, dans les positions mento-postérieures secondaires de la face qui sont restées postérieures.

Les opinions de ce praticien distingué sont consignées dans un journal qui a pour titre : *Nouveau journal de Médecine et de Chirurgie*, mai 1822.

Cette approbation d'un homme aussi recommandable nous est bien précieuse; elle vient corroborer encore les nouvelles preuves que nous avons mises sous les yeux du lecteur et celles que nous allons lui soumettre de nouveau.

A propos de l'application du forceps dans les positions mento-postérieures restées telles après l'engagement de la face, nous avons donc, chemin faisant, donné notre opinion sur le procédé de Baudeloque, qui consiste à convertir la présentation de la face en présentation du sommet, et nous nous étions demandé si ce précepte pouvait être accepté en 1844, après les travaux nombreux publiés sur cette matière, et s'il ne devait pas être aussi bien rejeté dans les positions postérieures primitives que dans les antérieures. Nous nous étions prononcé pour l'affirmative.

Mais, avant de compléter les citations que nous avons empruntées aux auteurs les plus recommandables, commençons d'abord par exposer tout au long celles de l'auteur qui veut que ce procédé reste applicable aux positions mento-postérieures primitives.

On lit page 687, ligne 28.

« Les suppositions que nous venons de faire, et qu'il
« nous aurait été facile de justifier par des faits puisés
« dans les auteurs, en nous faisant connaître les difficultés
« qui peuvent se présenter dans ces cas, ne porteraient-

« elles pas à admettre, pour les positions *mento - posté-*
« *rieures*, les préceptes posés par Baudelocque, Gar-
« dien, etc., pour toutes les positions de la face? Et si,
« dans l'état actuel de la science, les positions mento-
« antérieures doivent être abandonnées à la nature, en est-
« il entièrement de même des positions mento - posté-
« rieures? En un mot, cette dernière position bien constatée
« au *début du travail*, ne devrait-on pas, avant son engage-
« ment, chercher à la convertir en *position* (lisez *présen-*
« *tation*) du sommet, et prévenir ainsi les difficultés qui
« pourront naître plus tard? J'avoue que si j'avais à me pro-
« noncer en pareille matière, je résoudrais la question par
« l'affirmative. »

Voilà la citation aussi complète que possible. Nous croyons avoir démontré, en nous appuyant de l'autorité de madame Lachapelle, de MM. Nœgelé, Stolz, P. Dubois, Moreau, etc., que le procédé n'était pas plus applicable aux positions postérieures primitives qu'aux antérieures, parce que les postérieures primitives, par le fait de la rotation du menton en avant, doivent être assimilées aux antérieures dans l'immense majorité des cas, etc., etc.

Page 686 : « Une femme est depuis longtemps en travail; « les membranes sont rompues, les eaux écoulées depuis « cinq ou six heures ou plus. Les contractions utérines « ont été très-énergiques depuis l'écoulement des eaux; le « toucher fait reconnaître une bonne conformation du « bassin, une dilatation complète, et aucune résistance du « col de l'utérus, et cependant la partie qui se présente « reste élevée et ne s'engage pas dans l'excavation; mais « en cherchant quelles peuvent être, au milieu de circon- « stances aussi favorables, les causes qui retiennent la

« partie qui se présente engagée au détroit supérieur, on
 « s'aperçoit que c'est la face qui se présente en position
 « mento-postérieure. On est, je crois, en droit de conclure
 « que la lenteur du travail est due à la non réduction de la
 « position mento-postérieure en antérieure. Dans ce cas,
 « je crois qu'il faut tenter de *convertir* la *position* de la
 « face (lisez *présentation*) en *position* du sommet (lisez
 « encore *présentation*), et pour cela introduire la main
 « dont la face palmaire, etc., etc.; puis, après avoir em-
 « poigné la face à pleine main, la *refouler*, autant que pos-
 « sible, au-dessus du détroit supérieur; contourner le ver-
 « tex avec la face palmaire des quatre doigts, et fléchir la
 « tête sur la poitrine. La *position* de la face (lisez *présen-*
 « *tation*) ainsi convertie en *position* (lisez *présentation*) du
 « sommet, les contractions utérines feront le reste (1). »

Il nous semble qu'il ressort clairement de cette citation que l'auteur conseille la réduction de la face quand cette présentation se trouve en position mento-postérieure.

Mais ce n'est pas tout, cette phrase est curieuse à étudier à plus d'un autre titre. Ainsi nous ne pouvons comprendre comment, au milieu des circonstances les plus favorables, la face ne peut pas s'engager dans le détroit supérieur, parce que le menton est en arrière, à droite ou à gauche. La situation mento-postérieure primitive augmenterait-elle les diamètres de la face? Nous avons toujours pensé que la face devait présenter toujours les mêmes dimensions au détroit supérieur, que le menton, soit en avant soit en arrière. Cette difficulté n'est donc, à mon sens,

(1) A lire cela, je le répète, on croirait que c'est l'affaire d'un tour de main.

qu'une pure fiction ; car ce ne sera jamais au détroit supérieur bien conformé, et surtout dans les circonstances énoncées dans la citation, que la face ne pourra pas s'engager. En vérité, ce n'était pas la peine de bâtir un pareil échafaudage, tout juste pour se donner l'occasion de dire de semblables choses ; et, je le répète, si cette situation mento-postérieure reste telle, ce n'est que dans l'excavation que se rencontreront les obstacles, et non au détroit supérieur.

A moins que, contrairement à ce que l'expérience démontre chaque jour, on ne regarde, comme notre collègue semblerait le faire entendre, le défaut d'engagement déterminé par le défaut de rotation, manière de voir qui forcerait d'admettre que, puisque ce défaut de rotation peut empêcher l'engagement à son début, cette rotation du menton en avant s'accomplit au détroit supérieur ; qu'en un mot, dans le mécanisme de l'accouchement spontané, le temps de rotation précède l'engagement au lieu de le suivre. Nous savons bien, il est vrai, que dans quelques cas, dans les positions mento-postérieures, la rotation du menton en avant commence avant que l'engagement soit complet, et cela pour favoriser cet engagement : mais c'est une exception, qui d'ailleurs ne se rencontre qu'à une époque avancée de l'engagement. Cependant il ressort bien pour moi de la lecture du passage cité que c'est au défaut de rotation du menton en avant que sont attribuées les difficultés de l'engagement.

Mais supposons pour un moment que cette difficulté puisse se rencontrer ; comment conseiller la version céphalique cinq ou six heures, ou plus, après l'écoulement des eaux, et lorsque les contractions utérines s'exercent avec

énergie depuis longtemps? Cette opération serait-elle praticable sans danger pour la mère, surtout si, suivant le conseil donné par l'auteur dans une opération où tous les mouvements doivent être ménagés, on *refoule* la tête?

Si ce cas pouvait être supposé, la version pelvienne ne serait-elle pas moins impraticable? Nous n'en doutons pas, et nous croyons l'avoir démontré dans notre précédent article. Smellie, page 293, tome I^{er}, depuis la ligne 20 jusqu'à la ligne 29, a dit, sans qu'on puisse accuser cette citation d'être incomplète : « Mais, le plus souvent, il « n'est pas possible d'y réussir lorsque les eaux sont évacuées, que la matrice est fortement contractée sur l'enfant, et que la partie supérieure de la tête est si glissante, qu'on ne peut la retenir ; de manière que l'on en vient rarement à bout, *quand même* la compression ne serait pas grande, à moins que la tête ne soit petite, et alors le moyen de sauver l'enfant est de le retourner. »

Madame Lachapelle s'exprime aussi clairement. En parlant de ces réductions de présentations, page 80, elle cite à l'appui de son opinion un grand nombre d'auteurs : « Les conseils que Mauriceau donne à ce sujet sont très-sages, dit-elle, et ses paroles méritent d'être transcrites.

« Les auteurs qui ont écrit sur les accouchements sans les avoir jamais pratiqués, comme ont fait plusieurs médecins, recommandent tous par un même précepte, souvent réitéré, de réduire à la figure naturelle chacune des situations contre-nature dans lesquelles l'enfant peut se présenter, c'est-à-dire de le faire venir la tête la première ; mais s'ils avaient eux-mêmes mis la main à l'œuvre, ils connaîtraient bien que cela est le plus souvent impossible, à moins qu'on ne risquât, par l'excès de la

« violence qu'il faudrait faire, de crever la mère et l'enfant. »

Tome I^{er}, page 81 : « Ce n'est pas une petite affaire pour un accoucheur que de redresser une tête, a dit Dionis. Les observations de Delamotte, Moriceau, Portal, continue-t-elle, nous font voir qu'ils allaient en pareil cas chercher les pieds; Smellie lui-même dit que, quand une fois l'accoucheur a introduit la main dans la matrice, il doit aller au plus sûr, c'est-à-dire prendre les pieds. Il avoue qu'il lui est bien plus souvent arrivé de ne pas réussir quand il voulait redresser la tête offrant le front, la face, etc.

« Pour moi, j'ai quelquefois réussi à changer les positions de la face ou du pariétal, souvent aussi j'ai échoué dans mes efforts. »

Page 403, elle continue en ces termes :

« Il s'agit ici du redressement de la tête ou d'un mouvement de flexion opposé à celui qui change une position du vertex en frontale ou faciale. Deux manières d'y parvenir se présentent d'abord à l'esprit, et ce sont les mêmes dont nous avons parlé tout à l'heure : repousser le menton et attirer l'occiput. De quelque manière qu'on s'y prenne, les auteurs conseillent d'abord de pousser la totalité du fœtus, pour se ménager de l'espace et de la liberté. C'est sur l'épaule, ou la poitrine, ou le dos, que Guillemeau avait jadis conseillé de porter l'effort destiné à repousser le fœtus avant d'agir sur l'occiput. »

Et, après avoir cité l'opinion de quelques auteurs à ce sujet, elle s'écrie : « Voilà bien des autorités; mais ce redressement est-il une chose bien facile? Oui sans doute, il l'est avant la rupture des membranes; mais alors il est

« inutile, car, si la tête est basse, il vaut mieux laisser al-
« ler les choses: si elle est haute, on peut la redresser
« sans *refoulement*. Mais quand les eaux sont écoulées et
« l'utérus rétracté, c'est en vain qu'on cherchera à l'opé-
« rer; quelle que soit la partie sur laquelle on appuie, on
« romprait plutôt la matrice. Voilà pour le refoulement
« préliminaire, passons au redressement même.

« Repousser la face, n'est pas une chose bien commode
« ni bien facile; c'est cependant ainsi que Viadel, Dionis,
« puis Smellie disent l'avoir réduite, ou conseillent de le
« faire, soit que le front se présente seul, soit que la face
« soit déjà horizontale, soit qu'on veuille pousser sur le
« menton, soit qu'on veuille agir sur la racine du nez ou
« sur les joues. Si on n'agit pas au milieu des eaux de
« l'amnios et dans la plus grande liberté, je suis persuadé
« qu'on échouera constamment. »

Plus loin, page 408: « Que de fois, s'écrie-t-elle, au
« contraire, n'ai-je pas perdu ma peine à de semblables
« tentatives quand la tête était grosse, quand elle était en-
« gagée dans le détroit supérieur, etc.; *et même dans les*
« *circonstances les plus souhaitables, je n'ai pas toujours*
« *réussi*. Je ne suis pas la seule, au reste, à qui cela soit
« arrivé. De Lamotte n'en put venir à bout dans deux ac-
« couchements qui se terminèrent seuls.

« Lorsque j'employai ce procédé, j'étais encore imbue du
« préjugé général; j'avais contre la terminaison spontanée
« des accouchements de cette sorte une prévention que je
« n'ai plus aujourd'hui; je croyais ne pouvoir assez tôt ap-
« porter remède à ces dispositions redoutables. Ce pro-
« cédé, je l'ai mis en usage pour la première fois il y a
« quatre ans, etc., etc. »

Enfin nous avons cité le cas observé par M. Cahen père, où il nous fut impossible de pratiquer cette réduction de présentation, soit en cherchant à fléchir la tête, soit même en cherchant à la défléchir complètement.

Complétons maintenant les citations faites à l'appui du procédé d'application du forceps que je conseille, dans les positions mento-postérieures restées telles, page 411.

« Si, par hasard, dit M^{me} Lachapelle, chose que mon expérience me fait regarder comme impossible, je trouvais
« le menton tout-à-fait tourné en arrière, c'est-à-dire vers
« le sacrum, et que l'enfant fut présumé vivant, je crois
« que je ferais tout pour aller aux pieds, la tête fût-elle au
« bas de l'excavation. Cette méthode me paraît préférable à l'application du forceps et à des *tractions directes*, etc., etc.

Mais elle ajoute (et il est important de ne pas le passer sous silence comme on l'a fait pour avoir raison contre nous) « Mais si la tête, en pareil cas, avait franchi l'orifice, *il faudrait bien se résoudre entre les deux manières d'appliquer le forceps; la version ne serait plus proposable*, et elle se décide pour la rotation du menton en avant.

Cette manière de voir se trouve en tout confirmée par les règles qu'elle trace à l'occasion de l'application du forceps dans la présentation de la face, page 401. « Règle non moins générale, dit-elle, le bord concave du forceps doit toujours être du côté du menton; parce que c'est le menton qui doit toujours être ramené en avant.

Plus loin, page 402, elle dit encore: « Smellie veut même qu'on l'y porte (le menton en avant) quand il était d'abord tourné vers le sacrum. je n'ai jamais vu le menton tout-à-fait en arrière; mais j'ai rencontré des positions diagonales, dans lesquelles il regardait une des sym-

« physes sacro-iliaques. Le forceps eût été alors d'une application analogue à celle que Smellie exige, mais bien difficile ; je ne l'ai employé qu'après réduction à une position franche; avant la réduction j'ai préféré la version.» Tout le monde sera de son avis, et préférera la version quand elle sera possible : c'est ce que j'ai dit aussi, et c'est ce que j'ai fait chez la cliente de M. Cahen ; mais, si elle cesse de l'être, il faut bien recourir au forceps. Laissons encore à cette occasion parler notre auteur : « J'en ai dit assez ailleurs pour n'avoir pas besoin de répéter longuement les raisons pour lesquelles, quand la tête est entière, le menton ne doit jamais, sous quelque prétexte que ce soit, être conduit et dégagé en arrière : ce serait vouloir se créer des obstacles invincibles et tuer l'enfant. Il n'est qu'un seul cas où on serait excusable de le tenter, si en croyait avoir plus de facilité de ce côté là en arrière) (1), c'est celui où l'enfant est dans un état complet de putréfaction, ou bien celui où le crâne a été d'abord vidé puis déchiré par les crochets, et où la tête se trouve réduite, pour ainsi dire, au volume de la face et de la base du crâne.»

Est-il possible d'être plus clair et plus formel ?

Oui, madame Lachapelle préfère la version au forceps dans la présentation de la face, et elle a parfaitement raison. Qui oserait dire le contraire ? Certainement, nous avons adopté pleinement cette manière de voir, de même qu'avec elle nous préférons la version pelvienne aux rédu-

(1) On peut voir encore ici comment les phrases précédentes séparées de celles-ci acquièrent une signification autre que celle qu'à entendu leur donner l'auteur.

tions, à la version céphalique en un mot, que nous regardons comme bien plus difficile, et comme tout aussi grave pour le produit.

Mais quand la version pelvienne, que nous préférons, ne peut être pratiquée, et que nous nous voyons dans l'obligation d'appliquer le forceps, nous l'appliquons comme Smellie, et nous ramenons le menton en avant, quel que soit le point du bassin avec lequel il soit en rapport. Nous le répétons, pour agir ainsi, nous nous autorisons aussi de l'exemple de M. P. Dubois (1), de celui de M. Champion, et du seul cas où nous avons pu expérimenter avec M. Vannier du Havre, et amener un enfant vivant, quoiqu'au moment de sa naissance il eût le menton en rapport avec la série des apophyses épineuses vertébrales, en conduisant sous les pubis le menton, qui était placé au moment de l'application exactement sur la symphyse sacro-iliaque du côté gauche.

Maintenant, nous le savons, nous n'avons pas inventé la présentation de la face, nous n'avons pas non plus imaginé les premiers que le menton devait être ramené en avant. Mais nous avons profité de ce qui avait été fait avant nous, et notre seul mérite a été de savoir choisir avec discernement, au milieu de la foule de préceptes dont fourmillent les auteurs, celui qui, sans contredit, est le plus rationnel; nous l'avons commenté, et nous croyons avoir dit vrai en avançant que nous pensions avoir les premiers formulé d'une manière précise et complète les règles de l'applica-

(1) Pendant que nous écrivions ces lignes, M. P. Dubois mettait en pratique à la Clinique ce procédé dans une position mento-iliaque gauche postérieure, position qui, pour le dire en passant, n'est pas aussi rare qu'on l'a dit, et que nous l'avions pensé nous-même; elle doit suivre en fréquence l'occipito-iliaque droite antérieure.

tion du forceps dans les positions mento-postérieures *secondaires*. Nous avons dit aussi, et nous le répétons, sans crainte d'être contredit par quiconque voudra se donner la peine de lire Smellie, que le procédé d'application du forceps que cet auteur conseille dans la position mento-postérieure n'a été qu'exprimé par lui; qu'il manque des développements et des explications nécessaires à l'intelligence d'un fait peu commun et assez difficile à comprendre.

Qu'on en soit juge. Smellie dit, tome I^{er}, page 205 :

« Lorsque le menton se trouve du côté de l'os sacrum, que le col est si serré en arrière entre les épaules qu'on ne peut dégager la face de dessous les os pubis, il faut repousser avec la main la tête vers la partie supérieure du bassin, introduire les forceps et les appliquer sur les oreilles, tourner le derrière de la tête vers un des côtés du bassin, porter le menton au côté opposé, et, s'il y a moyen, à la partie inférieure de l'ischion; il faut ensuite amener le derrière de la tête dans la concavité du sacrum et le menton au-dessous des os pubis, et délivrer l'enfant, comme nous l'avons indiqué ci-dessus. » Puis, tome IV, page 48, cette idée est encore aussi très-succinctement reproduite à côté d'une planche qui représente le moment de l'extraction par le forceps.

Voilà les seuls préceptes que donne Smellie dans cette occasion; il n'y a là *que 14 lignes*, et non pas 12 pages, comme on l'a prétendu. Comme on le voit, Smellie ne donne aucun détail sur les procédés à suivre pour ramener le menton en avant: c'est une lacune que nous avons cherché à combler.

Smellie s'occupe, il est vrai, pendant plusieurs pages,

de l'application du forceps dans la présentation de la face; mais on a supposé avec peu de bonne foi, pour se faire un argument contre nous, que ces 12 pages avaient trait à l'application du forceps dans les positions mento-postérieures, tandis que nous avons cherché en vain dans ses quatre volumes autre chose que les 14 lignes, ainsi que la figure citée et le texte explicatif, qui ait rapport au cas déterminé et très-circonscrit, qui seul doit nous occuper, l'application du forceps dans les positions mento-postérieures.

Ces indications sont précises. Chacun peut se convaincre de notre bonne foi, et apprécier encore ici celle de nos courtois antagonistes.

De même il sera facile, en jetant les yeux sur la figure, qui dans le premier mémoire représente le premier temps de l'application, de se convaincre que la face est bien en situation diagonale, que le menton est bien en arrière et à gauche. Si elle était transversale, la face serait vue de profil, l'œil de l'enfant serait visible; au reste, c'est bien cette position diagonale que nous avons constatée avec M. Vannier, et c'est bien elle que nous avons voulu représenter.

Ces minuties sont de la nature de celles que tout le monde sait, sans qu'il soit besoin pour cela d'être dessinateur;

De même que chacun sait, pour peu qu'il se soit occupé d'accouchements, que la face, au moment où elle se dégage, est altérée dans sa forme, et que la bouche, au lieu d'être horizontale, est perpendiculaire, et qu'alors c'est ainsi qu'il faut qu'elle soit représentée dans les planches qui sont destinées à élucider le texte;

De même encore qu'il n'est plus permis de nos jours d'employer les mots positions et présentations indistinctement l'un pour l'autre.

En résumé, nous nous croyons en droit de conclure de nouveau de tout ceci, que les présentations de la face en positions mento-postérieures, les plus fréquentes à droite, se terminent le plus ordinairement spontanément; qu'on doit donc rejeter le procédé de Baudelocque dans ces cas comme inutile, inexécutable et dangereux, le plus ordinairement; qu'il faut accepter la position telle qu'elle est, se confier à la nature, et, si elle vous fait défaut, si quelque complication oblige à intervenir, pratiquer la version pelvienne quand elle est possible, sans s'abstenir toutefois de tentatives de réductions tant qu'elles sont compatibles avec le salut de la mère et celui de l'enfant. Puis, ces tentatives étant infructueuses, la version pelvienne, destinée à les suppléer, étant aussi impossible, il faut appliquer le forceps, toujours dans le but de ramener le menton en avant, à moins que le bassin ne soit très-large, les organes extérieurs très-extensibles, le fœtus mort, et ramolli par suite de sa mort, toutes circonstances qui peuvent autoriser les tractions directes.

Puissent ces nouvelles preuves convaincre de notre bonne foi ceux de nos lecteurs que des citations incomplètes et tronquées, que des dénégations manquant d'exactitude auraient induits en erreur!

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

ANALYSES D'OUVRAGES.

De la puberté et de l'âge critique chez les femmes, et de la ponte périodique chez les femmes et les mammifères, par M. A. RACIBORSKI, ex-chef de clinique de la Faculté de médecine, 1 vol. in-125—20 pages; Paris, J.-B. Baillière, 17, rue de l'École de Médecine.

On a beaucoup écrit sur la menstruation et la fécondation. Jusqu'ici, néanmoins, la plus déplorable incertitude n'a cessé de régner sur les causes et le mécanisme de cette double fonction, qui joue un rôle si important dans la vie des femmes : chacun appréciant les faits à sa manière, il en est résulté une diversité dans les théories, qui s'est également manifestée dans les applications à la pratique. Mais, grâce à l'activité des recherches modernes, la nature semble enfin s'être laissé surprendre des secrets, qu'on croyait impénétrables; et tout annonce que les questions physiologiques et pathologiques qui y sont relatives, vont recevoir une solution lumineuse et féconde.

Parmi les savants, qui se sont occupés de ces recherches, l'auteur du livre que nous analysons n'est pas un de ceux qui auront le moins contribué à ce progrès. Depuis plusieurs années, avec l'ardeur et la sagacité qui le caractérisent et qui lui ont valu de si honorables succès, M. Raciborski s'est appliqué à approfondir les phénomènes de

la menstruation et de la fécondation, joignant à la méditation sévère des documents que possède la science, de nombreuses observations et expériences personnelles. Déjà, dans un mémoire remarquable qui, en 1840, fut couronné par l'Académie royale de Médecine, ce médecin distingué a émis à ce sujet des vues ingénieuses bien éloignées des croyances communes. Dans ce dernier travail, qui offre le précis de ses études ultérieures, nous allons en trouver la confirmation et l'heureux développement.

Ainsi qu'on peut en juger par le titre, l'ouvrage de M. Raciborski contient trois parties très-distinctes : chacune est envisagée sous le triple rapport physiologique, hygiénique et médical, et mériterait par le choix et le classement des éléments, la solidité des discussions, le nombre des lacunes remplies et des erreurs redressées, un examen détaillé et spécial. Toutefois, négligeant l'ordre didactique des matières, nous nous attacherons surtout à faire ressortir la série des découvertes, dont les différents points illuminés empruntent leur valeur et leur éclat.

Les souvenirs sont encore pleins des hypothèses par lesquelles on a cherché à expliquer le flux cataménial et les opérations de l'acte fécondateur. Les uns ne voyaient dans les règles que l'évacuation d'un sang rendu inutile par le défaut de grossesse. Les autres ont invoqué les influences lunaires sans songer que toutes les femmes ne sont pas menstruées aux mêmes époques ; quelques-uns enfin, plus rapprochés de la vérité, considèrent la métrorrhagie périodique comme la crise d'une congestion locale destinée à favoriser le résultat final des rapprochements sexuels. Quant à la conception, on a longtemps vécu dans cette

croissance qu'elle s'opérait par le mélange des semences de l'homme et de la femme. Mais, en quel endroit s'effectue ce mélange, et d'où provient la semence de la femme? qui a invoqué l'utérus, qui les ovaires, que les auteurs ont comparé aux testicules du mâle. Plus tard, on a supposé des germes dans ces annexes de la matrice, et cette supposition a conduit à admettre, soit le transport direct sur ces germes de la liqueur spermatique par un mouvement naturel des parties, soit la pénétration plus aisée d'un *aura* subtil émané de cette liqueur. La découverte microscopique des animalcules a suscité d'autres rêveries. Tout naturellement ils furent soupçonnés d'être les rudiments du produit embryonnaire. Ce soupçon parut d'autant plus raisonnable qu'il répugnait moins de faire parcourir à des êtres vivants qu'à une matière inerte le long trajet qui sépare la cavité utérine des ovaires. Dans ce système, un zoosperme aurait été se nicher dans un ovule destiné à le recevoir et à le nourrir. A la vérité, il y avait à se demander ce que devient le demeurant des animalcules, qui abondent dans l'humeur séminale; mais les partisans de la fécondation zoospermique ne furent pas arrêtés par cette difficulté. Fondés sur cette observation, que la nature fournit beaucoup d'autres exemples de superfluité, ils admirent que les animalcules devenus inutiles périssaient. Quelques-uns même, dans un accès de verve poétique, allèrent jusqu'à supposer un combat à outrance à la suite duquel, après s'être réciproquement détruits, le dernier survivant, resté maître du terrain, s'emparait du gîte, qui était le prix de sa victoire.

Comment le sperme opère-t-il sur l'ovule? à quelles conditions doit-il ses propriétés? jusqu'à quel point la présence des zoospermes est-elle nécessaire pour assurer sa qualité

fécondatrice? Voilà des problèmes dont la solution réclame encore de nouvelles investigations. Mais ce qui manque à l'étiologie de ces faits n'affaiblit pas le mérite de ceux plus importants peut-être qu'on est parvenu à démontrer chez la femme, et qui concernent le contact du liquide séminal avec l'œuf, l'évolution, le détachement et la progression des germes.

Le système des ovaristes n'est pas nouveau, sans doute. Il date de plus de deux siècles, puisqu'on compte parmi ses auteurs le célèbre Harvey. Les expériences de l'illustre Spallanzani lui concilièrent surtout la faveur. Déjà même, à cette époque, plusieurs physiologistes ne reconnaissaient la distinction des animaux en ovipares et en vivipares qu'en ce sens seulement que les derniers éclosent au-dedans et déchirent leur enveloppe avant de paraître à la lumière. Toutefois, ce n'était là qu'une opinion, lorsque les observations de MM. Prévost et Dumas, et en particulier celles de MM. Baer, Coste, Parkinge, etc., vinrent en établir la réalité, en prouvant l'analogie de composition de l'œuf humain et de celui des oiseaux et des poissons; circonstance également justificative de la loi de Newton sur la similitude de la base de l'organisation de la plupart des êtres vivants.

Cette analogie recélait implicitement les résultats que nous avons à faire connaître; mais il fallait les extraire. C'est la tâche qu'ont remplie MM. Pouchet et Raciborski : le premier à l'aide d'une logique vigoureuse, le second par un procédé plus sûr encore, la démonstration expérimentale. Partant de cette idée, que puisque l'œuf humain ne diffère point de celui des ovipares, il devait se former de la même manière et avoir la même destination, M. Pou-

chet s'attacha à réunir toutes les considérations et tous les faits qui, dans les auteurs, pouvaient lui servir pour étayer cette induction. De ces recherches est née sa *théorie positive de la menstruation chez les mammifères*, dans laquelle il exprime l'idée que l'ovule, sécrété par l'ovaire, se développe naturellement à certaines époques, rompt ses membranes, s'échappe de la cavité où il est renfermé pour se rendre de lui-même dans l'utérus, sans le concours de la copulation, c'est-à-dire que, comme chez les espèces dont nous avons parlé, il y a chez les mammifères une ponte spontanée qui s'opère, soit que le germe ait été ou non fécondé. Quant à la fécondation elle-même, si elle peut avoir lieu, suivant l'instant du coït, dans l'ovaire lorsque l'ovule se détache, il est vraisemblable que le plus souvent ce phénomène s'accomplit dans les trompes ou la matrice. Telles sont les conclusions auxquelles, de son côté, est arrivé M. Raciborski. Seulement, tandis que pour le savant professeur de Rouen elles étaient le fruit d'ingénieux rapprochements qui les rendaient vraisemblables, notre confrère de Paris leur a donné pour base inébranlable l'examen réfléchi d'une foule de pièces anatomiques. Il a étudié les ovaires, soit chez les animaux mammifères, soit chez la femme, à tous les âges et dans toutes les conditions de constitution et de fonctions où celle-ci particulièrement est susceptible de se rencontrer. Donnons un court aperçu de l'ample moisson que lui a valu cette laborieuse étude.

Dans les premières années de la vie, les ovaires sont à l'état rudimentaire. Néanmoins, chez les enfants forts, dès l'âge de trois à quatre ans, on commence déjà à remarquer la formation de quelques follicules de Graaf, qui se multiplient au fur et à mesure de la croissance; mais c'est sur

tout à l'époque de la puberté que se passent des changements considérables, soit dans l'organe en lui-même dont la grosseur augmente, soit à l'égard des follicules qui deviennent plus nombreux, plus volumineux, plus superficiels et qui semblent attendre le travail spécial qui doit favoriser leur maturation, leur éclosion et leur expulsion. Ce travail nécessaire, qui se manifeste chez les animaux aux époques du rut, coïncide dans l'espèce humaine avec les premiers phénomènes de la nubilité, et se renouvelle à chaque période menstruelle. Il s'accompagne d'une hyperémie locale, dont la menstruation est la crise et a pour but l'accomplissement des trois derniers temps de la fonction dite ponte spontanée. Un, deux, quelquefois plusieurs œufs, ayant acquis leur maturité, se gonflent et proéminent sous forme de mamelon à la surface de l'ovaire, remplis d'un liquide blanc jaunâtre, au milieu duquel se trouve l'ovule. Enfin, la vésicule ovulaire, suffisamment distendue, se rompt et rejette l'œuf qu'elle renferme. Alors l'érythisme cesse et bientôt avec lui la ménorrhagie. L'œuf reçu par la trompe, appliquée à l'ovaire, chemine lentement vers le lieu que la nature lui destine. Cependant, la congestion ovarique disparaît à l'exception de l'endroit où s'est faite la rupture et qui reste un peu tuméfié pendant quelques jours. Au sommet de la tuméfaction s'observent les vestiges de la déchirure entourée d'une légère ecchymose. Le contenu du follicule est momentanément remplacé par un caillot de sang de la grosseur d'une petite cerise; ce caillot s'amoin-drit peu à peu et se décolore. Au bout d'un mois, l'excavation renfermerait à peine un grain de chènevis; plus tard, les parois de la poche se rapprochent tout-à-fait, remarquables par une coloration jaune, qui, perdant encore de son

intensité et de son étendue, se change en une strie grisâtre qui, à la longue, s'efface complètement. Ainsi s'expliquent par ces taches les corps jaunes signalés par les auteurs et qui ne sont autre chose que des cicatrices.

Comme il faut aux follicules plusieurs mois pour se développer, si l'on vient à ouvrir le corps d'une femme morte subitement au moment de ses règles, on peut constater chez elle et des follicules à différents degrés, et des nuances variées de cicatrices : ici des lignes grises, des plaques jaunâtres, des parois vésiculaires, rougeâtres et flétries; là des vésicules profondes, petites, d'autres superficielles et moyennes, une ou plusieurs gonflées, proéminentes et prêtes à se rompre.

La fonction reproductrice n'est que temporaire. Aussi cette époque de la cessation des règles, si justement nommée critique chez la femme, est-elle le signal de modifications organiques en rapport avec cette cessation, modifications qui consistent dans la diminution graduelle du nombre des vésicules, dans l'atrophie et souvent dans la transformation fibro-celluleuse de l'ovaire.

Une foule de causes peuvent retarder, suspendre ou troubler le travail mensuel des organes reproducteurs chez la femme, causes dont les irrégularités de la menstruation sont les phénomènes capitaux. Nous regrettons de ne pouvoir entrer à cet égard dans des détails circonstanciés; car les déductions pratiques auxquelles a été conduit M. Raciborski, sont à la fois multipliées, ingénieuses et en apparence pleines de raison. C'est ainsi, pour n'en citer qu'un seul exemple, que ce confrère distingué recommande de restaurer chez certaines filles la constitution affaiblie, ou de s'attaquer aux maladies mal appréciées dont elles sont quel-

quefois atteintes, plutôt que de s'obstiner à solliciter l'apparition ou le retour de l'écoulement menstruel. Dans ces cas, en effet, l'absence des règles, au lieu d'être la cause des accidents, est elle-même l'effet de l'atrophie des vésicules occasionnée par le vice de la constitution ou par la maladie.

Selon M. Raciborski, point de travail dans l'ovaire, point de congestion utéro-ovarique, et partant point de règles. Mais ce savant attribue encore à cette congestion un autre pouvoir. Dans l'intervalle des règles, on sait que les ovaires et les trompes restent éloignés et indépendants. Eh bien, constamment chez les chiennes en rut, M. Raciborski a trouvé ces organes appliqués l'un à l'autre; il en est de même chez la femme pendant la menstruation. Or, de ces faits il a tiré cette conséquence déjà développée dans le mémoire couronné, cité plus haut, que la congestion, jugée par la crise de l'évacuation périodique, avait pour but spécial la fécondation, que celle-ci ne pouvait s'effectuer sans la circonstance de cette congestion, ou en d'autres termes, que dans l'intervalle des règles, les rapprochements sexuels étaient nécessairement stériles. C'est là pour lui une vérité incontestable ressortant des faits anatomiques, puisque à cette période seule, d'une part, mûrissent les vésicules, et que, de l'autre, il y a, par la jonction des ovaires aux trompes, communication de l'utérus aux premiers. Toutefois, M. Raciborski ne s'en est pas tenu là; il s'est efforcé de rassembler des faits précis à l'appui de cette vérité, et sans s'autoriser de l'opinion vulgaire qui considère l'époque menstruelle comme la plus favorable à la conception, il croit, d'après les renseignements qu'il a recueillis et pour lesquels il s'est entouré des plus grandes garanties, être fondé à déclarer qu'aucune fécondation n'a

lieu hors de cette époque, et qu'en général c'est immédiatement après la cessation des règles qu'elle s'opère. Quelque séduisante et plausible que soit cette manière de voir, nous croyons néanmoins prudent, dans une matière aussi difficile, de ne pas se prononcer jusqu'à plus ample informé, afin d'éviter les déceptions. Il est surtout une raison de cette réserve qui nous engage à proposer à l'auteur un petit doute dont nous sommes embarrassés. Il ne nous a pas dit ce que devenaient les œufs non fécondés parvenus dans la matrice : s'ils ne font qu'y passer, ou s'ils y séjournent. En admettant ce dernier point, perdent-ils de suite ou conservent-ils pendant quelque temps la faculté d'être fécondés ? Voilà, sans contredit, des questions fort importantes à résoudre. Si les œufs, en effet, prolongeaient leur séjour dans la matrice, s'ils y conservaient, pendant longtemps, comme Spallanzani l'a démontré pour ceux des batraciens mis dans de certaines conditions, l'aptitude à être fécondés, il est évident que l'imprégnation spermatique pouvant se faire alors à une époque éloignée des règles, le coït intermenstruel pourrait être aussi efficace que celui auquel on se livre immédiatement après l'évacuation périodique, et qu'on n'aurait pas besoin de faire intervenir, pour expliquer la fécondation dans ce cas, *un état d'éréthisme assez violent pour déterminer la chute d'un ovule dont la maturité se trouverait avancée.*

Quelques auteurs se sont crus en droit de revendiquer la priorité au sujet des découvertes publiées par M. Raciborski : de ce nombre sont MM. Bischoff et Négrier. Désireux de rendre à chacun la justice qui lui est due, nous

sommes remonté aux sources, et cette vérification nous a convaincu de l'inadmissibilité de leurs prétentions. D'abord, la première nouvelle des travaux de M. Bischoff est parvenue en France par la communication qu'en a faite M. Breschet à l'Académie des Sciences; or, le jour même de cette communication, M. Raciborski lisait à ce corps savant un mémoire contenant le précis de ses recherches, mémoire pour lequel il était inscrit depuis plus de six mois. Ensuite, des objets qui ont occupé M. Raciborski, il n'en est pas même fait mention dans l'ouvrage, d'ailleurs si remarquable, de M. Bischoff. Nulle part le physiologiste allemand ne fait allusion à la ponte spontanée des mammifères, ni n'en discute la possibilité. Son attention paraît ne s'être jamais éveillée sur ce point dont la démonstration a été le but spécial des efforts de MM. Pouchet et Raciborski. Pour lui, le détachement de l'œuf de l'ovaire est toujours subordonné à la fécondation. Quand les vésicules dont il a observé la distension, sans la rattacher aux lois précises des époques du rut ou de la menstruation, n'ont pas été fécondées, quoique dans la plupart des cas il n'ait plus retrouvé l'ovule, loin d'imaginer qu'il soit éclos, il suppose qu'il s'est dissous, et qu'après cette dissolution les vésicules se flétrissent, s'atrophient et disparaissent. S'il suit l'ovule se détachant et glissant à travers les trompes, jusque dans la matrice, constamment c'est sur des femelles d'animaux sacrifiées un plus ou moins grand nombre d'heures après la copulation. Dans ces cas, et souvent même une demi-heure seulement après le coït, l'œuf se rencontre plus ou moins avant dans les trompes. Eh bien, alors il ne lui est point venu dans la pensée de se demander si, au lieu de s'être détaché et d'avoir parcouru un certain trajet

dans le court espace qui sépare le moment du coït de celui de l'exploration, l'œuf plutôt n'y serait pas déjà descendu auparavant. Ces simples considérations suffisent pour prouver quelle ligne de démarcation profonde, quelle opposition même existe entre les directions suivies par MM. Bischoff et Raciborski. Quant à M. Négrier, la chose est différente. Ce savant, en effet, dans le travail qu'il a publié en 1840, a signalé quelques-uns des véritables caractères de la ponte spontanée chez la femme, et sous ce rapport, M. Raciborski s'est empressé de lui rendre l'hommage qu'il mérite; mais ce qu'il lui conteste, ce que lui ont contesté d'ailleurs les membres de l'Institut, que cette raison a détournés de lui donner un prix, c'est la valeur des faits qui servent d'appui à son travail, et dont aucun n'est positivement concluant. Or, ces faits concluants, si désirables, M. Raciborski a eu le bonheur de les découvrir. A-t-il pour cela l'intention de s'approprier l'idée de la ponte spontanée? Non, car cette idée appartient à M. Pouchet; mais il soutient que, le premier, il a fourni des preuves matérielles *certaines* de la vérité et des lois de ce phénomène. Toute la portée de ce débat consiste donc dans une appréciation des faits contenus dans les écrits des deux contendants. A notre avis, la question ainsi posée ne peut être résolue d'une manière favorable à M. Négrier, puisque, ainsi que l'observe avec justesse M. Raciborski, parmi les cas les plus importants invoqués par cet auteur à l'appui de la ponte spontanée, il n'en est aucun où la rupture de la vésicule et l'issue de l'œuf ne puissent être aussi bien attribuées à des excitations vénériennes qu'au seul travail de la nature.

Au surplus, si le mérite d'avoir anatomiquement prouvé la ponte spontanée est considérable, quelque chose nous

paraît non moins précieux dans le livre de M. Raciborski: c'est la détermination positive des lois suivant lesquelles cette fonction s'opère, les liens qui la rattachent à la menstruation et les applications qui découlent de la connaissance de ces rapports pour l'hygiène et la thérapeutique. Les recherches sur les mystères de la génération n'ont souvent abouti qu'à satisfaire la curiosité; ici l'utile se mêle à l'agréable. Nous engageons fortement nos confrères à en faire l'épreuve en prenant connaissance des idées de M. Raciborski. Leur esprit se complaira dans la méditation de ces idées et ils se réjouiront, nous n'en doutons pas, des lumières qu'elles jettent sur ces affections si obscures des jeunes filles et des femmes, dont le traitement est pour le praticien, dans une foule de circonstances, l'objet de tant de crainte et de sollicitude. DELASIAUVE.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE DES JOURNAUX
DE MÉDECINE FRANÇAIS.

Maladies du cœur. — Phlegmatia alba dolens. — Oblitération de la veine iliaque gauche. — Méningite tuberculeuse. — Angioleucite.

Gazette Médicale (Avril 1844).

Recherches cliniques sur les maladies du cœur, par C. FORGET, professeur de clinique médicale de la faculté de Strasbourg. — M. Forget se propose de traiter en quatre chapitres distincts : 1° des adhérences du péricarde avec le cœur; 2° des rapports des altérations valvulaires avec les affections connues sous le nom d'anévrysmes; 3° de l'hypertrophie concentrique du cœur; 4° de la formation des caillots sanguins dans les cavités du cœur pendant la vie. Il n'a publié encore, dans la

Gazette médicale, que le premier chapitre dont voici les conclusions :

1° La péricardite se termine fréquemment par des adhérences générales ou partielles du cœur avec son enveloppe.

2° Les adhérences paraissent succéder plus spécialement à la péricardite sèche.

3° Ces adhérences sont une cause puissante de trouble pour l'organe central de la circulation.

4° Les troubles apportés aux mouvements du cœur par ses adhérences avec le péricarde sont d'autant plus graves et plus dangereux que ses adhérences sont plus récentes et plus étendues.

5° Les signes caractéristiques de l'adhérence générale et récente sont la force, le tumulte et la confusion des battements du cœur; la fréquence, la petitesse, l'inégalité, l'irrégularité du pouls; la dyspnée, l'anxiété précordiale, la tendance aux syncopes, l'infiltration séreuse, l'engouement pulmonaire, les engorgements viscéraux, la cyanose, etc.

6° Le signe donné par le docteur Sandar (dépression de l'épigastre pendant la systole) n'a été constaté dans aucune des observations du docteur Forget, et il l'a rencontré dans des cas autres que l'adhérence du péricarde.

7° Aucun de ces signes n'est pathognomonique ou exclusivement propre à l'adhérence du péricarde.

Tous ces signes ne se rencontrent pas toujours réunis chez le même sujet.

Aucun de ces signes n'est constant, permanent, invariable; toutes réserves applicables à tous les signes prétendus caractéristiques d'une maladie quelconque.

8° Tous ces signes n'ont de valeur que par leurs com-

binaisons et leurs rapports avec les autres circonstances constitutives d'un cas donné.

9° L'adhérence peut constituer un accident assez grave pour occasionner la mort, à l'état aigu, ou pour la favoriser, une autre affection échéant, à l'état chronique. Il n'est même pas démontré qu'une ancienne adhérence ne puisse, par la gêne prolongée du cœur, entraîner à la longue l'hydropisie et la mort.

10° Cependant plus l'adhérence est ancienne, moins elle menace la vie; il doit même arriver qu'elle finisse par ne plus apporter aucune entrave sensible au jeu de la circulation.

11° Le seul avantage des adhérences générales est de mettre à l'abri des péricardites subséquentes, comme l'adhérence provoquée de la tunique vaginale préserve de la rechute de l'hydrocèle.

12° Les rapports présumés de l'adhérence du péricarde avec l'hypertrophie du cœur sont rationnels, mais attendent encore la sanction des faits.

12° Savoir que l'adhérence est une terminaison fréquente de l'inflammation est un motif de plus pour combattre vigoureusement cette inflammation.

14° La possibilité de diagnostiquer pendant la vie la formation et l'existence des adhérences du péricarde avec le cœur peut être utile, soit pour s'opposer à temps aux progrès de l'inflammation adhésive, soit pour obvier au surcroît d'accidents que les adhérences anciennes peuvent apporter dans les maladies incidentes, soit pour prévoir et prévenir les dérangements que ces adhérences peuvent occasionner dans l'état de santé apparente.

II. *Mémoire sur la phlegmatia alba dolens*, par le docteur BOUCHUT, interne, lauréat des hôpitaux et de la

Faculté.—M. Bouchut rapporte la *phlegmatia alba dolens* à l'oblitération des veines ; il regarde comme symptomatiques de l'altération survenue dans les veines le gonflement et la rougeur des ganglions. Les veines malades sont très-fortement distendues et remplies par du sang coagulé ; elles forment des cordons durs, noueux, avec des renflements volumineux aux principaux confluent des veines et au niveau des valvules. Les parois sont presque toujours saines. La tunique interne est lisse, ne présente point de rougeur ni d'injection des capillaires ; point d'épaississement, de friabilité et d'ulcération. Elle présente en outre des adhérences avec les caillots renfermés dans son intérieur, adhérences molles au début, devenant chaque jour de plus en plus résistantes et finissant par s'organiser. Des vaisseaux capillaires se forment de toutes pièces, et le fragment de fibrine et la paroi contiguë, désormais réunis, vont puiser leur vie à une source commune.

Les caillots qui oblitérent les veines sont d'abord mous, formés par une masse de sang homogène, dont la densité est quelquefois moindre au centre qu'à la circonférence. Ils présentent souvent une disposition de couches concentriques les unes aux autres, ou bien pelotonnées dans une enveloppe commune. Ces couches sont formées de fibrine qui a déjà perdu une partie de sa matière colorante et offrent une couleur rougeâtre safranée.

A une époque plus éloignée, les caillots ont perdu une partie de leur volume et de leur coloration ; ils sont plus denses et présentent çà et là des taches grises produites par la disparition plus rapide de la matière colorante. On constate en quelques points un travail de transformation qui ramollit leur centre et le convertit en une bouillie

grisâtre précipitant au fond de l'eau et présentant au microscope des globules de pus. Cette transformation ne s'observe que dans les gros vaisseaux et s'observe principalement sur les veines de la cuisse et du bassin.

Ce qu'il importe à l'anatomie pathologique de faire connaître, c'est le mécanisme du rétablissement de la circulation collatérale. Ces phénomènes sont très-variables et sont modifiés par le siège anatomique de l'oblitération. Dans la double *phlegmatia* des membres, par exemple, l'oblitération s'élève presque toujours jusqu'à la veine cave; alors le retour du sang s'effectue à l'aide des veines superficielles des membres. Ces vaisseaux se dilatent, se dégorgent dans les veines superficielles du ventre, du thorax, et par leur communication avec les intercostales, vont se jeter dans la veine azygos. M. Bouchut a vu dans un de ces cas la veine azygos d'un volume presque égal à celui de la veine cave.

Lorsque des veines superficielles sont envahies en même temps que les veines profondes, alors ce sont les capillaires qui fonctionnent et se dessinent à la surface de la peau. Alors la peau devient livide, cyanosée, presque noire; on voit dans son épaisseur le réseau des capillaires dilatés devenu le seul moyen possible pour le rétablissement de la circulation.

Après avoir exposé le siège, les symptômes, la marche, la terminaison, M. Bouchut parle des causes de la *phlegmatia alba dolens*. Il regarde comme causes occasionnelles de cette affection la pression exercée par l'utérus en état de grossesse, sur les parties molles du bassin; l'influence des manœuvres obstétricales, du froid, de l'humidité, des écarts de régime.....

La disposition des malades, qui est favorable au développement de cette oblitération spontanée des veines,

paraît à M. Bouchut devoir se rattacher à un changement de quantité dans les éléments constitutifs du sang. En effet, dans la grossesse et au moment de l'accouchement, à la dernière période de la phthisie et du cancer, dans la fièvre de résorption du pus, la quantité de fibrine du sang n'est pas plus considérable qu'elle ne doit être, *absolument parlant*; mais elle est en excès relativement aux autres matériaux du sang. De là naît une tendance extrême à la formation de la couenne sur le caillot de la saignée et à la coagulation rapide du sang dans les vaisseaux, si la course est ralentie, entravée par quelques-unes des causes citées plus haut.

MM. Bouillaud, Velpeau, Robert Lee, etc., ont regardé la *phlegmatia alba dolens* comme le résultat d'une *phlébite*. M. Bouchut ne partage pas cette opinion et attribue cette maladie à l'oblitération spontanée des veines, survenant à l'occasion d'un ralentissement de la circulation sous l'influence d'un excès relatif de la quantité de fibrine.

M. Bouchut consacre la fin de son mémoire à quelques observations d'oblitération veineuse non puerpérale, et conclut, d'après l'identité des symptômes et celle des lésions anatomiques, pour l'identité de l'oblitération veineuse spontanée et de la *phlegmatia alba dolens*. Il propose même, pour éviter toute ambiguïté, de décrire ces deux maladies sous la même dénomination commune d'*oblitération veineuse spontanée*.

III. Dans le numéro du 27 avril de la *Gazette Médicale*, M. Toulmouche donne deux observations d'oblitération de la veine iliaque gauche. Dans la première, le malade avait une vaste excavation tuberculeuse dans le poumon droit; dans la deuxième, le malade avait des tubercules miliaires dans les poumons avec pneumonie.

Ces deux observations viennent confirmer l'opinion de M. Bouchut sur la nature de la phlegmatia alba dolens et sur son identité avec l'oblitération veineuse spontanée.

AF.

Journal des Connaissances médico-chirurgicales.

(Mai 1844.)

1. *Observation de méningite tuberculeuse*; par M. ERN. BOUDET. — Depuis quelque temps on fait grande bruit de cette variété de la méningite, dont on veut à tout prix rattacher l'existence à cette disposition spéciale de la constitution organique qui, sous l'influence de certaines causes, détermine dans différents points de l'économie la formation de tubercules. Aussi toutes les fois qu'à l'autopsie on rencontre dans cette affection les méninges infiltrées de granulations, a-t-on soin de rechercher et dans le cerveau ou la moelle, et dans les poumons, et dans les autres viscères, des preuves anatomiques de coïncidence à l'appui de cette manière de voir, preuves qui ne font jamais guère défaut à la bonne volonté. Nous ne prétendons point nier jusqu'à un certain point la valeur de ce rapprochement; mais nous croyons qu'en se concentrant, comme on le fait, dans la pensée de sa réalité, on s'expose à tomber dans l'erreur ou l'exagération. Car vraisemblablement, dans beaucoup de cas, l'infiltration granuleuse doit exister chez des sujets dont la constitution n'offre point l'apparence de la diathèse scrofuleuse.

Au reste, si je mentionne ici le fait de M. Boudet mon but n'est point de le faire servir à la discussion de cette question; je veux seulement indiquer quelques ca-

ractères que l'auteur croit propres à faciliter la distinction de cette variété de la méningite.

La malade dont il s'agit est une jeune fille de 18 ans, dont la santé était généralement bonne. Depuis son séjour à Paris qui date de 2 ans 1/2, ses règles sont venues avec difficulté et elle fut prise d'essoufflement et d'une céphalalgie qui ne l'a pas quittée. Dans le commencement de février, son mal de tête augmente, il s'y joint du malaise, de l'inappétence, de l'insomnie ; enfin le 15, survient du délire sans fièvre, avec du strabisme de l'œil gauche et la dilatation des deux pupilles. La sensibilité diminue surtout du côté droit, l'une des parties de la face se paralyse, et la mort a lieu au bout de 10 jours. A l'autopsie on trouve : 1° granulations tuberculeuses de l'arachnoïde et de la pie mère à la face supérieure et à la base du cerveau ; 2° ramollissement de quelques circonvolutions, etc. ; 3° tubercules pulmonaires nombreux, etc.

Parmi les symptômes propres à révéler la méningite, M. E. Boudet signale les circonstances suivantes : *l'invasion de la céphalalgie avant le début de la maladie ; la dilatation des pupilles se montrant dans les mêmes conditions, ainsi que le dérangement intellectuel ; plus tard, l'absence de photophobie ; l'absence de vomissements ; les alternatives de douleur et d'insensibilité des téguments ; la cécité commençant dès la première période ; l'apparition de la fièvre, plus tardive que dans la méningite ordinaire ; enfin, provisoirement la diplopie et l'écume à la bouche.*

Dans cette observation les granulations étaient disséminées dans l'arachnoïde et la pie-mère, fait contraire à ce qu'avancent les auteurs du *Compendium*, suivant

lesquels cette dernière membrane serait le siège exclusif des tubercules.

Au surplus, il résulte d'expériences dont M. Libert a lu le résultat à l'académie des sciences, que le microscopédémontre l'identité de structure des tubercules méningiens et des tubercules pulmonaires.

II. *Essai sur l'angioleucite* par le docteur TURREL. Ce travail est la thèse inaugurale d'un médecin fort distingué de la médecine navale. L'affection dont il traite paraît très-fréquente à bord des vaisseaux. L'auteur attribue cette fréquence à l'insalubrité qui règne dans les bâtiments et à la coutume qu'ont certains individus de s'y tenir constamment, surtout pendant le jour, dans les endroits les plus profonds, où jamais ne pénètre une lumière vivifiante, où existe une humidité constante et où sont exhalés des miasmes, qui, à son gré, sont l'une des causes prédisposantes les plus efficaces pour produire l'angioleucite. Les plaies, les déchirures mal soignées, telle est en général l'origine de cette affection. Le pus qui les recouvre s'altère, l'absorption de ce pus a lieu, et bientôt les symptômes se manifestent, avec une nature analogue à celle de la fièvre typhoïde ou de certaines phlébites. Ce qui prouve la réalité de cette étiologie, c'est que presque tous ceux qui sont atteints de l'inflammation des lymphatiques sont des individus d'une mauvaise constitution, ou qui vivent au milieu des conditions défavorables ci-dessus énoncées. Les mousses qui ont une vie agitée et sont toujours libres ne contractent jamais ou presque jamais de pareils accidents, quoique chez eux les plaies et déchirures soient beaucoup plus communes que chez le reste des marins ou des passagers.

Le mécanisme suivant lequel s'opère l'angioleucite lui

paraît comparable à celui qui préside au développement des ganglions mésentériques dans la fièvre typhoïde, développement causé par le liquide infect résorbé à la surface des ulcères.

Cependant M. Turrel reconnaît avec M. Velpeau, deux autres causes indépendamment de celle-ci. Ainsi, il admet que les lymphatiques s'enflamment par continuité de tissu, en passant dans des foyers enflammés, ou bien encore par obstruction ou trouble de leur circulation. Il cite en particulier un cas remarquable de cette obstruction. Ceci posé, il analyse les symptômes divers, locaux et généraux de l'angioleucite : 1° la rougeur plus ou moins intense, uniforme ou marbrée selon que la phlegmasie a son siège dans les couches sus ou sous-dermiques; 2° la chaleur généralement pénible, et que, contrairement à l'expérience de M. Velpeau qui la considère comme plus grande au début, il a trouvée la même à toutes les périodes d'accroissement; 3° la douleur toujours existante à des degrés variables depuis le simple fourmillement jusqu'au sentiment de brûlure et d'élanement, et augmentant d'une manière sensible par la pression; 4° la tuméfaction, plus considérable et œdémateuse dans l'inflammation profonde, moindre et légèrement érysipélateuse dans l'autre cas.

Presque toujours le frisson précède l'apparition des symptômes : son intensité et sa durée sont en harmonie avec la gravité de la cause ou le degré de l'infection ; la fièvre s'allume ensuite, ayant également deux caractères distincts : ou celui de l'inflammation franche, ou celui des maladies infectieuses dont l'appareil symptomatique se déclare ; langue rouge, sèche, fuligineuse ; abattement, subdélirium, diarrhée, vomissements, etc.

La marche de l'angioleucite, dépend des circonstances

qui précèdent. Il est rare que l'inflammation ayant débuté dans une couche ne s'étende pas aux autres couches, et consécutivement au tissu cellulaire. Le travail morbide est très-insidieux dans les couches profondes.

La terminaison a lieu par résolution, suppuration, induration ou par la mort. La terminaison par résolution est la plus commune, ainsi que celle par suppuration. Cette dernière est à craindre lorsque la fièvre persiste en même temps que les symptômes locaux. M. Turrel n'a pas d'exemple personnel des deux dernières terminaisons, n'ayant eu à traiter que des cas aigus et en petit nombre.

A l'autopsie, on trouve la membrane interne tomenteuse, d'un blanc rosé ; les parois vasculaires épaissies et contenant une lymphe trouble, coagulée, ou même du pus. La peau, souvent couverte de phlyctènes présente des eschares, des plaques mortifiées, grises, d'un blanc jaunâtre ramollies à l'état de fonte purulente et ressemblant beaucoup au bourbillon du furoncle. Parfois la couche celluleuse est endurcie, comme lardacée, infiltrée de pus ou de sérosité ou détruite par l'ulcération, comme on le voit dans l'érysipèle phlegmoneux. On y trouve des foyers circonscrits. Les parois des artères et des veines peuvent elles-mêmes participer au gonflement. Le sang est fluide et chargé de sérum. Suivant M. Velpeau, les caillots sont diffluent, mais sans pus. Il peut exister encore des abcès métastatiques dans le parenchyme. Nous passons les considérations assez longues sur le diagnostic et le pronostic pour arriver au traitement, qui est sans contredit le point intéressant par excellence.

La saignée générale est indiquée lorsque la réaction commence ; mais elle ne doit pas être prodiguée, surtout sur les vaisseaux. La saignée locale a des inconvénients, à

cause des piqûres qui sont douloureuses et peuvent avoir des suites.

Les bains et les émoullients ont produit un assez bon résultat, principalement quand le mal est peu étendu.

M. Turrel n'oserait conseiller les vésicatoires volants. Il n'a pas meilleure opinion des incisions, sinon à la période de suppuration.

Il n'a jamais employé l'irrigation continue froide; elle devrait convenir au début.

La compression est également applicable comme moyen préventif, et vers la fin comme résolutif.

Les onctions mercurielles lui semblent tout à fait appropriées. Mais ce sont les moyens généraux auxquels on doit surtout avoir recours: ainsi la diète, les délayants, les purgatifs, quelques saignées, les topiques émoullients ou le coton cardé. On doit veiller à guérir la petite plaie qui est le point de départ de la maladie; enfin les toniques remplaceront avantageusement les moyens précédents lorsque l'on aura à craindre la formation d'abcès.

D'après ce que nous avons dit dans le principe, on voit de quelle utilité il peut être d'accorder une extrême importance à l'observance des règles de l'hygiène dans les endroits où sont rassemblées un grand nombre de personnes, et combien en particulier il importe de donner les soins les plus assidus à des plaies sans gravité au premier aspect, mais qui dégèrent si facilement.

DELASIAUVE.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX ALLEMANDS.

Influence du grand incendie de 1842 sur la santé publique à Hambourg.
— Extase religieuse en Suède. — Commotions de l'œil.

Influence du grand incendie du 5 au 8 mai 1842, sur la mortalité et l'état sanitaire des habitants de la ville de Hambourg, par le docteur ZIMMERMANN. — Au commencement de l'incendie, quand rien encore n'annonçait les terribles ravages qu'il devait produire, chacun était animé et soutenu par la ferme volonté d'arrêter ses progrès ; mais lorsque la tour de l'église Saint-Nicolas devint la proie des flammes, menaçant de tout ensevelir sous ses ruines et de propager l'incendie dans la ville entière, alors on vit la terreur s'emparer des esprits les plus courageux. Au moment où la tour s'écrouta avec un fracas épouvantable, des femmes tombèrent en syncope, en convulsions, ou se mirent à tenir des discours sans suite. Un vieillard, guéri depuis peu de semaines d'une maladie grave, devint tout à coup muet et indifférent à tout ce qui l'entourait. Une dame était en proie à un tel désespoir, qu'elle voulait s'ôter la vie. Un grand nombre d'individus furent pris de diarrhée : cependant la plupart conservaient encore leur courage et leur sang-froid. Mais après deux jours d'incendie, quand on vit que les moyens les plus énergiques tels que la démolition des maisons par la sape ou par le canon ne pouvaient pas arrêter les progrès du

feu, alors le découragement devint général. Chacun ne songeait qu'à se soustraire au danger. Le fracas et le tumulte étaient affreux, le sol était ébranlé par les détonations de l'artillerie et les roues des chariots. L'air était embrasé et étouffant, rempli de cendres, de fumée et de charbons ardents qui tombaient en pluie de feu. Au milieu de la démoralisation universelle, on vit des femmes montrer un courage et un sang-froid extraordinaires. Plusieurs malades et alitées depuis longtemps se levèrent et déployèrent une force et une énergie surnaturelles : quelques-unes même furent solidement guéries. Parmi les gens du peuple un grand nombre étaient en proie à une monomanie incroyable : partout ils croyaient voir des incendiaires et poursuivaient avec acharnement des gens innocents, surtout lorsqu'ils étaient étrangers.

On conçoit qu'on ait observé un grand nombre de plaies et de contusions ; il y eut aussi beaucoup de blessures dues aux éclats de verre des carreaux qui éclataient en morceaux quand on faisait sauter les maisons voisines. On vit aussi des cas de folie et d'apoplexie. Une vieille femme malade est transportée hors des portes de la ville par son mari et sa servante. Le mari rentre dans la ville pour y chercher encore quelque chose ; en revenant il ne retrouve ni sa femme ni sa servante. Celle-ci avait perdu sa maîtresse dans la foule et errait de tous côtés en proie au désespoir. Le mari la rejoint enfin, et plusieurs jours après, il reconnaît aussi sa femme parmi les malades qui avaient été transportés à l'hôpital ; elle était folle et succomba peu de jours après. Quelques individus mouraient extenués de fatigue. Ce fut le cas de deux jeunes gens dont l'un avait abusé de ses forces pour sauver tout ce qui se trouvait dans la maison de son père, l'autre en transportant sa mère sur ses épaules. Lorsque les progrès

de l'incendie devinrent plus lents, l'espérance commença à renaître au fond des cœurs. Ceux qui avaient tout perdu aidaient à éteindre le feu. L'ordre se rétablissait peu à peu, les secours étaient mieux dirigés, les citoyens organisèrent une police et enfin le dimanche, l'incendie s'arrêta sur les bords de l'Alster et aux murailles de la ville, après avoir duré trois jours. Le nombre des morts s'éleva à 43, celui des blessés à 120.

Après le danger toute la population tomba dans un état d'atonie très-singulier. Ceux qui avaient montré le plus d'activité étaient les plus abattus. Chacun se plaignait de manque d'appétit et de faiblesse. Chez les femmes l'insomnie, l'agitation persistèrent longtemps. Les malades dont l'état s'était amélioré eurent des rechutes, chez quelques-uns pourtant la guérison persista. On remarqua quelques métrorrhagies et des écoulements hémorrhoidaux ; mais l'état sanitaire de toute la population pauvre qui était campée dans les champs, fut beaucoup meilleur qu'on n'eût osé l'espérer. Des femmes accouchèrent sous des huttes faites avec des meubles et des draps, et l'on n'a point observé que le nombre des enfants mort nés fût plus considérable qu'à l'ordinaire. Il n'y en eut que 30, et la moyenne générale est de 25 ; on trouve même plusieurs mois de mai où ce nombre s'est élevé à 33 et même à 44 sans qu'un événement aussi grave qu'un incendie pût expliquer cet accroissement inusité dans la mortalité des nouveau-nés. Le nombre des adultes morts est, en retranchant ceux qui ont succombé à des lésions traumatiques, inférieur aussi à la mortalité du même mois dans un grand nombre d'années. Mais le déblayement des décombres de l'incendie qui dura tout l'été détermina un grand nombre d'ophtalmies et de toux opiniâtres qui souvent dégénéraient en phthisie. La poussière qui s'élevait de ces dé-

combres était si fine qu'elle s'introduisait par toutes les fentes dans les appartements les mieux fermés. Telles sont les influences principales que ce grand incendie paraît avoir exercées sur la santé publique. On voit qu'elles ont été moins funestes qu'on aurait pu le craindre, et on doit l'attribuer en partie aux secours qui sont venus de tous les pays affluer à Hambourg et soulager efficacement la misère des classes inférieures de la société.

(*Oppenheims Zeitschrift für die gesammte Medicin* T. 24. 4^e Cahier).

Sur l'extase religieuse qui a régné épidémiquement en Suède pendant les années 1841 et 1842 par le docteur SONDEN.

L'auteur est médecin d'un hôpital d'aliénés et son travail se base sur des documents officiels. Les grandes épidémies d'affections nerveuses sont beaucoup plus rares maintenant qu'elles l'étaient dans le moyen âge et méritent toute l'attention du médecin, du moraliste et du législateur. Celle que nous allons décrire a beaucoup d'analogie avec la danse de Saint-Guy qui régna dans les XV^e, XVI^e et XVII^e siècles et que le professeur Hecker a décrite avec détail dans un mémoire intitulé *die Tanzwuth*, Berlin 1832. Il est difficile de dire quelles causes ont déterminé la réapparition de cette maladie qui consiste en spasmes, en convulsions involontaires, dans une exaltation accompagnée d'hallucinations et un besoin de parler irrésistibles. Les spasmes consistaient en grimaces fort laides et fort ridicules, torsion du tronc et plus souvent des extrémités. Le malade ne pouvait se tenir ni couché ni assis et était sans cesse agité. La moindre contrariété augmentait ces convulsions qui se manifestaient rarement dans la solitude, mais presque toujours en présence d'un grand nombre de spectateurs.

Les sens étaient pervertis, la volonté abolie, et le malade n'avait aucune conscience de son état et des objets qui l'environnaient ; l'imagination avait rompu toutes les digues ; de là des visions prophétiques, la rage de prêcher sur des sujets religieux, la condamnation des pécheurs et même des plaisirs les plus innocents. Quelquefois l'illuminé improvisait un dialogue entre un ange et un démon, annonçait comme prochain le jour du jugement dernier et prédisait celui de sa propre mort. Pendant le paroxysme les yeux étaient brillants, égarés, les gestes bizarres, le ton emphatique. Après l'accès le prédicant tombait dans un état de prostration ou même de sommeil léthargique, pendant lequel il rêvait de ciel et d'enfer. Chez plusieurs l'aliénation mentale a persisté après les accès. C'est dans les classes inférieures qu'on comptait le plus grand nombre de malades ; c'étaient en général des jeunes gens de 16 à 30 ans ; quelquefois des enfants de 6 à 16, en général des femmes : chez les hommes les accès n'étaient jamais aussi forts. Les premiers malades le furent après s'être adonnés à des lectures religieuses assidues, pendant qu'ils se trouvaient dans un état de faiblesse qui nécessitait le séjour au lit. Chez les autres l'imitation et la vue répétée de ces accès avaient déterminé l'explosion de la maladie.

Plusieurs milliers de personnes ont été en proie à ces hallucinations pendant le cours d'une année ; maintenant leur nombre n'est plus que de cinq à six cents. Quant aux causes, il faut les chercher dans les prédications des missionnaires méthodistes qui fanatisaient le peuple des campagnes. La religion est le seul aliment que l'on donne à l'imagination des gens peu éclairés ; il ne faut donc pas s'étonner s'ils s'y jettent quelquefois

avec emportement. Ainsi, avant l'irruption de la maladie, on avait constaté une augmentation très-sensible dans le nombre des aliénés. A ces causes toutes morales, il faut ajouter l'abus de l'eau-de-vie et des liqueurs alcooliques, qui malheureusement est maintenant en Suède un vice endémique.

Combien l'imagination de ces paysans, qui depuis des années s'abrutissaient dans l'ivrognerie, dut être ébranlée lorsqu'ils furent réveillés tout à coup de leur sommeil léthargique, par les prédications sévères des apôtres de la tempérance, qui, pour les sauver d'un excès, les jetaient dans un autre; car il est physiologiquement aussi absurde de proscrire toute liqueur spiritueuse dans un climat humide et froid qu'il le serait d'interdire l'usage des boissons acidulées et rafraîchissantes dans les pays chauds. Pour réveiller les consciences engourdies, les missionnaires mettaient tout en usage, ils parlaient tour à tour des supplices de l'enfer et des joies du paradis, ils exigeaient un renoncement complet et total à tous les plaisirs. On conçoit que des esprits faibles et esclaves auparavant de leur passion pour l'eau-de-vie, n'aient point résisté à de si violentes secousses, et qu'on ait vu paraître les symptômes que nous avons décrits.

(Même journal, même cahier.)

De l'influence des commotions sur le globe oculaire, par le professeur Heyfelder. Les chirurgiens se sont beaucoup appesantis sur les effets funestes des commotions du cerveau, de la moelle, de la poitrine; personne ne s'est occupé des ébranlements du globe oculaire.

Cependant ils peuvent donner lieu à divers désordres

graves; chacun sait que ces commotions sont accompagnées de la vision d'étincelles qui annoncent que la rétine et les nerfs ciliaires ont été fortement impressionnés. Aussi Himly regarde-t-il une chute sur la tête, et même un coup, comme pouvant devenir une cause d'amaurose. On cite aussi des exemples de paralysie momentanée du muscle élévateur de la paupière supérieure, avec conjonctivite. Le strabisme peut être la suite d'un accident semblable qui amènerait la paralysie d'un des muscles droits. Si tous les muscles de l'œil sont affectés d'atonie, alors on observe la procidence du globe oculaire. Des inflammations de la cornée, de la membrane de Descemet, de l'iris, ont été la suite d'un coup sur les parties osseuses de l'orbite. M. Guépin de Nantes a trouvé, dans un cas semblable, l'iris hypertrophié et une exsudation albumineuse sur sa surface postérieure. Une pareille inflammation peut être suivie d'adhérences. La cataracte est une des conséquences les plus communes de ces commotions. On admet alors que les connexions du cristallin avec les organes environnants sont détruites, que les artérioles qui sont à sa surface postérieure sont déchirées. Cette opinion, qui repose sur les données anatomiques admises jusqu'ici, n'est pas confirmée par les recherches récentes de M. Henle, qui prétend que le cristallin et sa capsule sont dépourvus de vaisseaux et se nourrissent uniquement par imbibition aux dépens des liquides environnants. Quoi qu'il en soit, le fait est là; le cristallin a été lésé, car il devient opaque. Le prolapsus du cristallin peut aussi avoir lieu à la suite d'un ébranlement très-fort, de même que l'inflammation de la choroïde et de la rétine. M. Guépin a trouvé cette dernière membrane recouverte

d'une exsudation plastique. L'auteur croit donc devoir appeler l'attention des chirurgiens sur cette cause souvent méconnue et importante à constater d'une foule de maladies très-diverses du globe oculaire.

(*Archiv sur physiologische Heilkunde*, 1844,
1^{er} cahier.) Ch. M.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT DE FRANCE.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Mai 1844.)

Cause de l'albuminurie. — Peste. — Causes du cancer.

SÉANCE DU 6 MAI. — *Causes de l'albuminurie.* — M. le docteur FOURCAULT lit, sous ce titre, un mémoire dans lequel il se propose de faire connaître l'influence des enduits imperméables appliqués sur la peau ou sur la surface qu'elle recouvre, dans la production de la maladie connue sous le nom d'albuminurie ou de maladie de Bright, et d'en déduire le rôle et les fonctions de la peau.

Voici les conclusions de ce mémoire, que l'auteur destine au concours pour le prix Montyon.

1^o La peau n'est qu'un organe excréteur, et les produits de la transpiration ne sont pas formés dans son tissu.

2^o L'animal conserve sa température propre lorsque sa peau est enlevée. L'albuminurie n'est pas le résultat de cette opération.

3^o Lorsqu'on supprime entièrement la perspiration cu-

tanée, on voit se développer cinq ordres de phénomènes, à savoir : A une altération profonde du sang ; B une diminution considérable de la température ; C des supersécrétions et des épanchements de diverses natures ; D des lésions locales ; E une altération dans la composition de l'urine, et enfin l'albuminurie.

4° Les mêmes phénomènes, et surtout le dernier, se reproduisent lorsque, après avoir enlevé la peau d'un animal, soit partiellement, soit en totalité, on applique les enduits sur la surface même qu'elle recouvre.

5° L'asphyxie cutanée est le résultat de la suspension complète de la transpiration. Elle peut amener la mort de l'homme comme celle des animaux supérieurs. Par l'effet de cette suppression, le sang acquiert au *maximum*, les propriétés réfrigérantes et stupéfiantes du sang veineux.

6° Lorsque cette suppression est partielle ou incomplète, elle produit les phénomènes généraux que l'on observe dans les fièvres et dans les inflammations.

Sur la propagation de la peste. — M. SERRES dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Sturmer, professeur à Saint-Pétersbourg, une note sur la propagation de la peste pendant la guerre de Turquie, en 1828, 1829 et 1830.

Voici les principales propositions qu'émet M. Sturmer à cet égard.

Suivant lui, la peste est endémique dans l'Orient (Asie mineure, Egypte, Constantinople), où elle paraît tantôt sporadique et tantôt épidémique ; il pense que la cause de cette endémicité est encore inconnue, et qu'il y a des conditions atmosphériques et météorologiques qui provoquent les cas sporadiques et servent à développer une épidémie.

Les médecins attachés à la guerre d'Orient se rangeaient en deux catégories : les uns n'admettant pas la contagion d'une manière absolue et faisant dériver la peste de quelques causes intérieures, de l'air, des miasmes, etc.; les autres admettant une contagion fixe, existant depuis une époque indéterminée, se propageant par les individus, les effets, etc.

La peste, dans la guerre russe, dit M. Sturmer, ainsi que le typhus et le choléra, n'avait aucune similitude avec les maladies qui se propagent par une contagion immédiate ou virulente, telles que la variole, la vaccine, la gale, la syphilis, et notamment elle ne présentait pas une éruption caractéristique; elle ne provoquait, sur les lieux inoculés, aucune éruption de même nature, comme cela arrive ordinairement chez les syphilitiques; on ne possède aucuns faits palpables qui démontrent que le contact, indépendamment de toute autre circonstance, ait jamais communiqué la maladie; la peste, qui tenait à certaines contrées, parut simultanément sur plusieurs points et attaqua plusieurs fois le même individu; mais la contagion médiate ou miasmatique avait lieu, je crois, dans quelques cas.

Causes du cancer. — M. TANCHOU adresse une note dans laquelle il énonce les propositions suivantes sur la cause du cancer :

Le nombre des maladies cancéreuses augmente d'année en année.

En Angleterre, M. Faur en signale : 2,448 pour l'année 1838, et 2,691 pour 1839.

A Berlin, en 1826, on avait déjà fait la même remarque.

Sur les registres du département de la Seine, on trouve qu'en 1830, 668 personnes ont succombé au cancer, c'est-

à-dire 1,96 p. 100, sur les décès, et en 1840, 889 personnes ont succombé au cancer, c'est-à-dire 2,40 p. 100 sur les décès.

La cause de cette maladie paraît être la civilisation.

Ce qui tend à le prouver, c'est qu'elle est presque inconnue en Amérique et en Afrique. En Égypte, on la trouve chez les femmes turques et nullement chez les fellahs. De plus, cette maladie n'est pas rare sur les animaux domestiques et sur ceux de nos ménageries, tandis qu'il est encore sans exemple que le cancer se soit développé sur les animaux à l'état sauvage.

A Paris (ville) il y en a eu 2,54 p. 100 sur les décès, et dans les environs seulement 1,63 p. 100.

Sur 9,118 décès causés par le cancer, il y avait 6,967 femmes et 2,161 hommes.

En Angleterre, sur 5,139 décès, il y avait 3,859 femmes et 1,220 hommes.

C'est de 40 à 70 ans que cette maladie est surtout fréquente.

Chez la femme, c'est le sein, et chez l'homme l'estomac, qui en sont le plus souvent affectés.

Le traitement de cette maladie est nul à notre époque : les chirurgiens opèrent ; cependant tous sont d'accord que l'opération ne guérit pas, elle ne prolonge même pas la vie, ainsi que le prouve le relevé présenté à l'Académie par M. Leroy d'Etiolles.

D'après cet exposé, il me paraît urgent :

1° Que les médecins s'occupent sérieusement des affections cancéreuses.

2° De traiter médicalement les malades avant de les soumettre à une opération.

3° De ne pratiquer l'opération que pour les cas rebelles et lorsque les moyens thérapeutiques sont épuisés.

1844. *Mai*. T. II. 9

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

(Mai 1844.)

Diabète sucré.—Sudorifiques à haute dose dans le rhumatisme.—Pleuron pneumonies bilieuses. — Ophthalmie épidémique. — Cancer des paupières.

SÉANCE DU 23 AVRIL. — *Diabète sucré.* — M^{re} BIOT adresse, par l'intermédiaire de M. Andral, une lettre dans laquelle il rappelle à l'Académie qu'il a imaginé, il y a quelques années, un instrument à l'aide duquel on peut diagnostiquer avec certitude une des maladies les plus graves, le diabète sucré, et apprécier avec la plus grande précision la quantité de matière sucrée contenue dans l'urine, ce qui permet de suivre jour par jour les progrès de la maladie ou ceux de la guérison. Quoique ce moyen ait été publié, il paraît être encore peu connu et peu usité. M. Biot voit avec regret qu'on s'en tienne encore sur ce point aux anciennes analyses chimiques avec lesquelles il est impossible de suivre les différentes phases de la maladie. Ayant été tout récemment témoin des inconvénients attachés à cette ancienne méthode, il a pensé qu'il pourrait être utile de rappeler aux praticiens le moyen dont il s'agit. Il désire en conséquence que l'Académie veuille bien désigner une commission à laquelle il s'empressera de démontrer le mécanisme de son procédé.

Après quelques courtes observations, la commission est constituée ainsi qu'il suit : MM. Andral, Guéneau de Mussy, Rayet, Martin-Solon et Thillaye.

SÉANCE DU 7 MAI. — *Sudorifiques à haute dose dans le rhumatisme.*—M. VILLENEUVE fait un rapport sur un travail adressé à l'Académie ayant pour titre : DE L'EMPLOI DES SUDORIFIQUES A HAUTE DOSE CONTRE LE RHUMATISME AIGU ARTICULAIRE.

C'est particulièrement la poudre de Dower que l'auteur a expérimentée. Les observations, au nombre de 18, tendraient à prouver que la poudre de Dower, employée à une dose élevée, de 150 centigr. à 4 grammes, maximum, jouit d'une très-grande efficacité dans le traitement du rhumatisme articulaire. M. le rapporteur, après avoir analysé avec soin ces observations, déclare ne point partager cette opinion. Reconnaisant, toutefois, dans l'auteur du mémoire, un praticien instruit, M. Villeneuve propose pour conclusions de lui adresser des remerciements et de déposer son travail aux archives.

M. MARTIN-SOLON appuie les conclusions du rapporteur. Le rhumatisme, suivant lui, est une maladie dont le traitement est loin d'être établi. L'opium, le sulfate de quinine, le nitrate de potasse, ont eu alternativement leurs succès. Quant à la poudre de Dower, dont l'auteur du mémoire préconise à son tour l'efficacité, son usage n'est pas nouveau ; il y a longtemps que son action est connue, et qu'on l'emploie contre le rhumatisme, non point seul et à haute dose, comme le fait l'auteur, mais comme auxiliaire des autres moyens de traitement en usage. Tout le monde sait d'ailleurs que la poudre de Dower se compose d'éléments dont chacun est connu et apprécié. Or, je n'ai jamais remarqué qu'à doses égales la poudre de Dower eût la même efficacité que chacune des substances dont elle se compose isolément. Je crois donc que ces observations devront être considérées comme non avenues.

M. ROCHOUX : Je ne ferai à ce sujet qu'une seule obser-

vation; c'est que le rhumatisme n'est pas une maladie contre laquelle on puisse diriger un seul système de traitement. Il y a plusieurs sortes de rhumatismes; il doit y avoir par conséquent plusieurs modes de traitement différents.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

SÉANCE DU 21 MAI. — *Pleuro-pneumonies bilieuses.*

M. Rochoux lit un second rapport sur un travail de M. Naudot, intitulé : *Observations de pleuro-pneumonies bilieuses, et considérations sur la pluralité des phlegmasies dans les pays chauds.* M. Rochoux paraît émettre des doutes sur l'existence des pleuro-pneumonies bilieuses, et taxe d'exagération le rôle que Stoll faisait jouer à la bile dans cette maladie. Il conteste également l'efficacité attribuée au tartre stibié dans le traitement de cette affection. Il propose, pour conclusion, d'adresser des remerciements à l'auteur et de déposer son mémoire aux archives.

M. Martin-Solon : D'après M. Rochoux, les pleuro-pneumonies bilieuses n'existeraient que dans l'imagination des auteurs. Il n'en est cependant pas ainsi. Quand on lit avec attention les observations que nous a laissées Stoll, il devient évident pour tout le monde que cet auteur n'a décrit cette maladie qu'avec les malades sous les yeux. Pour moi, l'existence cette maladie n'est pas douteuse; j'ai observé des cas de pleuro-pneumonies bilieuses absolument semblables à ceux qu'a rapportés Stoll, et qui ne cédaient qu'aux évacuants émétiques, et j'en ai rapporté plusieurs exemples également recueillis au lit des malades. Mais il y a une distinction à faire entre les véritables pleuro-pneumonies bilieuses et les pleuro-pneumonies qui sont simplement accompagnées de phé-

nomènes bilieux. M. Rochoux a pu voir dans les observations que j'ai publiées qu'il y en avait un certain nombre dans lesquelles je signalais la simple co-existence de phénomènes bilieux avec la pleuro-pneumonie; c'est qu'il existe, en effet, une forme de pleuro-pneumonie dans laquelle l'état bilieux n'est qu'une complication de l'état inflammatoire et sous la dépendance de cet état inflammatoire, tandis que, dans la pleuro-pneumonie bilieuse véritable, c'est, au contraire, l'état bilieux qui prédomine. Dans le premier cas le traitement antiphlogistique suffit à lui seul, et peut avantageusement remplacer le traitement évacuant. C'est là, sans doute, la cause de l'erreur que me paraît commettre M. Rochoux.

Quant au mémoire, je crois devoir relever une erreur grave de M. Naudot. Il prescrit, à titre d'évacuant et comme traitement de la pleuro-pneumonie bilieuse, le tartre stibié à dose rasorienne. Il est évident que si le tartre stibié, administré ainsi, a eu de l'efficacité, ce n'est pas comme évacuant, mais comme antiphlogistique.

M. Rochoux : Il y a un moyen très-facile de donner tort à un argumentateur, c'est de lui faire dire ce qu'il n'a pas dit; c'est ce que vient de faire, à mon égard, M. Martin Solon. Je n'ai pas dit qu'il n'existât point des pleuro-pneumonies bilieuses; mais j'ai dit uniquement que Stoll et quelques autres avaient exagéré le rôle que joue la bile dans cette circonstance.

M. Louis : Je crois que M. Rochoux a dit, si j'ai bien entendu, que si le tartre stibié ne pouvait pas faire de mal, il ne pouvait pas faire de bien. (Signe affirmatif de M. Rochoux.) Eh bien! je m'inscris en faux contre cette proposition. Si un médicament a une action efficace et

salutaire, c'est assurément le tartre stibié administré dans les cas dont il s'agit. Il n'est pas de médecin qui, ayant eu à traiter des pleuro-pneumonies avec les caractères dont il est question dans le rapport, n'ait eu à se louer des bons effets de cette médication. Sur dix-huit ou vingt cas de ce genre que j'ai présents à la mémoire, j'ai obtenu seize fois un amendement considérable par le tartre stibié.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

SÉANCE DU 21 MAI. — *Ophthalmie épidémique.*

— M. VELPEAU fait un rapport sur un mémoire de M. Morant, ayant pour titre : RELATION D'UNE ÉPIDÉMIE D'OPHTHALMIE QUI A SÉVI DANS LA COLONIE DES JEUNES DÉTENUÉS DE METTRAY.

M. Morant avait remarqué que, chez presque tous les jeunes sujets atteints par l'épidémie, la maladie avait débuté par un coryza; il a effectivement trouvé, chez un très grand nombre, la membrane de Schneider enflammée. Ayant eu l'occasion depuis de répéter cette observation, il n'hésite pas à prononcer que l'inflammation de la membrane pituitaire est souvent la cause des ophthalmies, surtout chez les jeunes sujets. M. Morant a été conduit, par cette observation, à une thérapeutique nouvelle de l'affection dont il s'agit. Il a essayé d'appliquer au traitement de l'ophthalmie avec inflammation de la pituitaire, les moyens que l'on emploie d'ordinaire contre cette dernière phlegmasie; il a eu recours à la cautérisation de la membrane muqueuse nasale par le nitrate d'argent. A cet effet, il a employé, tantôt le nitrate d'argent solide, en forme de crayon, introduit dans le méat antérieur des fosses nasales, soit une solution concentrée d'azotate d'ar-

gent, soit la pommade à l'azotate d'argent. Quel qu'ait été le procédé auquel il a eu recours, les cautérisations ont été pratiquées deux fois par jour d'abord, pendant la période la plus aiguë de la maladie, puis une fois par jour seulement, etc. Ce moyen lui a réussi, alors qu'il n'avait eu que des insuccès par tous les autres moyens connus.

M. Velpeau, depuis le moment où il a eu connaissance de la communication de M. Morant, a examiné avec soin la pituitaire de tous les sujets atteints d'ophtalmie qui se sont offerts à son observation ; il est forcé d'avouer que ce n'est que dans le plus petit nombre des cas qu'il a vu cette membrane enflammée. Il émet enfin quelques critiques relativement à la dénomination d'ophtalmie scrofuleuse que l'auteur a assignée à cette épidémie, et s'élève à cette occasion contre la classification des ophtalmies suivant leurs causes présumées. Quant au procédé proposé par l'auteur, et consistant à porter les topiques dans les fosses nasales, il pense que c'est là un procédé à conserver.

Le rapporteur propose, en conséquence, les conclusions suivantes : 1^o renvoyer le mémoire au comité de publication ; 2^o inscrire le nom de l'auteur sur la liste des candidats aux places de correspondants.

M. Roux : Je crois avoir entendu, dans le cours du rapport, une phrase qui ne me paraît pas tout à fait orthodoxe. M. Velpeau a dit, si je ne me trompe, qu'il faut établir la distinction des ophtalmies d'après leur siège immédiat, faisant abstraction de leurs causes. Je ne suis pas de cet avis : il y a du vrai dans ce qui a été dit sur les causes spécifiques des ophtalmies ; il est incontestable, par exemple, que dans les ophtalmies scrofuleuses il y a, indépendamment des autres caractères généraux de scrofule

qui peuvent éclairer sur leur origine, des caractères locaux particuliers qu'il n'est pas possible de méconnaître. Je demande à M. Velpeau s'il pense qu'on doit négliger ainsi la considération des causes spéciales d'ophtalmies, pour ne tenir compte que des différences de leur siège anatomique ?

M. Dupuy regrette qu'on n'ait pas indiqué dans le rapport l'âge des enfants qui ont été atteints d'ophtalmie; c'est à tort, dit-il, car à une certaine époque de l'enfance le développement des dents peut produire une compression sur les nerfs de la cinquième paire et donner lieu consécutivement à des troubles et des altérations plus ou moins considérables des organes de la vision. Il a vu fréquemment une altération de la cinquième paire donner lieu à des ophtalmies et à diverses autres affections oculaires chez les animaux. L'usage du sublimé produit un effet analogue, ce que M. Dupuy explique par l'action spéciale de cet agent sur les ganglions du grand sympathique dont quelques-uns communiquent, comme on le sait, avec la branche ophtalmique de la cinquième paire de nerfs. C'est ainsi que l'on voit souvent des ophtalmies, loin de s'amender, croître en intensité, au contraire, sous l'influence d'une médication mercurielle.

M. Martin-Solon : D'après M. Velpeau, la qualification des ophtalmies suivant leurs causes n'aurait aucune valeur. Je suis surpris d'avoir entendu tenir à M. Velpeau un pareil langage. Chacun de nous sait quelle importance les praticiens ont attachée de tout temps à cette distinction ; si elle n'en a plus maintenant, je ne sais vraiment à quoi cela peut tenir. Sans doute ce serait un grand progrès que d'avoir trouvé un moyen thérapeutique unique pour toutes les ophtalmies, et je comprendrais alors que cette distinction devint superflue. Je prie M. Velpeau de

me dire s'il pense que l'ophtalmie scrofuleuse ne réclame plus aujourd'hui de moyens spéciaux, et s'il croit que la cautérisation puisse suppléer à l'avenir tous les autres moyens de traitement.

M. Castel : Il y a dans cette dénomination d'ophtalmie scrofuleuse, affectée à l'épidémie en question, un grand vice de langage. Je ne prétends pas dire par là qu'il n'existe point d'ophtalmies scrofuleuses, bien au contraire ; mais on ne peut donner ce nom à une ophtalmie épidémique, à moins que l'on ne dise que tous les enfants qui ont été atteints par l'épidémie avaient une diathèse scrofuleuse, ce qui n'est pas admissible. D'un autre côté, est-ce que la cautérisation des fosses nasales eût été un traitement efficace s'il se fût réellement agi d'une ophtalmie scrofuleuse. Enfin, je ferai remarquer que l'auteur ne me paraît pas connaître les rapports de la membrane pituitaire avec la muqueuse oculaire. Je ne vois donc pas qu'il y ait lieu de donner des éloges à l'auteur de ce travail ; je voudrais qu'on se bornât à lui adresser des encouragements.

M. Rochoux : L'opinion émise par M. Roux est d'une telle importance qu'il doit suffire, il me semble, de l'énoncer, pour qu'elle soit admise par tout le monde. Tout en reconnaissant toute l'importance des lésions locales et de la considération du siège anatomique des maladies, il est encore d'une plus grande importance, à mes yeux, de considérer leur nature spécifique. La syphilis, par exemple, où qu'elle siège, ne réclame-t-elle pas toujours le même traitement ? On sait que l'ophtalmie syphilitique affecte plus spécialement le bord libre des paupières ; cela modifie-t-il en rien le traitement ?

J'ajouterai, relativement au moyen thérapeutique proposé par M. Morant, que si un vésicatoire appliqué sur

la tempe guérit une ophthalmie, on peut bien en attendre autant d'un caustique appliqué sur la pituitaire.

M. Velpeau : Je ne répondrai qu'un mot à ce qu'a dit M. Castel, c'est que M. Morant connaît parfaitement les rapports de la pituitaire avec la muqueuse oculaire. Quant à ce qui a été dit par M. Roux et M. Rochoux, je maintiens que dire : une ophthalmie scrofuleuse, sans autre désignation, c'est ne rien dire du tout. J'insiste sur la nécessité de donner aux différentes espèces d'ophtalmies des qualifications anatomiques. Quant aux distinctions suivant leurs causes, c'est autre chose. L'étude anatomique a complètement réformé la science sur ce point. Nous avons fait voir que ce que l'on avait considéré jusqu'ici comme des symptômes d'une ophthalmie spéciale, n'était souvent que le résultat de la différence des tissus affectés. Tout le monde sait jusqu'à quel point certains ophthalmologistes ont poussé la symptomatologie des maladies de l'œil. C'est contre ce système erroné que nous nous sommes élevé surtout. Maintenant cela n'empêche pas que l'on fasse intervenir une distinction secondaire fondée sur les causes spécifiques. M. Rochoux a cité les ophtalmies syphilitiques ; mais la syphilis est une chose matérielle, c'est un virus qui s'inocule. Il n'en est pas de même des scrofules, c'est là l'effet d'une constitution spéciale ; de même pour le rhumatisme : le rhumatisme n'est plus aujourd'hui, pour tout le monde, qu'une inflammation des tissus fibro-synoviaux. Il n'y a pas, en un mot, de virus scrofuleux, de virus rhumatismal, comme il y a un virus syphilitique ; on ne peut donc pas assimiler ces maladies et admettre l'existence d'une ophthalmie scrofuleuse ou rhumatismale, au même titre que l'ophtalmie syphilitique.

M. Gerdy : Il existe aujourd'hui dans la science un esprit de division et de morcellement qui tendrait à faire croire qu'elle consiste tout entière dans les classifications, et que, lorsqu'on a bien distingué, divisé et classé, on croit sérieusement avoir fait de la science. L'œil est, comme chacun le sait, un organe très-petit. Eh bien ! à en croire les pathologistes modernes, il serait susceptible d'une quantité presque innombrable de maladies. Il n'est pas vrai que l'inflammation se circoncrive, ainsi qu'on le dit, à tel ou tel tissu, tel ou tel point limité de l'œil ; dans quelque partie qu'elle débute, elle gagne de proche en proche, s'irradie et finit toujours par envahir une plus ou moins grande étendue de l'organe. Il est bien difficile, en effet, d'admettre que l'inflammation puisse ainsi s'isoler dans un organe aussi complexe, et se borner exclusivement à chacun des différents éléments qui le constituent. Cette distinction n'est pas naturelle, elle n'est pas vraie, elle n'existe que dans les livres des pathologistes. J'ai vu un grand nombre de fois des sujets atteints d'inflammation des différents tissus de l'œil, éprouver et accuser toujours les mêmes symptômes. C'est toujours de la douleur et de la chaleur, du larmolement, de la photophobie et des maux de tête, quelle que soit la partie de l'œil affectée. Il faut donc étudier et décrire l'inflammation de l'œil tout entier, en ajoutant toutefois que telle ou telle partie peut être plus particulièrement affectée, mais sans accorder à cette distinction une plus grande importance, car les symptômes que l'on prétend assigner à l'inflammation circonscrite à tel ou tel tissu, tel ou tel point, ne sont point réels. Sans doute les caractères anatomiques sont différents, mais les symptômes généraux, qui en sont le retentissement, sont toujours les mêmes. Le traitement est-il différent ? Pas le

moins du monde. On peut bien, sans doute, le modifier quelque peu, suivant les circonstances inhérentes aux caractères particuliers des tissus malades, mais le fond du traitement reste toujours le même.

M. Velpeau : Je suis, jusqu'à un certain point, du même avis que M. Gerdy, car je m'élève journellement aussi contre la classification allemande; mais je trouve qu'il va trop loin, et je ne partage pas son opinion jusqu'au bout. De ce que les éléments anatomiques de l'œil sont très-rapprochés et groupés dans un petit espace, ce n'est pas une raison pour que chacun d'eux ne puisse présenter des symptômes morbides particuliers. Ce sont ces symptômes particuliers, propres à chacun des tissus de l'œil, qu'il faut distinguer des symptômes communs à toute ophthalmie. Pourquoi veut-on qu'il en soit autrement pour l'œil que pour les autres organes? Ne voit-on pas, dans la poitrine, les poumons et la plèvre, le cœur et le péricarde, être tantôt simultanément, tantôt isolément affectés et présenter chacun leurs symptômes propres? De ce que, dans chacun de ces cas, il y aura de la fièvre, dira-t-on que ce ne sont point des maladies différentes et qu'il n'est point possible de les distinguer? Tout le monde sait bien, au contraire, que ces maladies ne peuvent pas être confondues quand on les a vues une fois avec soin. Je maintiens donc que, pour les maladies de l'œil les distinctions sont aussi faciles pour ceux qui veulent se donner la peine de les bien observer. L'inflammation de la conjonctive n'offre pas les mêmes symptômes que celle de la cornée, celle de la cornée que celle de l'iris, etc. Il n'est pas exact de dire, comme l'a dit M. Gerdy, qu'il y a, dans tous les cas, de la douleur, de la photophobie, du larmolement et de la céphalalgie. Non; les malades qui n'ont qu'une conjonctivite n'ont pas de photophobie,

ils n'ont pas même de céphalalgie, tandis que chez ceux qui ont une kératite, même très-légère, ces symptômes acquièrent le plus haut degré d'intensité. Sans doute, il arrive que, chez certains malades, l'inflammation envahissant tout à la fois les tissus de l'œil, il n'est pas possible alors d'en distinguer les symptômes propres; mais cette distinction est toujours possible, je le répète, lorsque l'inflammation est limitée et circonscrite à un seul des tissus de l'œil.

M. Gerdy a dit que cette distinction était sans importance pour le traitement; que, dans tous les cas, on avait recours aux mêmes moyens. Il me serait aisé de démontrer qu'il en est tout autrement, et que les moyens topiques sont, au contraire, très-variables. Quant au traitement général, c'est différent; il reste toujours le même; mais n'en est-il pas ainsi pour toutes les inflammations en général?

Cancer des paupières. — M. Gerdy présente un malade sur lequel il a une première fois enlevé un cancer siégeant à l'angle externe de l'œil. Le mal étant récidivé et ayant envahi la presque totalité de la paupière supérieure, M. Gerdy a dû faire l'excision de cette paupière. Malgré cette mutilation, l'œil peut être presque entièrement recouvert, et, bien que les points lacrymaux n'existent plus, le sujet n'en éprouve aucune incommodité. M. Gerdy insiste sur l'importance de ce fait, qui montre que l'une des paupières peut être enlevée en totalité et les voies lacrymales détruites, sans qu'il en résulte aucun trouble notable dans l'exercice de la vision.

VARIÉTÉS.

MÉDECINS FRANÇAIS MÉTÉOROLOGISTES.

« Si je faisais une nouvelle édition de mes ouvrages, disait un jour Rousseau à Bernardin de Saint-Pierre, j'adoucirais ce que j'ai écrit contre les médecins; il n'y a pas d'état qui demande autant d'études que le leur. Par tout pays, ce sont les hommes le plus véritablement savants. » Il ne serait pas difficile, je crois, de justifier l'aveu de J.-J. Rousseau, et, en choisissant une science quelconque, on verrait que les médecins ont une part à réclamer dans l'histoire de ses progrès. Je me bornerai dans cet article à faire remarquer combien ils ont contribué à l'avancement de la météorologie pratique. En France, ce sont des médecins qui lui donnèrent l'impulsion qu'elle reçut à la fin du siècle dernier; c'est aussi un médecin de la Faculté de Paris, le docteur Morin, auquel on doit la série météorologique la plus ancienne qui ait été entreprise dans notre pays, et peut-être en Europe. Elle commence en 1670, et s'arrête en 1709. Le docteur Morin notait trois fois par jour la hauteur du baromètre, celle du thermomètre et la direction du vent. Cotte a consulté ce journal dont Fontenelle fait l'éloge, et qui se trouvait parmi les manuscrits de la bibliothèque de l'Académie des sciences. Les observations du docteur Morin se rattachent à celles que Réaumur fit de 1732 à 1740, et de l'Isle de 1748 à 1760; elles furent continuées par Messier de 1763 à 1785, et depuis par

les astronomes de l'Observatoire de Paris. En même temps M. Burel, premier médecin de la marine à Toulon, notait les extrêmes du baromètre et du thermomètre depuis 1749 jusqu'en 1781, et le docteur Tully envoyait de Dunkerque à l'Académie des sciences des observations très-exactes depuis 1758 jusqu'en 1768.

Mais ces efforts isolés et sans aucun lien commun ne pouvaient servir à jeter les fondements d'une bonne topographie médicale, et à éclaircir les grandes questions d'hygiène et de médecine que les médecins philosophes ont toujours cherché à rattacher à la météorologie. Un heureux concours de circonstances amena la fondation d'une association destinée à étudier simultanément les phénomènes atmosphériques et nosologiques sur toute la surface du royaume.

Le *Traité de météorologie* de Cotte, publié en 1774, avait attiré l'attention publique sur cette science; aussi, quand le contrôleur-général des finances adressa, en 1775, aux médecins et aux physiciens de province différentes questions sur la température et la constitution médicale des années 1772, 1773, 1774 et 1779, un grand nombre de mémoires lui furent envoyés. Peut-être eussent-ils été perdus pour la postérité, si la Société royale de médecine n'eût été constituée par un arrêt du conseil du 29 avril 1776. Cette Société, qui a compté parmi ses membres Lieutaud, Vicq d'Azyr, Lorry, Macquer, Antoine de Jussieu, Hallé, Duhamel, Necker, Daubenton, Barthez, Cotte, Franklin, le Pecq de la Clôture, etc., conçut un projet d'observations météorologiques simultanées, destinées à éclairer une foule de questions d'hygiène, de topographie médicale et d'agriculture. La Société publia des instructions très-bien faites. Elle recommande l'usage du thermomètre à mercure gradué

d'après Réaumur, met les auteurs en garde contre les effets de la parallaxe, et conseille de placer l'instrument au nord. Le baromètre devait être muni d'une très-grande cuvette, afin de n'avoir pas à tenir compte des changements de niveau du mercure contenu dans cette cuvette. La surface de l'eudiomètre était de 0^m,105 carrés (un pied carré). Les vents avaient été partagés en huit rhumbs, et le journal météorologique contenait sept colonnes consacrées à enregistrer la date du jour, l'heure, la direction du vent, le thermomètre, le baromètre, la déclinaison de l'aiguille aimantée et l'état du ciel; on conseillait d'observer trois fois par jour. Les médecins qui avaient envoyé leurs mémoires au contrôleur des finances furent nommés correspondants de la Société royale. Cette faveur et le désir de coopérer à un grand travail national excitèrent dans toute la France une émulation extraordinaire. Les médecins de village même se mirent à observer assiduellement les phénomènes atmosphériques, et dans le troisième volume des *Mémoires de la Société*, trois ans après la constitution, Cotte put donner douze tableaux des observations mensuelles pour 1779, faites dans cinquante-trois localités disséminées sur toute la surface de la France. Dans les trois volumes suivants il a consigné ses résumés pour les années 1780 à 1785. Le deuxième volume des *Mémoires de météorologie*, publié en 1788, contient ces résumés plus abrégés, où l'on ne trouve guère que la quantité de pluie et les extrêmes annuels du thermomètre et du baromètre. Cependant cet ouvrage est constamment cité par les météorologistes, et je donne ici, par ordre alphabétique, la liste des localités appartenant à la France ou à ses colonies, sur lesquelles il fournit des renseignements climatologiques. Les chiffres placés à la suite de chaque ville

indiquent le nombre d'années pendant lesquelles les observations ont été continuées. J'ai cru devoir y ajouter le nom des observateurs qui les ont faites quand ces observateurs étaient des médecins, afin de prouver que je n'avais rien exagéré en disant qu'ils ont eu la plus grande part dans ces utiles travaux.

Agde, 4; Aix, 3; Alger, 2; Arles, 2, par M. Bret; Arras, 7, par MM. Delarsé et Retz; Avranches, 6, par Frain des Bretonnières et Longavant; Aurillac, 2; Auxerre, 7; Balerne, 2; Barry, 1; Bayeux, 1; Beaune, 1; Berg Saint-Vinox, 4; Besançon, 5, par M. Meillardet; Beziers, 9; Billon, 7, par M. Avinent; Bordeaux, 66, en partie par M. de la Mothe; Bourbonne-les-Bains 3, par M. Montrot; Brest, 1; Bruyère, 2, par M. Poma; Cambrai, 8, par M. Trécourt; Castel-Sarrasin, 1; Cavaillon, 1; Caussade, 1, par MM. Vernet et Moulet; Chambon, 2; Chartres, 8; Chinon, 9, par M. Linacier; Clermont-Ferrand, 4; Cusset, 4, par M. Deserets; d'Aligre, 1, par M. Pinet fils; Dax, 5, par M. Dufau; Denainvilliers, 31; Dieppe, 1, par M. Jullien, Dijon, 7, par M. Maret; Dunkerque, 3; par M. Macnamara; Etampes, 2; Grande-Combe-de-Bois, 2; Gray, 3; Grenoble, 8, par M. Chanoine; Haguenau, 5, par Keller; ile Bourbon, 3; Laigfe, 3, par MM. Huet de la Martinière et Terrede; Laon, 35; La Rochelle, 4; La Tremblade, les Essarts, 4, par M. Landais; Lille, 8, par MM. Boucher et Saladin; Lons-le-Saulnier, 1, par M. Guyetant; Luçon, 4, par MM. Baron et Bouquet; Lyon, 4, par M. Dyvoiry; Marnosque, 4, par M. Bouteille; Marseille, 9; Maubeuge, 4, par M. Lucq; Mayenne, 2, par M. de la Rue, Metz, 7; Mezin, 8, par M. Gallé; Mirecourt, 1, par M. Aubry; Montargis, 5, par M. Gastellier; Montauban, 3, par M. Bonnecaze; Mont-Dauphin, 2; Mont-Didier, 2,

par M. Chandon ; Mont-Louis, 5, par M. Barrera; Montluçon, 1; Montmorency, 15; Montpellier, 11; Mulhouse, 6, Nancy, 6; Nantes, 6, en partie par M. Richard-Duplessis; Nîmes, 5; par MM. Baux et Rasoux, Oloron, 4, ile d'Oléron, 3, par M. Fusée - Aublet; Orléans, 3, en partie par M. Beauvais de Preau; Paris, 32; Perpignan, 6; Poitiers, 10, par M. de la Mazière; Pondichéry, 6; Pontarlier, 3, par M. Tavernier; Pontorson, 2, Provins, 2, par M. Naudot; Réthel, 3, par M. Telingé; Rhodéz, 4, par M. Flaugergues; Rieux, 2; Rouen, 6, par M. Lepecq de la Clôture; Sables-d'Olonne, 1; Saint-Brieuc, 8, par M. Bagot; Saint-Dié, 3, par M. Poma; Saint-Jean-de-Bruel, 4; Saint-Malo, 5, par M. Bougourd; Saint-Maurice-le-Girard, 10, par M. Gallot; Saint-Omer, 1, par M. Derick; Saint-Paul Trois-Châteaux, 3, par M. Caudéiron; Saint-Sever, 1, par M. Dufour; Salon-de-Crau, 1; Seurre, 2, par M. Vernerd; Soissons, 2, par M. Dieu; Strasbourg, 4, par M. Spielmann; Tarascon, 5, par M. Laudun; Tonneins, 1, par M. Laperche; Toulon, 2, par M. Barberet; Toulouse, 10; Tournus, 2; Troyes, 6; Vannes, 2; Versailles, 1; Vienne, 6, par M. Revolat; Villefranche, 5, par M. Gontard; Vire, 6, par M. de la Polinière; Viviers, 4, en partie par M. Vitalis.

On voit que la France était couverte à cette époque d'un réseau météorologique. Si la grande commotion de 1789 n'était pas venue interrompre ces paisibles travaux, la plupart des questions climatologiques qui nous intéressent seraient maintenant résolues car les instruments et les méthodes d'observations se seraient successivement améliorés, et le concours de tant de travailleurs aurait excité le zèle des physiciens pour asseoir la météorologie sur des bases solides. Malheureusement l'association, dont les liens furent rompus par la révolution, ne se rétablit pas, et les obser-

vateurs sont aujourd'hui bien clair-semés à la surface de la France. Cependant l'exemple qu'elle avait donné fut suivi à l'étranger. La société météorologique de Manheim fut fondée et publia les observations originales d'un grand nombre de points pendant les années comprises entre 1781 et 1787, sous le titre suivant : *Ephemerides societatis meteorologicae Palatinae*. Dans les sept volumes qui forment ce précieux recueil, on trouve les séries faites par Seignette à La Rochelle, de 1781 à 1787 (*Observationes Rupellenses*), celles de Maret, à Dijon, pour 1783 et 1784 (*Obs. Divionenses*), celles enfin de Silvabelle, à Marseille (*Obs. Massilienses*). Parmi ces trois observateurs, le premier était pharmacien, le second médecin.

On ne saurait donc nier que c'est le désir de connaître la cause des maladies et l'influence des variations atmosphériques sur les constitutions médicales qui a amené la fondation de la première société météorologique. Mais les phénomènes atmosphériques sont si nombreux, leur observation demande tant d'assiduité, que les médecins occupés par une clientèle nombreuse ont été forcés de renoncer à ces études. La faute en est à l'extension que la science a prise et non à eux. Il suffisait à mon but de faire voir que l'initiative leur a appartenu.

Ch. MARTINS.

COURS DE M. GIBERT SUR LES MALADIES DE LA PEAU.

À l'ouverture de son cours de cette année, M. Gibert a exposé les généralités qui se rapportent à la méthode et à la classification.

«....J'ai déjà eu bien des fois (a-t-il dit) l'occasion de

le répéter, mais je ne me lasserai pas de le dire, tant que d'autres ne se lasseront pas de se trainer dans l'ornière des routines *anatomiques* et *organiques* :

« La science la plus solide du médecin, celle qui le distinguera toujours de l'empirique, c'est la connaissance approfondie des éléments de la *prognose hippocratique*, prognose qui comprend tout l'ensemble des phénomènes morbides et permet au praticien de guider et d'éclairer les malades dans toutes les circonstances, là même où son art ne saurait promettre de les guérir....

« C'est en dernière analyse à l'observation clinique faite en grand, que nous rapportons avec les médecins de l'école vitaliste ou hippocratique, la véritable source des connaissances pathologiques et thérapeutiques. Les efforts de ceux qui ont voulu faire remonter cette source aux minuties de l'observation anatomique, sont demeurés à peu près stériles; et pour ne pas sortir de notre spécialité, quel résultat pratique peut-on se promettre de travaux qui ont pour but de tirer de l'étude des considérations *anatomiques*, les indications relatives à la *nature* et au *traitement* des maladies de la peau.....?

« Qu'un observateur armé du scalpel, de la loupe, du microscope, voire même de l'analyse chimique, complète et étende autant qu'il le pourra, le vaste champ qu'offre à ses recherches l'étude du corps humain, je louerai son zèle et je profiterai, si je puis, de ses découvertes. Mais que le médecin praticien, que le médecin d'hôpital surtout, ne se laisse pas détourner de la véritable observation clinique par des travaux plus *académiques* que médicaux, ou, du moins, qu'il soit loin de les regarder comme le fondement, soit de la pathologie, soit de la thérapeutique !

«.....J'ai dit qu'en pathologie cutanée, il fallait d'abord

s'attache à reconnaître et à nommer l'espèce morbide qu'on a sous les yeux. Et, en effet, c'est dans cette première opération qui a été si perfectionnée de nos jours, c'est dans ce diagnostic précis qui fait la gloire de l'École moderne et qui marque le véritable progrès, le seul dont nous puissions nous enorgueillir, que se place le premier fondement de cette connaissance générale et approfondie de l'état du malade, qui fait briller toute la science du médecin et qui la distingue à jamais de la routine de l'empirique.

« Pour arriver à ce résultat important, beaucoup trop négligé par les médecins des siècles antérieurs au nôtre (surtout dans la spécialité qui nous occupe), il faut se préoccuper en premier lieu d'une bonne classification. Non pas que nous prétendions, avec notre prédécesseur *Alibert*, que cette classification puisse être assez parfaite pour indiquer par avance la nature même de la maladie ; bien moins encore avec *Pinel*, qu'il soit plus philosophique de fixer la place d'une espèce morbide dans un cadre nosologique que d'en indiquer le remède ! Non pas même que nous attachions avec *Biett*, notre premier maître en dermatologie, une importance telle à la prééminence de certaine classification, que par le fait seul d'une pareille prééminence méconnue, nous soyons portés à faire peu de cas des travaux de quelques-uns de nos devanciers ou de nos contemporains : Mais bien parce que nous regardons comme fort important d'avoir un guide sûr et facile dans l'exploration des nombreuses espèces et variétés que nous offre le tableau variable et mobile de la nature vivante.

« Or, c'est parce que nous trouvons ce guide dans la classification qui a servi de base au précis de *Bateman*, que nous avons cru devoir l'adopter (avec quelques mo-

difications de détail) dans notre *Traité pratique des maladies de la peau*, ainsi que dans notre enseignement.

« D'autres auteurs, tels que *Lorry*, *Alibert*, *Baumés*, le professeur *Isensée*, de Berlin, etc., ont voulu s'élever au-dessus des simples rapports de *forme* facilement appréciables aux sens qui servent de base aux divisions de cette classification, et pénétrant plus avant dans les secrets de l'économie, établir comme fondement de leurs divisions, des rapports de *nature*; et ils ont perdu en facilité, en clarté et en sûreté, ce qu'ils croyaient gagner en profondeur, en méthode, en philosophie.

« Beaucoup de raisons solides militent sans doute en faveur de l'opinion devenue populaire depuis longtemps, que les maladies de la peau sont fréquemment entretenues par une modification profonde et secrète de l'économie qu'*Hippocrate* avait en vue lorsqu'il distinguait les affections cutanées accidentelles de celles qui se forment par une sorte de *dépot* à l'extérieur. C'est cette cause secrète, que les auteurs de la fin du siècle dernier désignaient sous le nom de vice ou *virus dartreux*, virus que *Poupart*, en particulier, regardait comme un protégé susceptible de se déguiser sous toutes sortes de formes, et capable de produire notamment la fluxion de poitrine, la phthisie pulmonaire, l'hydropisie, etc. Entre une pareille exagération, et celle en sens inverse de quelques auteurs modernes qui ont cru pouvoir rapporter à une simple inflammation locale ou même à une cause, pour ainsi dire, mécanique, telle que la présence d'animaux parasites microscopiques, presque toutes les maladies de la peau, il y a place pour une opinion vraiment scientifique et fondée sur les résultats incontestables de l'expérience et de l'observation....

« Mais, qui ne voit que de pareilles considérations

sont d'un ordre trop élevé et trop difficile à saisir pour servir de base à une classification, laquelle, après tout, ne peut être qu'un système artificiel propre à aider la mémoire et à faciliter l'étude du sujet? Selon moi, l'humorisme des anciens, l'âcreté chimique du 17^e siècle, la cause prochaine de *Lorry*, le virus dartreux de *Poupart*, l'inflammation des modernes, les fluxions de M. *Baumés*, les distinctions hydropathiques et symptomatiques du professeur de Berlin, celles même, plus vulgaires en apparence, d'*Alibert*, qui admettait des dermatoses *éruptives, inflammatoires, dartreuses, scabieuses*, etc., ne peuvent amener que de la confusion et des difficultés inextricables. Bien plus, il pourrait arriver qu'elles nous ramenassent un jour à cette époque (qui ne peut être regardée comme entièrement passée) où, sous prétexte d'analogie de nature et de traitement, on se contentait des noms vagues, insignifiants ou indéterminés, de *dartres, boutons, éruptions*, etc., pour désigner les diverses espèces qui composent le domaine de la pathologie eutanée spéciale....

« Nous avons dû préférer à ces classifications obscures et embarrassées, celle si simple et si claire importée à l'hôpital Saint-Louis par notre ancien maître *Bielt*, l'élève et plus tard le rival heureux d'*Alibert*. Nous aurons soin, d'ailleurs, de compenser les inconvénients qu'elle présente et qui sont inhérents à tout système artificiel, par les considérations pratiques que ne manqueront pas de susciter les nombreux sujets soumis à votre observation. Ce sont ces considérations qui nous conduiront surtout aux indications thérapeutiques ; ce sont celles dont vous devez faire, par conséquent, le plus de cas ; car, ainsi que l'a proclamé il ya plus de 2000 ans le père de la médecine, le premier devoir du médecin est de s'occuper, AVANT tout, de guérir le malade ! »

Faculté de médecine.— Concours pour six places d'agrégés en médecine.

Les nominations ont été faites le 15 mai.

Les concurrents nommés, sont MM. Fleury, Burguières, Tardieu, Grisolle, Beau et Behier.

La nomination de M. Fleury a été faite au premier tour de scrutin et à l'unanimité ; celles de MM. Burguières et Tardieu, au premier tour et à la majorité de cinq voix ; celles de MM. Grisolle, Beau et Behier, après ballotages. Les concurrents qui ont eu le plus de voix après eux, sont MM. Tanquerel des Planches, Gueneau-de Mussy et Pelletan.

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Traité d'anatomie médico-chirurgicale et topographique, considérée simplement dans ses applications à la pathologie, à la médecine légale, à l'obstétricie et à la médecine opératoire ; par J.-E. PÉTREQUIN, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur adjoint à l'École de médecine de la même ville, correspondant spécial de la Société de médecine de Paris, etc., etc. 1 vol. in-8°. Paris, 1844. Chez J.-B. Baillière, et Germer Baillière, libraires, rue de l'École-de-Médecine.

Les lecteurs de la *Revue médicale* ont lu avec intérêt, dans le numéro de septembre 1843, le remarquable rapport de M. Bra-

chet sur le nouvel ouvrage de M. Pétrequin. Apprécié d'une manière aussi exacte qu'élevée par le rapporteur de la commission de la Société de médecine de Lyon, le travail de M. Pétrequin n'offre presque plus rien à l'analyse, et ma tâche se trouve singulièrement réduite. Cependant, je veux essayer de glaner quelques épis dans le champ si riche et si fécond moissonné par M. Brachet, et de fixer l'attention d'une manière plus spéciale sur quelques points de la science cultivée avec tant de succès par notre auteur.

L'ouvrage que publie aujourd'hui M. Pétrequin est pour ainsi dire le résumé des travaux nombreux qu'il a publiés précédemment dans un grand nombre de feuilles périodiques; aussi, comme l'a fort bien dit M. Brachet, ce livre n'est pas seulement une œuvre de compilation, mais bien une œuvre de progrès. Ingénieux et entreprenant, M. Pétrequin a su créer, introduire des innovations, et d'utiles perfectionnements.

Dans un mémoire publié en 1839 dans la *Gazette médicale*, M. Pétrequin démontra que la trompe d'Eustachi avait pour usages principaux : 1^o de favoriser la sortie du fluide sécrété dans l'oreille moyenne; 2^o d'y établir un degré uniforme de calorique; 3^o d'y maintenir la même qualité hygrométrique pour ménager la sensibilité des fenêtres ronde et ovale; 4^o enfin de mettre l'air du tambour en équilibre avec l'air extérieur pour permettre au tympan de vibrer convenablement, en facilitant dans la caisse une sorte de flux et reflux aérien à chaque vibration tympanique. Partant de ces idées, l'auteur rechercha les liaisons qui pourraient exister entre certaines maladies de l'oreille et les maux de gorge. Cela fait, il établit la nécessité de traiter certaines surdités en appliquant directement les médicaments sur l'arrière gorge elle-même. Les données de l'expérience confirmèrent les raisonnements théoriques, et le sulfate d'alumine employé en gargarismes, en insufflations pulvérulentes, en attouchements, devint l'agent médicateur de diverses *surdités gutturales*.

La pathologie oculaire doit aussi plusieurs progrès à M. Pétrequin. Sans entrer dans beaucoup de détails à ce sujet, sans parler de son procédé de strabotomie que je ne crois pas exempt d'inconvénients, je dois rappeler qu'à M. Pétrequin appartient l'honneur d'avoir le premier, parmi nos compatriotes, produit un *strabisme artificiel*, au moyen de la myotomie, dans l'intention de substituer cette opération à celle de la *pupille artificielle*, modification très-importante, car, comme le fait très-bien remarquer l'auteur, la pupille artificielle est une opération délicate dont les résultats sont loin d'être certains.

Quelle est la cause du bec de lièvre congénital? Cette question a le privilège de fixer depuis longtemps l'attention des anatomo-pathologistes et des tératologistes; et cependant cessavants paraissent loin de s'entendre. Les uns, en effet, l'attribuent avec M. Serres, à un trouble de la loi des conjugaisons; d'autres à la présence de la langue; quelques-uns, enfin, à des obstacles mécaniques. M. Pétrequin pense qu'à une époque rapprochée de la conception, le fœtus possède l'os inter-maxillaire qui est permanent chez divers animaux, et il explique, par la présence de cet os, la formation de la fente congénitale, et surtout son développement, toujours à côté de la ligne médiane, fait parfaitement d'accord avec la véritable observation. Cette opinion, professée, il y a déjà longtemps, par M. Goëthe, et par M. J. Weber, semble la plus rationnelle et la mieux appropriée aux faits pathologiques connus.

En parlant des fonctions de la moelle épinière, M. Pétrequin compte parmi elles la faculté d'érection et d'éjaculation, expliquant ainsi l'influence de la pendaison et des irritations mécaniques de la moelle sur ces actes, puis l'impotence des membres inférieurs après les excès vénériens et les douleurs rachidiennes qui les accompagnent; enfin, l'action de la noix vomique qui stimule momentanément certains vieillards, ou ranime les jeunes gens impuissants. Des faits pathologiques fournis à l'appui de cette opinion l'ont fait adopter par MM. Olivier d'Angers, Brachet, et l'un des plus distingués physiologistes de l'Angle-

terre, M. Marshall-Hall. Voir : *On the diseases and derangements of the nervous system*, p. 74.

Je ne m'arrêterai pas longtemps aux expériences remarquables sur la cicatrisation des intestins, tentées par l'auteur de concert avec M. Reybard. Ces expériences prouvent qu'on peut remplacer l'invagination par la suture simple des bouts de l'intestin. Pratiquée sur les animaux elle réussit ordinairement très-bien. « Le contrôle de l'épreuve clinique, ajoute M. Pétrequin, a confirmé cette induction. M. Reybard a eu l'occasion de faire l'entéroraphie sur l'homme; il a eu à faire l'ablation « d'une partie de l'S du colon et du colon descendant affecté « de carcinome. Il y a eu ainsi section transversale; les deux « bouts ont été réunis à surget; les résultats ont été communiqués « (1843), par l'auteur, à l'Académie de médecine. Si ce fait « pratique est admis en principe, il en résultera qu'au lieu de « rétablir la continuité intestinale par la méthode de l'invagi- « nation, on pourra, en toute sécurité, après avoir ajusté les « intestins bout à bout, les réunir et les maintenir par la suture à « surget, la plus simple et la plus facile de toutes. Remarquons « surtout, que, au lieu de créer des anus artificiels, on pourra, « comme M. Reybard, pratiquer, d'après cette méthode, « l'ablation des tumeurs identifiées avec l'intestin, et formant « obstacle au passage des matières. » Pag. 329 et 330.

Les travaux très-nombreux, essayés depuis l'invention de la lithotritie, sur les organes génitaux urinaires, avaient, jusqu'à ce jour, laissé de l'incertitude sur un point de pratique assez important, c'est-à-dire sur la longueur de l'urèthre. Ainsi, tandis que certains chirurgiens ne lui accordent que cinq pouces et demi, d'autres, au contraire, portent sa longueur à dix et douze pouces. M. Pétrequin pensa que la mensuration de ce canal devait être faite en ligne *droite*, puisqu'on emploie des sondes droites, et selon une ligne *courbe*, sa ligne naturelle, puisqu'on emploie aussi des sondes de cette forme. Partant de ce principe, il reconnut que l'urèthre avait six pouces en moyenne lorsqu'on le soumet à la mensuration rectiligne, et six pouces et demi

dans la mensuration curviligne. Ces mesures sont importantes à connaître, parce qu'elles servent à régler les manœuvres du chirurgien dans une foule de cas pratiques.

La disposition anatomique de l'anneau inguinal, et plus spécialement de l'anneau externe, a fixé l'attention de M. Pétrequin. Il a étudié plus spécialement l'influence des mouvements de la cuisse sur son périmètre. On conçoit de suite que des applications pratiques importantes surgissent de ces considérations. Il résulte de ces expériences : 1° qu'en soulevant le bassin par un coussin, et laissant les jambes tendues et les genoux rapprochés, on sent un resserrement prononcé de l'anneau par le rapprochement des piliers, à la manière d'une boutonnière : c'est donc une mauvaise position pour le taxis ; 2° que toutes les attitudes qui tendent les muscles abdominaux produisent aussi un resserrement ; qu'au contraire, l'inclinaison légère de la colonne vertébrale en avant peut être employée avantageusement, avec la précaution de relever un peu la tête ; 3° que la rotation de la cuisse en dehors, combinée avec la flexion du bassin, agrandit notablement l'anneau ; 4° que la flexion seule ne donne pas le même résultat ; 5° que si à la rotation en dehors et à la flexion on ajoute l'inclinaison de la colonne en avant, l'anneau devient le plus large possible. Aussi, la position accroupie, dans l'acte de la défécation, est-elle dangereuse chez les personnes constipées, et prédisposées aux hernies ; car alors la cuisse étant fléchie et écartée, l'anneau est à nu, large et sans protection, et souvent les viscères font issue dans un effort. C'est donc une attitude analogue qu'il faudra choisir pour favoriser la réduction dans le cas d'étranglement de l'anneau externe. »

Je n'entrerai pas dans de plus longs détails sur l'ouvrage de M. Pétrequin, préférant, comme je l'ai dit en commençant, renvoyer le lecteur, soit au rapport de M. Brachet, soit à l'ouvrage lui-même. Je dirai en quelques mots, que ce nouveau travail, fruit de plusieurs années d'études laborieuses, soutient dignement la réputation de son auteur, et justifie les espérances qu'il avait fait concevoir. La précision dans les mille

objets minutieux traités dans ce volume, une appréciation savante et impartiale des travaux des anciens et plus spécialement de nos contemporains, enfin une logique toujours juste et sévère, assurent au *traité d'anatomie médico-chirurgicale* de M. Pétrequin, une place distinguée dans la science.

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et de toxicologique, pour 1844, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et toxicologiques publiés en 1843, et les formules des médicaments nouveaux, suivies de recherches et d'expériences sur les contre-poisons du sublimé-corrosif, du plomb, du cuivre, de l'arsenic, par MM. BOUCHARDAT et SANDRAS. — Par M. BOUCHARDAT, professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu. Paris 1844, chez Germer-Baillière, rue de l'École de Médecine, 17.

Chaque année la *Revue Médicale* rend compte, avec un nouvel intérêt, d'un nouveau volume de l'Annuaire de M. Bouchardat. Recueillir dans un petit volume de poche les formules diverses, et si l'on pouvait dire, les éléments de thérapeutique, de matière médicale et de pharmacie, qui se trouvent épars dans les recueils périodiques, tel est le but de l'auteur. Pour y parvenir, il ne suffit pas, comme on pourrait le croire au premier abord, d'amonceler pêle-mêle, et sans raison, les renseignements nouveaux sur des méthodes thérapeutiques, sur des substances médicamenteuses, sur des préparations pharmacologiques, etc.; il faut apporter dans ce travail un grand discernement, et un grand savoir: Ne sait-on pas que les médications les plus irrationnelles, que les moyens les plus insignifiants ou les plus absurdes, que les remèdes les plus bizarres ou les plus dangereux trouvent des prôneurs intéressés? N'entend-on pas chaque jour raconter monts et merveilles de prétendus spécifiques qui ne méritent que l'oubli ou la proscription?

Et d'un autre côté, n'est-on pas obligé de se tenir en garde contre ces hommes antipathiques à toute idée de progrès, qui s'obstinent aveuglément contre les observations nouvelles, et veulent arrêter la science dans l'ornière où ils se traînent eux-mêmes péniblement? Ces entraves sont plus difficiles à surmonter qu'on ne pense; aussi, comme je le disais en commençant, il est utile et même nécessaire de faire appel à un jugement sévère pour mener à bien une œuvre de cette nature.

Je n'entrerai pas dans l'analyse détaillée de l'*annuaire*, ce travail serait long, fastidieux, impossible peut-être; mais je signalerai d'une manière spéciale quelques chapitres importants, tels que ceux relatifs à l'emploi des narcotiques, de quelques antispasmodiques, des préparations mercurielles iodées, de l'arsenic, médicament devenu si important depuis les travaux des dermatologistes modernes, et surtout des médecins militaires qui exercent en Algérie, ceux relatifs à l'emploi des divers caustiques anciens et nouveaux, etc.

M. Bouchardat, pensant « que le dernier mot de la science n'est pas dit à ce sujet, » recueille chaque année, avec un soin tout particulier, les travaux relatifs à la dissolution des calculs. Malheureusement la science est encore réduite à attendre les merveilleux résultats promis par la pathologie chimique; et le rapport de MM. Gay-Lussac et Pelouze à l'Académie des sciences, reproduit presque en entier dans l'*Annuaire*, justifie l'assertion que j'émetts en ce moment.

L'ouvrage de M. Bouchardat se termine par divers mémoires sur lesquels je vais m'arrêter un instant. On a mille fois répété dans l'ancien humorisme, et le peuple répète encore de nos jours à l'aspect de certaines urines blanches et épaisses rendues par quelques femmes en couches, que le lait passe par les urines. M. Bouchardat ayant eu à faire l'analyse d'une urine de cette nature, est arrivé aux conclusions suivantes: «1° L'existence des urines laiteuses ne doit être admise que lorsque la présence des globules laiteux aura été constatée. Or, il n'existe point encore

dans la science d'observation pareille; 2° la présence de la caséine ne saurait être invoquée comme un caractère de première valeur; car, selon moi, la caséine n'est qu'une modification de l'albumine; 3° les matières grasses se rencontrent quelquefois même assez abondantes dans les urines albumineuses; leur présence ne peut encore suffire pour caractériser une urine laiteuse; 4° la présence de la butyrine du sucre de lait aurait une plus grande importance; 5° dans le cas dont j'ai donné l'analyse, les urines rendues pendant une fièvre puerpérale contenaient, outre une forte proportion d'acide urique et d'urates, une matière grasse, de la caséine, et tous les autres principes de l'urine; mais elle ne renfermait ni butyrine, ni lactine ni globules de lait. »

Les expériences toxicologiques de MM. Sandras et Boucharlat portent plus spécialement sur les préparations de plomb, de cuivre, d'arsenic et de sublimé corrosif. La fréquence des empoisonnements par ces préparations justifie l'intérêt apporté par ces auteurs à la recherche des contrepoisons les plus sûrs et à la fois les plus prompts. Leur but, comme ils le disent, est « d'éveiller l'attention sur les moyens que nous croyons devoir proposer, et que nous pouvons soutenir expérimentalement, pour *attaquer immédiatement, dans le corps de la victime, la substance meurtrière qui y est introduite, et la rendre inerte ou presque innocente avant qu'elle ait exercé tous ses ravages.* » Pag. 267. Ces expériences ont conduit à accepter, comme contrepoison du sublimé corrosif, l'emploi de l'eau albumineuse proposée par M. Orfila. En effet, cette substance qui se trouve partout, a la propriété de former, presque instantanément, avec le sublimé corrosif, un composé, qui n'est, à la vérité, pas complètement inactif, mais qui est incomparablement moins nuisible que le bi-chlorure de mercure, et qui peut être facilement éliminé par les vomissements.

L'eau albumineuse peut encore être employée dans les empoisonnements par le cuivre, mais avec moins de succès que

dans le cas précédent. MM. Sandras et Bouchardat proposent le fer métallique réduit par l'hydrogène, et de préférence encore le persulfure de fer hydraté, qui forme avec les sels de cuivre un sulfure de cuivre insoluble. Quant aux préparations saturnines, MM. Sandras et Bouchardat proposent encore le persulfure de fer hydraté; mais ici les expériences font défaut. L'acide arsénieux lui-même trouve encore son contrepoison dans les préparations ferrugineuses. Les diverses propositions contenues dans le mémoire de MM. Bouchardat et Sandras se trouvent résumées dans les conclusions suivantes :]

« Nous croyons qu'il faut considérer comme contrepoisons les matières suivantes :

1° Contre le sublimé corrosif. — Le mélange de poudre de zinc et de fer : le fer réduit par l'hydrogène ; le persulfure de fer hydraté humide ;

2° Contre le cuivre. — Le mélange de poudre de zinc et de fer : le fer réduit par l'hydrogène, le fer porphyrisé, la limaille de zinc, le persulfure de fer hydraté ;

3° Contre le plomb. — Le persulfure de fer hydraté humide ;

4° Contre l'acide arsénieux. — Le peroxyde de fer hydraté humide, le peroxyde de fer hydraté sec, et le persulfure de fer hydraté humide.

Cette dernière préparation aurait même cet avantage, que, changeant la nature des quatre poisons que nous venons de citer, elle conviendrait surtout dans le cas où la substance suspecte appartiendrait à l'une ou l'autre de ces séries, sans qu'on pût, *a priori*, décider à laquelle. » Pag. 296.

L'Annuaire de thérapeutique pour 1844 ne sera pas jugé inférieur à ses aînés, et soutiendra dignement la réputation qui leur est acquise.

D^r BOURDIN.

Imprimerie de Hauquelin et Bautreche, rue de La Harpe, 90.

REVUE MÉDICALE.

(Juin 1844.)

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

DE L'OPPORTUNITÉ

DE LA TRACHÉOTOMIE

DANS LE TRAITEMENT DU CROUP,

Par **J. GARIN, D. M. P.,**

Ancien interne des hôpitaux de Lyon.

L'histoire comparée des progrès de la science relativement au croup et à la trachéotomie révèle ce fait extrêmement curieux, que ces progrès, malgré les liens qui unissent l'opération à la maladie, non-seulement n'ont pas toujours avancé de pair, mais qu'ils se sont même souvent nuï dans leur développement mutuel, à ce point, qu'alternativement, la marche des uns a retardé celle des autres, jusqu'à ce qu'une main forte, rétablissant l'équilibre, les eût poussés tous ensemble dans une voie de perfectionnement dont elle avait aplani les difficultés.

Cette marche, inverse d'abord, puis égale, des progrès de la trachéotomie et du croup, a été sensible à diverses époques et dans plusieurs pays à la fois, en France, en 1844. *Junin*, T. II. 11

Allemagne et en Angleterre; et partout, elle était dirigée par des hommes du plus grand mérite. Mais, pour nous borner à la France, et ne citer que trois de ceux qu'elle a vu naître, Louis, l'illustre secrétaire de l'Académie royale de chirurgie, Royer-Collard, le rapporteur intègre du fameux concours Napoléon, et M. Bretonneau, l'auteur du *Traité de la diphthérie*, me semblent, à cet égard, chacun avec le talent particulier qui le distingue, avoir marqué une grande époque dans la question qui nous occupe.

Un coup d'œil rapide sur ce qu'ils ont fait va justifier cette opinion.

Louis, dans son plus beau mémoire, résumant les idées des siècles passés sur l'ouverture artificielle du canal aérien, nous montre les phases opposées qu'a traversées cette belle opération, tour à tour mise en lumière ou rejetée dans l'oubli, regardée comme une invention criminelle ou comme un présent des cieux. La suivant à la trace, depuis les temps les plus reculés de l'art jusqu'à son époque, il nous fait voir comment, à des titres divers, se rattachent à son histoire les noms les plus illustres des maîtres de la science : Asclépiade et Paul d'Égine, dans l'antiquité; Rhazès, Avicenne, Albucasis, Guy de Chauliac, au moyen-âge; dans les temps modernes, Sanctorius, Fabrice d'Aquapendente et Marc-Aurèle Severin en Italie; en France, Nicolas Habicot, René Moreau, Scultet, et après eux, Verduc, Dionis, Ledran, Garangeot, contemporains de Louis, tous viennent, sous la plume du brillant écrivain, déposer de leur nom ou de leur exemple en faveur de l'opération dont il est lui-même le plus habile apologiste.

Louis nous fait connaître en même temps les procédés

mis en usage, et les maladies dans lesquelles ils ont été appliqués; et il arrive à cette conclusion, que l'ouverture artificielle du canal respiratoire, pratiquée soit pour extraire des corps étrangers, soit pour rétablir la respiration dans l'asphyxie ou dans les maux de gorge, n'est jamais par elle-même une opération grave, et qu'elle ne devient telle que par les circonstances morbides dans lesquelles on la pratique; enfin il veut, dans tous les cas, que l'opération soit faite de bonne heure.

« L'opération, dit-il en parlant de son emploi dans l'esquinancie inflammatoire, peut devenir inutile, uniquement parce qu'elle a été trop différée. Or, la maladie est de nature à ne permettre aucun délai : il n'y en a pas qui fasse périr plus précipitamment; tout le monde en convient. Pourquoi donc ne pas faire de l'opération, qu'on regarde comme l'unique ressource dans les cas extrêmes, le secours primitif, pour prévenir les accidents qui rendent quelquefois en peu d'heures la maladie désespérée? »

Cet essai historique de Louis sur les progrès de l'art concernant la trachéotomie, est depuis un siècle la source féconde où sont venus puiser tous ceux qui ont traité le même sujet. « Nul écrit, en effet, dit M. Lenoir, n'eut autant d'influence sur le développement de l'opération, ne contribua plus à en étendre la pratique, et à en vulgariser l'étude; érudition forte et choisie, richesse de fond, élégance de style, tout s'y trouve réuni; et jamais peut-être le célèbre secrétaire n'avait donné à un travail un cachet plus marqué de son grand jugement et de son vaste savoir. »

Le souvenir que nous venons de rappeler du mémoire de Louis le fait assez voir; c'est surtout la trachéotomie

comme opération possible, innocente même, que le savant chirurgien veut remettre en honneur. Les indications de son emploi ressortent des faits historiques sur lesquels il s'appuie, mais ne l'occupent pas d'une manière spéciale : c'est bien contre les maux de gorge, contre l'esquinancie inflammatoire, qu'il conseille avec chaleur l'opération; mais il ne discute point les cas qui, en dehors d'une asphyxie imminente, doivent la rendre favorable ou compromettre son usage. D'ailleurs, c'est la pratique de l'opération plus que son application qui en est cause à ses yeux. Le croup, déjà connu des anciens, connu de Louis, comme il serait facile de le démontrer, n'était point encore venu, décoré d'un nom nouveau, sommer la trachéotomie de répondre aux promesses de son apologiste, et convaincre d'impuissance l'opération imparfaite; et celle-ci, attaquée par des détracteurs isolés, ne s'était point encore vue condamnée et proscrite devant tout un aréopage.

Cette triste expiation de son inexpérience et de ses revers, elle devait la trouver dans le concours mémorable de 1809.

On sait que le jeune fils du roi de Hollande étant mort du croup (1), malgré les secours de l'art les mieux combinés, Napoléon, vivement affecté de cette perte qui lui enlevait, disent les mémoires du temps, un héritier adoptif, signa, le 4 juin 1807, de son quartier général de Finckenstein, un décret impérial par lequel était ouvert aux médecins de tous les pays, et avec un prix de 12,000 francs pour le vainqueur, un concours sur la nature du croup et

(1) Washington et l'impératrice Joséphine sont morts du croup (Béclard, Bretonneau).

sur les moyens de le guérir. C'était l'humanité tout entière qu'il s'agissait de servir, et, pour atteindre ce but, on convoquait pour ainsi dire les lumières de tout le monde civilisé.

Le concours dura deux ans; près de cent mémoires furent envoyés, plus de soixante-dix furent admis, cinq seulement partagèrent les honneurs du triomphe. Ajoutons encore que le concours fermé, la commission des juges, parmi lesquels on comptait des hommes comme Pinel, Portal et Corvisart, se réunit pendant deux ans aussi, et que ce n'est qu'en 1811 qu'on apprit par l'organe impartial de Royer-Collard, son rapporteur, les noms des auteurs couronnés (1).

Si j'entre dans ces détails, c'est pour mieux faire comprendre l'importance de la question et la grandeur de la pensée de celui qui l'avait conçue : déterminer la nature du croup et en indiquer le remède, c'était dans de pareilles recherches, faites par les hommes les plus éclairés, que la trachéotomie devait rencontrer une victoire; elle n'y trouva que sa défaite. Voyons comment.

Nous pouvons nous faire une idée de l'esprit général du concours de 1809, par le rapport justement célèbre de Royer-Collard, que la rare précision et la sévère impartialité de son analyse doivent faire regarder comme le représentant le plus fidèle et le plus complet de la science de cette époque sur le croup. Il résulte de ce rapport, que les savants qui se distinguèrent dans le concours, entraînés,

(1) Le prix fut partagé entre Jurine de Genève et Albers de Bremen; des mentions honorables furent accordées à Vieusseux, Caillau et Double.

d'un côté, par la théorie à voir les causes de la gravité du croup ailleurs que dans les lésions matérielles des voies aériennes, et ne voyant, de l'autre, dans la trachéotomie, qu'un moyen d'enlever un obstacle à la respiration, et non de porter sur les organes un traitement topique, furent conduits non-seulement à remettre en doute l'opportunité de l'opération, mais à en rejeter la pratique dans le croup d'une manière presque définitive.

Et, en effet, comment, si le croup consiste, ainsi qu'ils l'annoncèrent, dans une inflammation spéciale du canal respiratoire, caractérisée surtout par un élément essentiel, le spasme, sans que les fausses membranes en soient autre chose qu'un élément secondaire et le moins dangereux; comment, dis-je, la trachéotomie, en supposant qu'elle pût toujours arriver à la fausse membrane et l'extraire, pourrait-elle empêcher sa reproduction, prévenir son extension dans les parties inférieures de l'arbre aérien et l'engorgement pulmonaire qui en est la suite inévitable? Comment, d'ailleurs, serait-elle un obstacle au retour périodique des accès de suffocation, dont l'existence révèle assez celle d'un agent caché, insaisissable, le spasme, cause suprême de la mort? Et ne voit-on pas plutôt que pratiquer la trachéotomie dans le croup, c'est ajouter un mal nouveau à un mal déjà existant, que c'est tout au plus détruire un effet sans attaquer la cause, et, comme dirait Stahl, saisir le corps de la maladie sans en atteindre l'âme?

Ainsi, nous le voyons, le croup et la trachéotomie marchent dans la voie du progrès d'un pas inégal. Louis, de l'étude des anciens, conclut à la trachéotomie dans l'angine; mais il néglige de déterminer dans quelles circonstances il veut qu'on la pratique. Royer-Collard, de l'exa-

men des travaux qui lui sont soumis, conclut à la fatale souveraineté du croup devant l'opération, et au rejet de celle-ci; mais sa proscription ne repose que sur des faits épars et une expérience encore mal dirigée. L'ignorance, s'il est permis de prononcer ce nom devant de tels hommes, est la cause de l'omission de l'un et de l'exagération de l'autre : l'histoire des angines n'était point encore sortie du chaos du temps de Louis, et l'opération que nécessite le croup n'avait pas encore dit son dernier mot quand Royer-Collard écrivait dans le *Dictionnaire des sciences médicales* son grand et important article tout plein de la substance de son premier travail.

Cependant le jugement porté sur la trachéotomie par le rapporteur du concours Napoléon, et les idées qui l'avaient motivé, reçurent de l'opinion publique une telle autorité, que c'est à peine si, pendant l'espace de dix à quinze ans, quelques tentatives isolées, quelques faits malheureux, vinrent inutilement protester contre la légitimité de l'arrêt; ce ne fut qu'en 1826 que M. Bretonneau osa, selon l'expression de M. Trousseau, en appeler ouvertement.

Enhardi par le succès inespéré d'une opération pratiquée, dans un cas de croup grave, sur l'une des plus jeunes filles du comte de Puységur, qui avait déjà perdu trois autres enfants enlevés par la même maladie, il publia son beau *Traité de la diphthérie*. Donnant dans cet ouvrage un nouveau développement aux idées déjà émises par lui dans plusieurs mémoires, et menant de front le croup et la trachéotomie, il prouva : 1° que le croup ou diphthérie ne différait point, par sa nature, des autres angines membraneuses; 2° qu'il était constitué par une inflammation

spéciale du tissu muqueux du larynx et de la trachée; 3° que son caractère essentiel et pathognomonique consistait dans la production pellucidaire qui rétrécit les organes de la respiration; 4° enfin, que le spasme, impossible à comprendre avec la structure solide et résistante de ces organes, n'était qu'un symptôme dépendant de l'obstacle mécanique opposé à la respiration par les fausses membranes; et, comme conséquence immédiate de ces propositions qu'il établit d'une manière victorieuse, il conclut qu'on devait pratiquer la trachéotomie non-seulement pour donner passage à l'air et extraire les fausses membranes, mais surtout pour modifier par des substances propres la muqueuse bronchique altérée. Il réfuta la plupart des objections faites à l'opération; et « c'est les faits à la main, dit M. le docteur Gromier, dont j'aime à citer ici la thèse inaugurale, qu'il eut la gloire de prouver par des guérisons la nécessité et l'importance de la trachéotomie. »

M. Bretonneau avait largement ouvert la carrière : six succès sur vingt opérations toutes entreprises dans des cas désespérés, sont le témoignage éclatant de son heureuse persévérance. D'autres vinrent, après lui, confirmer par de nouveaux faits les résultats qu'on pouvait attendre de la trachéotomie dans le croup; mais nul ne suivit cette voie avec autant d'éclat que M. le professeur Trousseau. Il perfectionna les procédés de l'opération, insista sur l'importance du traitement consécutif, et le premier, après Louis, il posa ce grand principe, que, pour réussir, il faut opérer de bonne heure. Et si aujourd'hui, sur plus de cent trente malades atteints du croup et opérés, la plupart à la dernière extrémité, il peut compter jusqu'à vingt-huit

enfants qui lui doivent la vie, il lui faut faire honneur et savoir gré de son courage, qui lui a permis de supporter tant de revers pour obtenir tant de succès.

On sera sans doute étonné de nous voir applaudir à de pareilles chances dans une opération ; mais on cessera de l'être, quand on se souviendra que le croup, arrivé à l'époque où l'on a recours d'ordinaire à des moyens sanglants, est une maladie constamment mortelle, et que ceux qu'on parvient alors à sauver sont autant de victimes arrachées à une mort inévitable.

On pourrait croire, par le tableau que nous venons de faire du développement de la trachéotomie, de son emploi souvent répété et de ses succès, qu'il ne reste plus de doute dans l'esprit, et que l'opération, justifiée par les faits, ne doit rencontrer nulle part ni obstacles, ni détracteurs. Il n'en est rien.

Cette question, *Faut-il, oui ou non, pratiquer la trachéotomie dans le croup*, après des épreuves souvent renouvelées, n'a reçu des faits qu'une solution incomplète ; elle est toujours en litige devant la raison commune, et malgré les débats contradictoires qu'elle a tant de fois provoqués, bien des esprits en suspens attendent encore une décision définitive. Les uns, ne considérant que les obstacles matériels de la trachéotomie, et leur attribuant tous les insuccès qui l'accompagnent, la rejettent jusqu'à ce que des moyens plus simples et plus sûrs leur permettent de l'entreprendre sans danger ; les autres, voyant dans le croup une maladie essentielle au-dessus des ressources d'une opération, la repoussent dans tous les cas, sans prendre garde aux résultats déjà obtenus, qu'ils contestent ou ne veulent pas voir ; d'autres enfin, les plus insoucians et les plus nom-

breux, ne jugent que par l'histoire : mais y trouvant tant d'opinions contraires, ils se hâtent de conclure sans examen que la question n'est point encore vidée, et veulent, pour asseoir leur jugement et leur pratique, que le temps ait prononcé. Ainsi les opinions sont ébranlées, mais non remplacées par des convictions nouvelles : si l'on ne dit plus que l'opération est presque un crime ; si on avoue qu'elle est praticable sans être une cause directe de mort ; si on croit même qu'elle peut, dans certaines circonstances, enlever au croup quelques malheureuses victimes, on la voit, d'un autre côté, hérissée de tant de difficultés, son traitement consécutif réclame tant de précautions minutieuses, et est accompagné, après tout, de si rares succès, que, les yeux fixés seulement sur les revers et sur la responsabilité dont on se charge, on attend, on hésite, on attend encore, et quand le mal, grandissant toujours, a centuplé les dangers, on opère sans espérance, ou bien, détournant la face, on laisse lâchement périr le malade.

Cependant, fut-il jamais, je le demande, d'opération qui réclamât plus de promptitude et de sûreté ? Ordinairement pratiquée comme une ressource extrême, alors que la vie s'éteint faute d'air, eut-on jamais besoin d'un procédé plus rapide pour alimenter la respiration d'une façon supplémentaire ? Et l'on se demande avec intérêt, s'il n'y aurait pas un moyen sûr de concilier la prudence avec la célérité, sans augmenter les difficultés de l'opération ; si, en un mot, on ne pourrait pas satisfaire plus complètement au moins aux deux premiers termes de ce vieil adage de toute pratique chirurgicale, *tutò, citò et jucundè*. Eh bien, ces recherches qui simplifient la trachéotomie et qui justifient son emploi ont été faites, on a produit des procédés nou-

veaux et des instruments d'un usage facile ; on a montré que la trachéotomie était par elle-même sans danger et que les insuccès de l'opération, indépendants de l'opération elle-même, étaient liés moins à la gravité de l'affection générale qui produit le croup, qu'à la lésion locale qui constitue celui-ci ; qu'enfin l'opération était le plus sûr moyen de guérir, mais que pour arriver à ce résultat, il fallait opérer de bonne heure, et que si la trachéotomie avait tant de revers, c'est qu'elle était le plus souvent pratiquée à une époque où l'asphyxie lente qui dépend de la dyspnée et du rétrécissement du canal respiratoire par les fausses membranes, avait fait des progrès irrémédiables et que la vie, épuisée en quelque sorte dans sa source, ne recevait de l'ouverture artificielle de la trachée qu'un réveil éphémère, pour s'éteindre bientôt après d'une manière définitive.

Tous ces faits ont été démontrés ; nous-mêmes, dans notre thèse, nous sommes entrés dans cette voie de progrès en apportant notre faible part de faits et d'idées. Cependant la question n'est point arrivée à son terme. Pourquoi cela ? C'est qu'une pensée isolée reste longtemps en germe ; c'est que la trachéotomie, dans le croup, n'est point encore revêtue de ce caractère d'autorité que donne l'opinion. Elle a bien çà et là quelques généreux défenseurs, quelques partisans zélés, mais elle ne possède pas l'assentiment unanime qui, dans la pratique, élève le précepte d'une opération à la hauteur d'une loi.

Conteste-t-on aujourd'hui la valeur de la taille ou de la lithotritie dans la maladie de la pierre ? celle du débridement dans la hernie étranglée ? celle de la paracentèse dans l'hydropisie abdominale, etc ? Non certainement. C'est que ces opérations ont été éprouvées par le temps, et en ont reçu

la sanction. La trachéotomie, dans le croup, doit subir les mêmes épreuves, jusqu'à ce que le temps aussi, la mettant hors de cause, en consacre l'utilité pour toujours.

OBSERVATIONS

SUR L'EMPLOI THERAPEUTIQUE

DE L'ALCALI VOLATIL FLUOR

(AMMONIAQUE LIQUIDE)

CONTRE LA COQUELUCHE;

Par le docteur LEVRAT-PERROTON, médecin titulaire de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon, membre correspondant de la Société de médecine de Paris.

Imprimées par décision de la Société.

La coqueluche est une de ces maladies obscures sur lesquelles on a débité une foule de théories plus ou moins spécieuses les unes que les autres, et pour la combattre on a rassemblé et proposé tour à tour des agents thérapeutiques rationnels ou empiriques nombreux, qui, il faut en convenir, ont bien rarement satisfait l'attente du praticien. Cette maladie, dis-je, est du nombre de celles qui appellent à elles les constantes et graves méditations des maîtres de la science. Un jour viendra peut-être où ces hommes de génie fixeront l'opinion des médecins sur la nature de la coqueluche, son étiologie, etc., ainsi que tant d'autres maladies sur lesquelles on a écrit force hypothèses. Quant à nous,

humble disciple de l'école éclectique, nous nous bornerons ici à n'observer que des effets dont les causes nous sont encore inconnues, et à rechercher les moyens propres à modifier ou détruire ces mêmes effets. Les observations suivantes n'auront donc pas d'autre but que de faire connaître les avantages qu'on peut obtenir de l'usage de l'alcali volatil fluor (ammoniaque liquide) contre la coqueluche.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Un enfant de 18 mois, encore allaité, est atteint d'une coqueluche si violente qu'après chaque quinte surviennent des convulsions effrayantes. Le 15 février 1839, les convulsions sont tellement fortes qu'on désespère un moment des jours du petit malade. Des sinapismes sont apposés sur tous les membres ; des frictions éthérées sont pratiquées sur tout le corps et notamment sur la tête. Ces moyens ne procurent aucun soulagement prompt. Témoin de cette scène affligeante, qui dura plus d'une heure, je conseillai sans trop de confiance quatre sangsues à chaque bras sur la face antérieure de l'articulation cubito-humérale et de faire prendre par cuillerée d'heure en heure, aussitôt que le malade pourrait avaler, la potion composée comme ci-après :

℥ : Eau distillée de laitue ,	125 grammes.
— de fleurs d'oranger,	8
Sirop de pivoine ,	30
— de belladone ,	8
Alcali volatil fluor ,	6 gouttes.

Mélez.

Je quittai le pauvre petit enfant dans la soirée avec la douloureuse pensée que le lendemain matin on viendrait m'annoncer sa mort ; mais heureusement il n'en fut point ainsi , on vint au contraire me dire qu'il avait bien passé la nuit , en me priant de lui continuer mes soins ; en effet , à ma visite du 16 au matin , je le trouvai beaucoup mieux que les jours précédents. Les quintes de toux , devenues moins fréquentes et plus courtes , ne sont point suivies de convulsions. L'état de cet enfant s'est amélioré de jour en jour sous l'emploi soutenu de la potion alcaline , et le 10 mars il est en pleine convalescence. A cette date , la toux devenue très-rare n'est plus que celle d'un simple catarrhe bronchique qu'on abandonne au régime et aux forces médicatrices de la nature.

Un tel succès devint pour moi un enseignement précieux ; car , j'avais jusqu'ici presque toujours vu périr , dans ma pratique , les enfants atteints de coqueluche chez lesquels les quintes de toux avaient amené un raptus cérébral. Je me promis donc de le mettre à profit pour tous les cas de coqueluche que j'aurais ultérieurement occasion d'observer. C'est ce que j'ai fait , et les observations suivantes sont venues corroborer de plus en plus les heureux effets de cette médication.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Adèle Las , âgée de 6 ans , valétudinaire depuis plusieurs mois , à la suite d'un engorgement des glandes mésentériques , est prise , dans le courant de l'automne de 1842 , d'une coqueluche dont les quintes d'abord légères de-

viennent bientôt très-intenses et sont suivies de congestion cérébrale avec convulsion et perte de connaissance. Pendant les premiers jours on a recours à des boissons pectorales usitées en pareil cas ; des vésicatoires sont simultanément placés sur les membres inférieurs. Cette médication qui est suivie sans avis de médecin, n'ayant amené aucun changement salutaire dans la position de la petite malade, je suis appelé à la voir dans une crise plus forte que celles qu'elle a éprouvées précédemment. Je la trouvai sans connaissance, les yeux tournés en haut, la figure vultueuse ; contracture des membres ; le pouls fréquent et peu développé. Je combattis l'état actuel par des sinapismes sur les membres abdominaux et l'application d'une grosse sangsue à chaque bras, (*à la saignée*). Le raptus cérébral céda à ces moyens externes, et aussitôt que la malade put avaler, je conseillai de faire passer par cuillerée de temps en temps la potion formulée dans l'observation n° 1. Les heureux effets produits par cette potion se firent peu attendre, et après quelques jours de son usage, les quintes de toux étaient devenues rares et courtes, sans complication fâcheuse. Enfin, la potion alcaline est continuée par cuillerées, à des intervalles de plus en plus longs à mesure que la malade va mieux, et on y renonce tout-à-fait au bout de quinze jours environ.

Cette petite malade est envoyée à la campagne où elle est mise à l'usage du lait de chèvre pendant un mois et demi. Cette frêle constitution, détériorée depuis fort longtemps, s'est beaucoup améliorée ; son ventre s'est affaissé, les fonctions digestives s'opèrent mieux que par le passé,

et tout fait espérer que la santé de cette petite fille se rétablira parfaitement.

TROISIÈME OBSERVATION.

Cécile B., âgée de 4 ans environ, rentrée de nourrice chez ses parents depuis quelques mois, est prise d'une toux de coqueluche qui est accompagnée à son début d'un peu de fièvre, avec perte de l'appétit, trouble du sommeil, soif. Le quintes deviennent fréquentes et longues au bout de quelques jours, et menacent chaque fois la petite malade de suffocation. A ma première visite, je conseille la tisane béchique édulcorée avec du sirop de violettes; ce dernier est aussi donné par petites cuillerées; un vésicatoire est posé au bras gauche. Le lendemain, nul changement dans la prescription de la veille, à laquelle on ajoute seulement l'usage de la potion alcaline de l'observation n° 1. Cette médication est suivie pendant quelques jours, et procure assez promptement une grande sédation dans les quintes de toux. Enfin, cette amélioration fait des progrès et la guérison est bientôt venue couronner les efforts de cette médication.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Une petite fille de 30 mois, habitant un des quartiers salubres de notre ville, est prise, sans causes connues, d'une toux pénible, avec fièvre; pouls fréquent, chaleur de de la peau; respiration laborieuse, céphalalgie sus-orbitaire très-intense, etc. Cet état franchement aigu est aussitôt combattu par des boissons émoullientes gommées et

sucrées; un looch blanc avec addition de 8 grammes de belladone; et enfin, une grosse sangsue est appliquée sur la face antérieure de l'articulation cubito-humérale de chaque bras. Les symptômes angiothéniques cèdent assez promptement au traitement que nous venons de relater; mais la toux dégénère en véritables quintes de coqueluche très-longues, et pendant lesquelles il y a une turgescence des capillaires de la face tellement considérable qu'elle fait craindre une congestion cérébrale et tous les accidents qui en dérivent. Les boissons pectorales variées et édulcorées avec du sirop de mou de veau, employées conjointement avec la potion alcaline de l'observation n. 1, forment à peu près la base du traitement de cette nouvelle maladie, et le résultat a été le même que pour les trois cas précédents, c'est-à-dire que la guérison a été fort prompte.

Je m'arrête à ces quatre observations. Cependant, je pourrais en produire un grand nombre et même faire un volume assez épais sur la coqueluche; mais, à force de répéter des faits qui ont entre eux tant de ressemblance, ces répétitions ennuient le lecteur et ne servent bien souvent ni les intérêts de la science, ni ceux de l'humanité: « *Melius est sistere gradum quàm progredi per tenebras.* » *Gaubius*. Si maintenant mes confrères obtiennent, comme je l'espère, du succès dans l'emploi du remède que je leur propose contre la coqueluche, je m'estimerai heureux d'avoir eu la pensée de livrer ces quelques lignes à la publicité.

DU SARCOCÈLE

ET DE

L'OPERATION DE LA CASTRATION,**A PROPOS DE L'EXTIRPATION D'UNE TUMEUR CANCÉ-
REUSE DÉVELOPPÉE DANS LES ENVELOPPES DES
VAISSEAUX SPERMATIQUES ;****Par Ant. BOUCHACOURT,**

Chirurgien en chef désigné de la Charité de Lyon.

Il importe, non seulement au point de vue du diagnostic anatomique, mais aussi sous le rapport du traitement et en particulier du traitement opératoire, de distinguer avec soin les unes des autres les diverses tumeurs qui ont été confondues sous le terme générique de sarcocèle. Et de même que l'épanchement séreux qui a reçu le nom d'hydrocèle peut se faire dans le tissu cellulaire sous-cutané des bourses, dans la tunique vaginale et le tissu cellulaire du cordon, la matière cancéreuse peut se déposer dans la peau et les autres enveloppes du scrotum, envahir le testicule et l'épididyme, enfin s'accumuler dans le tissu cellulaire qui environne les vaisseaux et les nerfs spermatisques. Dès lors, on comprend que la nécessité de pratiquer la castration ne soit point une conséquence inévitable de tout sarcocèle, que la maladie du testicule réclame seule d'une manière

absolue cette opération ; tandis que, dans les deux autres cas, lorsque l'affection a pour siège les bourses ou le cordon, il est permis et il est même prescrit de tenter la conservation du testicule, en enlevant la tumeur jusque dans ses dernières racines. L'observation qu'on va lire, relative à une tumeur du cordon spermatique, nous permettra d'établir pratiquement la valeur de ce précepte.

Tumeur cancéreuse du cordon spermatique : extirpation, inflammation suppurative, guérison.

Obs. Le nommé Gabriel Michu, âgé de 37 ans, né à Saint Romain (Isère), d'une forte constitution, d'une taille élevée, et d'un tempérament bilieux, employé au travail des bitumes, est entré le 9 novembre 1843 à l'Hôtel-Dieu de Lyon, et couché au n^o 65 de la salle Saint-Louis. Cet homme nous raconte qu'il y a 5 ans, faisant un violent effort pour soulever un poids considérable, il éprouva une sensation de piqûre très-vive dans le trajet du cordon des vaisseaux spermatiques du côté gauche. Quatre ou cinq jours après, il s'aperçut du développement d'une petite tumeur douloureuse du côté correspondant du scrotum. Son volume augmenta progressivement, ce qui décida le malade à consulter un chirurgien au bout de 2 ans. M. Bonnet proposa l'extirpation, à laquelle le malade ne voulut pas encore se décider. Il fit quelques remèdes insignifiants, et s'est enfin décidé à venir suivre les conseils qu'on lui donnera à l'Hôtel Dieu. Voici dans quel état je trouvai le malade le 20 novembre.

Il existe à la partie supérieure et au côté gauche du

scrotum, une tumeur, de la forme et du volume d'un gros œuf d'oie. Cette tumeur, sans adhérence avec la peau, appartient à la gaine du cordon, et se distingue très-nettement en bas du testicule qui la touche, et qui se trouve refoulé par elle plus bas que dans l'état ordinaire. En haut, elle s'isole du cordon des vaisseaux spermatiques qui passent derrière elle, s'en sépare beaucoup plus difficilement et beaucoup moins nettement.

Le côté droit du scrotum est sain aussi bien que le testicule et ses enveloppes, la maladie paraît exactement bornée au côté gauche. Au reste, le testicule gauche, bien que diminué de volume et confondu à sa partie supérieure avec la tumeur, peut être distingué et isolé. L'exploration du pli de l'aîne de ce côté et le toucher du ventre ne font reconnaître aucun engorgement dans les ganglions lymphatiques. La santé générale du malade est assez bonne, sa peau a une teinte bilieuse qui n'a rien de la couleur caractéristique de la cachexie cancéreuse ou autre. Pour acquérir des notions plus complètes sur la nature de cette tumeur, bien que je n'y soupçonnasse nullement la présence d'un liquide, j'y fis une ponction exploratrice avec un trois-quarts qui ne donna issue qu'à un peu de sang.

Ce malade, depuis son entrée à l'hôpital et à d'autres époques, avait pris un grand nombre de bains, avait fait des frictions sur la tumeur avec la pommade d'iodure de potassium, la recouvrant de cataplasmes émollients sans obtenir la moindre amélioration. Je me décidai à recourir à l'ablation, que je pratiquai le 25 novembre 1843. Une longue incision suivant la direction du cordon, partant à deux travers de doigt au-dessus du pli de l'aîne et se terminant

à la même distance de la partie inférieure du scrotum, mit à nu la tumeur qui était entourée, indépendamment des enveloppes du cordon, par une couche de tissu cellulaire condensé assez ferme. Derrière elle rampait, en décrivant des sinuosités très-prononcées, le cordon des vaisseaux spermatiques qui lui adhérait par un tissu cellulaire lâche qu'il fut possible de détacher en partie par énucléation: quelques coups de ciseaux achevèrent de détruire les adhérences de la tumeur malgré le plus grand soin et la plus grande attention. La tunique vaginale fut ouverte à sa partie supérieure, ce qui permit de constater qu'elle était parfaitement saine. Cette opération qui ne fut pas longue, fut supportée par le malade avec le plus grand courage. A peine le pédicule nervoso-vasculaire qui supportait la tumeur fut-il libre, que nous le vîmes manifestement se retirer vers le ventre, et s'il est permis d'établir le rapprochement, à la manière d'un serpent qui rentrerait dans la terre. Deux ou trois artères furent liées, la plaie fut lavée et le sang étanché avec beaucoup de soin; je réunis par 6 à 7 points de suture entortillée, que je recouvris de linge percillé enduit de cérat, et d'un plumasseau de charpie; le tout porté par un suspensoir.

Le malade fut reporté à son lit, mis à la diète, et prit toutes les heures une cuillerée à bouche d'une potion avec 20 gouttes de laudanum.

Examen de la tumeur : son volume égale à peu près celui du poing d'un enfant de 10 ans, son poids est de 240 grammes environ; elle est bosselée, mais lisse et sans inégalité; elle est formée par une membrane fibro-celluleuse dans laquelle se ramifient beaucoup de vaisseaux; par une trame

fibreuse d'un blanc jaunâtre très-compact, au milieu de laquelle se trouve comme infiltrée une substance amorphe plus molle, traversée par un certain nombre de vaisseaux ; certains points sont ramollis et d'un rouge plus foncé ; mais, en général, son tissu est plutôt dur que mou.

Les jours qui suivirent l'opération ne furent pas sans orage : il se fit le soir même un épanchement de sang considérable, soit au niveau de la plaie, soit dans le tissu cellulaire du scrotum, ce qui porta bientôt la tuméfaction à un énorme degré. La douleur, la chaleur, l'accélération du pouls, tout annonçait le développement d'une vive inflammation locale et d'une réaction générale intense. Je fis pratiquer une forte saignée le lendemain ; le sang était très couenneux : les épingles furent peu à peu toutes retirées, et pour prévenir la gangrène, je sacrifiai les chances d'une réunion par première intention sur laquelle, il faut bien le dire, je ne comptais déjà plus. L'inflammation prit bientôt le caractère suppuratif, d'énormes caillots furent détachés à l'aide de lotions tièdes, tous les jours dans chaque pansement. Une énorme quantité de pus inonda bientôt les pièces de l'appareil et s'écoulait chaque fois qu'on le renouvelait. Nous prîmes le plus grand soin à empêcher son séjour, soit dans la tunique vaginale, soit dans les nombreuses anfractuosités de la plaie. Celle-ci finit par se resserrer : des bourgeons charnus de bonne nature s'élevèrent de sa surface ; ses bords se rapprochèrent, et enfin vers le commencement de janvier, il ne restait plus qu'une plaie superficielle, longue à peine de 10 centimètres, qui devait bientôt être complètement fermée. Le malade demanda et obtint sa sortie le 6 janvier, 42 jours après l'opé-

ration. Je lui avais fait préalablement établir un cautère au bras gauche, et depuis plusieurs jours, il faisait usage d'une potion avec l'extrait de kina et le vin d'Espagne ; les pansements se faisaient avec une forte décoction de kina. Le malade mangeait de la soupe avec un peu de viande. Les forces commençaient à revenir. J'ai revu ce malade depuis sa sortie: la guérison s'est confirmée et ne s'est pas démentie.

RÉFLEXIONS.

La tumeur que portait cet homme rentre par sa nature dans les matières déjà décrites, et bien étudiées par les auteurs modernes : elle appartenait à la transformation squirrheuse et encéphaloïde, et ne pouvait disparaître qu'à la condition d'être enlevée complètement. A. Cooper, dans son traité si remarquable d'ailleurs, des maladies du testicule, exclut à dessein les maladies du cordon spermatique, et ne mentionne même pas l'altération squirrheuse ou cancéreuse. Sans doute que ce fait n'avait pas échappé à l'immense expérience du chirurgien anglais, peut-être l'avait-il décrit ou indiqué ailleurs : je n'en ai pas connaissance.

Je n'ai pu être guidé non plus par les préceptes relatifs à la castration que renferme le traité de médecine opératoire de M. Velpeau (dernière édition, 1834) ; je me suis laissé conduire par l'analogie et de bonnes données anatomiques : je n'ai pas eu lieu de me repentir.

En terminant, je fixerai l'attention 1° sur le siège de la tumeur, ses relations celluleuses, et la laxité de ces mêmes connexions, ce qui a permis de l'enlever en ménageant les parties importantes avec lesquelles elle était en rapport.

2° Sur l'allongement excessif du cordon tirailé par la tumeur et sa réascension dans l'abdomen, au moment où ce poids lui fut enlevé.

3° Sur l'état sain du testicule et de la tunique vaginale qui permit de ménager et de conserver la glande et l'épididyme.

4° Sur les inconvénients de la suture, à laquelle je n'aurais pas recours, si pareil cas se représentait.

5° Enfin sur les bons effets du traitement antiphlogistique immédiatement après l'opération, [au moment où la réaction inflammatoire était portée à son maximum, et l'heureuse influence du traitement tonique, soit local, soit général, tel qu'il fut continué plus tard.

ÉTUDES PRATIQUES

SUR

L'AFFECTION SCROFULEUSE CHEZ LES ENFANTS,

PAR M. GUIET,

Docteur en médecine, ancien interne de l'hôpital des Enfants-Malades,
membre de la Société anatomique de Paris.

(Suite) (1).

§ II. ABCÈS.

Les abcès symptomatiques de l'affection scrofuleuse sont d'une fréquence extrême chez les enfants. On les voit

(1) Voir la *Revue médicale* du mois d'avril dernier, page 528.

apparaître à toutes les époques de la vie extra-utérine, jusqu'à la puberté, époque à laquelle souvent tous les symptômes de la scrofule disparaissent d'emblée, par suite des changements organiques nombreux qui se développent alors.

Ces abcès sont de plusieurs ordres, quoique toujours invariablement liés à la même cause. Les uns se développent dans le tissu cellulaire ; ce sont les abcès scrofuleux froids proprement dits ; les autres résultent de la fonte, ou du ramollissement des tumeurs tuberculeuses. Ceux-ci sont symptomatiques d'une carie ou d'une nécrose scrofuleuse et se montrent à l'endroit même où ces altérations existent. Ceux-là, enfin, sont symptomatiques de lésions osseuses variées, et viennent se manifester à un endroit plus ou moins éloigné du foyer primitif du mal.

Nous admettons donc quatre espèces d'abcès symptomatiques de l'affection scrofuleuse.

1. Abcès scrofuleux froids ;
2. Abcès tuberculeux ;
3. Abcès symptomatiques d'une carie ou d'une nécrose voisines ;
4. Abcès symptomatiques d'une altération osseuse éloignée, *abcès par congestion*.

Nous allons jeter un coup d'œil rapide sur la marche de ces abcès, puis nous examinerons ce qu'il faut faire dans leur traitement ; à quelle époque et comment il importe de les ouvrir.

1. *Abcès scrofuleux froids*.—Ces abcès sont assez fréquents dans l'enfance, moins fréquents pourtant que les abcès tuberculeux. Ils apparaissent le plus souvent sans cause appréciable ; quelquefois cependant l'on accuse un coup, une

chute de les avoir produits. Dans quelques circonstances, comme on pourra le voir dans une observation que nous citerons tout-à-l'heure, c'est la pression d'un corps dur qui paraît en être la cause; il est rare qu'il ne s'en montre pas plusieurs à la fois. Dans la grande majorité des cas, ces abcès se forment lentement, sans chaleur ni douleur, ni changement appréciable à la peau; enfin, à une époque plus ou moins éloignée de leur apparition, à une époque où depuis longtemps la fluctuation est évidente, la peau rougit, s'ulcère, et le pus fuse au dehors. Quelquefois ces abcès restent fistuleux; mais le plus souvent ils se ferment assez promptement, surtout quand on a le soin de les ouvrir avec le bistouri. Dans quelques circonstances, chez les enfants surtout, ces abcès ont une marche plus rapide, ils se succèdent avec une rapidité effrayante. On croirait presque à des abcès sub-aigus, n'était l'état général du sujet et l'aspect tuberculeux du pus.

2. *Abcès tuberculeux.* — La marche de ces abcès est absolument la même que celle des abcès scrofuleux. Il y a seulement ici une différence essentielle, qui empêche de pouvoir les confondre; c'est que les abcès dont nous parlons succèdent toujours à une masse tuberculeuse, laquelle masse tuberculeuse a été à l'état crû pendant un certain temps. Dans les premiers, en effet, l'on pourrait dire que la matière tuberculeuse, infiltrée dans le tissu cellulaire, s'est lentement réunie en foyer; tandis que les seconds ne sont qu'un des modes de développement du tubercule, qui ne suppure pas inévitablement. Dans ces deux ordres d'abcès, le pus offre des caractères particuliers; il est séreux, mêlé à des flocons albumineux; il est assez analogue

à du petit lait dans lequel flotte du lait caillé. Cette particularité est caractéristique, et appartient à tous les abcès scrofuleux.

3. *Abcès symptomatiques d'une carie ou d'une nécrose scrofuleuse voisine.* — Ces abcès sont tellement fréquents dans nos salles de chirurgie, que presque tous les abcès qui y sont traités tiennent à cette cause. Ils peuvent se développer dans la continuité des membres, ou bien au voisinage des articulations affectées de ces maladies complexes, qu'on a désignées sous le nom de tumeurs blanches.

Dans ce cas, les abcès ne se montrent qu'à une période déjà avancée de la maladie, et le chirurgien a prévu leur formation par les progrès incessants de l'affection de l'articulation qu'il a reconnue, et qu'il traite depuis longtemps.

Mais il n'en est pas toujours ainsi : et voici ce qui s'offre souvent à l'observation.

Un enfant n'a offert que des symptômes légers de l'affection scrofuleuse, symptômes que quelques médecins même regardent comme insignifiants, parce qu'ils n'ont pas été appelés, par la direction de leurs études médicales, à en comprendre la portée et la signification. Ainsi, il a eu des maux d'yeux, des éruptions dartreuses, des glandes au cou, comme on dit. Cet enfant fait une chute ou reçoit un coup léger; alors le membre s'engorge, il se forme un abcès qui a tous les caractères des abcès aigus. L'ouverture en est pratiquée et donne issue à du pus phlegmoneux d'assez bonne nature; mais au lieu de se refermer, comme dans les abcès aigus francs, la plaie reste fistuleuse; le périoste se décolle, s'enflamme; l'os se carie ou se nécrose,

le pus devient séreux, fétide, et la guérison se fait attendre un ou deux ans même. Voilà ce que nous voyons tous les jours à l'hôpital des Enfants; aussi ne se laisse-t-on pas prendre aux apparences aiguës que revêtent parfois ces maladies.

D'autres fois, la marche de ces abcès est bien plus lente, une douleur obtuse se fait sentir ordinairement avant leur formation, dans le point malade. L'os était déjà affecté. Peu à peu le périoste et la peau qui le recouvre participent à la maladie. Tout cela se fait lentement, puis l'abcès une fois formé, s'ouvre et reste fistuleux comme dans le cas précédent, jusqu'à ce que la maladie de l'os ait été modifiée.

4. Abcès symptomatiques d'une carie tuberculeuse éloignée. Abcès par congestion. — Ces abcès sont de même nature que les précédents; ils en diffèrent seulement par ce seul fait, que le pus provenant d'une carie tuberculeuse des vertèbres ou des os du bassin, va faire issue loin du lieu où la maladie primitive existe, et apparaît, dans la grande majorité des cas, au côté interne et supérieur de la cuisse; quelquefois cependant aux lombes, plus rarement à la région fessière ou au périmée.

Ces abcès offrent ceci de remarquable, que la pression diminue leur volume, et les fait quelquefois disparaître; qu'ils ont été précédés de douleurs dans les différents points de l'épine; que souvent la pression exercée le long de la colonne vertébrale détermine une douleur vive dans un point circonscrit; que, depuis quelque temps, les petits malades ont des faiblesses dans les jambes; qu'ils

refusent de se tenir debout, et tombent quand on les met dans cette position; que quelquefois l'on trouve une déformation apparente à la vue et au toucher, ce qu'on nomme une gibbosité. Mais la plupart de ces signes, surtout le dernier, manquent quelquefois, quand la carie est peu avancée ou qu'elle réside en avant dans la partie superficielle du corps des vertèbres. Cependant, en interrogeant avec soin les parents sur les antécédents du petit malade, en soumettant à un examen minutieux la colonne vertébrale, l'on arrive le plus souvent à porter un diagnostic certain.

Voici pourtant un cas où l'erreur fut commise, et où l'on prit pour symptomatique d'une carie vertébrale, un abcès qui vint faire jour au-dessous du ligament de Fallope, et qui était le résultat d'une violence exercée à la région lombaire, violence qui avait produit une phlogose terminée par suppuration.

Nous résumerons les faits principaux de cette observation, trop longue pour que nous puissions la citer tout entière.

Obs. IV. Beaucolin (Jules), 11 ans, habituellement bien portant, entre à l'hôpital des Enfants le 14 décembre 1842. Cet enfant, disent les parents, n'a jamais eu de douleurs dans la colonne vertébrale. L'examen de cette colonne ne démontre aucune saillie anormale; vers le 7 novembre dernier, cet enfant descendit sur un bateau la petite rivière des Gobelins; il fit un effort violent pour sortir de ce bateau. Aussitôt il ressentit, dans la région lombaire droite, une douleur très-vive. Cette douleur continua pendant quelques jours, et l'on se borna, pour la combattre, à l'emploi des

cataplasmes émollients. A partir de cette époque, Beau-colin boita sensiblement.

A son entrée, la cuisse droite était pliée sur le bassin, elle ne pouvait être allongée qu'avec beaucoup de difficulté et de douleur. Une tumeur fluctuante, sensible à la pression, existait dans la fosse iliaque du même côté. Quelques jours après, vers le 13 janvier environ, le pus fusa sous l'arcade de Fallope, et vint faire saillie à la partie antérieure et supérieure de la cuisse. Cette nouvelle tumeur communiquait évidemment avec la tumeur iliaque, et l'on pouvait entièrement faire rentrer le pus dans le bassin. Nous crûmes à une carie vertébrale. Malgré ce pronostic fâcheux, l'on se décida à faire l'ouverture de l'abcès, qui donna naissance à une grande quantité de pus inodore et assez consistant; la pression sur le ventre favorisa sensiblement la sortie du pus. Le lendemain, il devint fétide, séreux; le malade fut pris des symptômes de résorption putride, de péritonite et de pneumonie, et succomba le 29 janvier. L'autopsie démontra un foyer communiquant des lombes à la partie supérieure de la cuisse au travers du psoas, sans aucune altération des vertèbres ni des os du bassin.

L'erreur était facile, comme on peut s'en assurer en lisant cette observation, que nous avons résumée le plus brièvement possible. Cependant on eût peut-être pu l'éviter, en appréciant rigoureusement les phénomènes qu'a présentés ce malade. Ainsi, jusqu'au mois de novembre 1842, cet enfant s'est toujours bien porté; il n'a jamais eu d'ophtalmie, de gourmes, de tubercules cervicaux; jamais il n'a accusé de douleurs spinales. Il est, en somme

bien constitué. A cette époque, il fait un effort violent, et sent dans la région lombaire une douleur très-aiguë. A partir de cet accident, il boite. Il est vrai de dire ici que les parents, interrogés si leur enfant boitait avant l'accident, répondirent d'abord négativement; mais, sur l'insistance qu'on mit à la même demande, ils dirent ensuite que ce pouvait bien être. Voilà un écueil dont il faut bien se garder. Quand on interroge les malades, en y mettant un peu d'insistance, on leur fait dire à peu près tout ce qu'on veut, surtout quand on est guidé par une idée préconçue. Voilà sans doute ce qui est arrivé dans cette occasion. Voyant que le chirurgien doutait de leur premier dire, les parents, pour lui faire plaisir, et peut-être pour faciliter l'entrée de l'enfant à l'hôpital, ont dit comme lui. Quoi qu'il en soit, cela doit mettre, jusqu'à un certain point, en garde contre les assertions des parents.

Rien donc, dans les antécédents de ce malade, ne donnait le droit de penser à une carie vertébrale. Il n'y avait que le siège de l'abcès et la coïncidence de sa rentrée dans le bassin qui pouvaient motiver ce diagnostic : d'où nous concluons qu'avec un examen plus réfléchi des symptômes présentés par le malade, nous aurions pu éviter l'erreur dans laquelle nous sommes tombés.

On comprend encore sous le titre d'abcès par congestion certaines collections purulentes qui, dans quelques coxalgies, fusent le long des muscles de la cuisse, et vont faire saillie à la partie moyenne ou inférieure de ce membre.

Quelles sont maintenant les règles à suivre dans le traitement de ces abcès? Ce que nous dirons aura trait aux trois premières catégories d'abcès que nous avons éta-

bles, les abcès par congestion demandant à être traités différemment.

Le plus souvent, ces abcès se développent lentement ; dans quelques circonstances même, la fluctuation est évidente depuis longtemps, et la peau n'a pas subi le moindre changement dans sa coloration ni sa texture. Quelques-uns pourtant, comme nous l'avons vu, affectent une marche plus ou moins aiguë. Pour ces derniers, rien n'empêche l'emploi des topiques émollients, des cataplasmes de farine de graine de lin ; il convient aussi de les ouvrir avec le bistouri aussitôt que la fluctuation est évidente.

Quant à ceux dont la marche est lente et chronique, et qui restent pendant des mois entiers stationnaires avant qu'un travail quelconque se manifeste à la peau, ceux-là supportent mal l'emploi des émollients. L'usage de pommades fondantes qui, dans certains cas, auront triomphé de collections purulentes bien constatées, ne nous paraît avoir d'autre inconvénient que son inutilité.

Quand le pus est ramassé en foyer, que la fluctuation est évidente, que la peau rougit, convient-il d'abandonner l'ouverture de ces abcès à la nature ? Non ; car la peau s'amincit de plus en plus, elle se décolle ; une ou deux ouvertures se forment ; le pus sort mal, et souvent les parois du foyer ont beaucoup de peine à se recoller, à cause du décollement et de l'amincissement de cette membrane. Ainsi donc nous donnons comme précepte formel d'ouvrir avec le bistouri tous les abcès compris dans nos trois premières catégories, aussitôt que la fluctuation est manifeste, sans attendre même pour quelques-uns que la peau participe à la maladie.

Quelques parents, craignant pour leurs enfants l'emploi de l'instrument tranchant, préfèrent attendre; quelques-uns aiment mieux la potasse caustique. Il faut objecter aux premiers qu'ils entendent mal les intérêts de leurs enfants; qu'en abandonnant ces abcès à la nature, il peut en résulter des désordres auxquels cette même nature met longtemps à remédier, et par cela même des cicatrices difformes. Aux seconds, que la douleur produite par une incision est vive sans doute, mais qu'elle est instantanée et cesse presque immédiatement; que l'ouverture des abcès avec la potasse ne donne pas, à beaucoup près, d'aussi beaux résultats; que son application est difficile, longue, et en réalité plus douloureuse chez des enfants, qui crient et s'agitent beaucoup, et sont souvent cause que le caustique attaque la peau dans une étendue qu'on n'aurait pu prévoir; que souvent on est obligé de recommencer plusieurs fois la même application (1).

Dans certains cas d'abcès froids scrofuleux, on peut avec avantage faire une ponction à la peau, vider l'abcès, et y injecter une solution iodurée, pour favoriser le recollement des parois du foyer. Cette pratique a réussi à M. Guerant fils dans les deux cas suivants :

Cinquième observation. Livou, Alexandre, 14 ans, entre le 17 février 1843 à la salle Saint-Côme. Ce garçon, à part

(1) Notre vieille expérience n'est pas d'accord, sur ce point de pratique, avec celle de M. Guet. Nous croyons au contraire que le caustique alcalin est en général préférable à l'instrument tranchant pour l'ouverture des abcès scrofuleux, surtout depuis que le docteur Filhos, par son heureuse invention du caustique de Vienne solidifié, a fait disparaître tous les inconvénients qu'on pouvait reprocher et que l'auteur reproche avec raison à la potasse caustique. Le caustique de Vienne solidifié forme des cylindres de diverses grosseurs qui s'emploient avec autant de facilité que le crayon de nitrate d'argent. Son action est prompte, médiocrement douloureuse eu égard à son intensité; et avec un peu d'habitude elle peut être aussi exactement limitée que celle de l'instrument tranchant. (N. R.)

quelques ophthalmies et des ganglions engorgés, s'est assez bien porté jusqu'à l'âge de 12 ans. A cette époque, il entra à l'hôpital des Enfants pour un abcès froid, situé à la partie postérieure des lombes, au côté gauche de la colonne vertébrale. Cet abcès, de la grosseur d'un œuf d'oie, fut ouvert avec le bistouri; il sortit une très-grande quantité de pus séreux et grumeleux. Cette tumeur, au dire du malade, était apparue tout à coup, sans avoir été précédée de douleurs dans la région de l'épine. Au bout de quelques jours, la plaie se ferma. L'on mit un certain nombre de cautères à la région lombaire, dans le cas où la maladie locale aurait été symptomatique d'une carie vertébrale. Ce garçon entra de nouveau, le 7 janvier de cette année, pour une tumeur située sur le dos du pied gauche, tumeur existant depuis quatre mois, de la grosseur d'un œuf de poule, indolente et sans changement de couleur à la peau. La fluctuation est évidente dans toutes les parties de cette tumeur. La santé générale est bonne.

Le 19 février, une ponction est faite avec le bistouri sur le côté de la tumeur; sortie d'une assez grande quantité de pus grumeleux, sans fétidité. Après l'évacuation complète du pus, l'on injecta dans le foyer la solution suivante, que nous sommes loin de préconiser, parce qu'on pourrait la faire meilleure :

℥ Teinture d'iode,	60 grammes.
Eau commune,	250
	Mélez.

Une certaine quantité de cette solution fut laissée dans le foyer. Le lendemain, on fit sortir par la plaie une assez grande quantité de liquide roussâtre avec un peu de pus. Le

malade a bien dormi, accuse de la faim ; pas la moindre fièvre ; la tumeur est un peu douloureuse à la pression. Trois jours après, une nouvelle injection est pratiquée, et l'on peut s'apercevoir que déjà la peau est recollée dans une certaine étendue. Les jours suivants, il sort un peu de pus par la plaie. Le 1^{er} mars, les parois du foyer sont complètement recollées. L'enfant reste huit jours encore environ, pour nous assurer si la guérison est solide ; il marche pendant ce temps-là, et sort radicalement guéri de son abcès huit jours après.

Sixième observation. Bergues, Marie, cinq ans et demi, est entrée à la salle Thérèse le 13 janvier 1843. Cette enfant, d'une constitution débile, délicate, portait à la partie antérieure et supérieure de la cuisse gauche une tumeur assez volumineuse, qu'on reconnut pour un abcès et qu'on ouvrit avec le bistouri le 14. L'ouverture donna issue à une assez grande quantité de pus sans odeur. Le lendemain et les jours suivants, la matière purulente devint odorante et fétide. En pressant la cuisse, on faisait sortir et l'on exprimait pour ainsi dire une grande quantité de pus, qui remontait assez haut entre les interstices des muscles. Un stylet fut introduit dans l'orifice fistuleux, et l'on put constater qu'il s'avancait assez profondément vers la racine de la hanche, sans toucher à aucune portion d'os dénudée. — Les choses restèrent dans cet état pendant trois semaines environ, sans aucune apparence d'amélioration. A cette époque, bien qu'on pût croire que cet abcès fût symptomatique d'une maladie du fémur, maladie que l'introduction du stylet n'avait pu faire constater, M. Guersant fils injecta dans le trajet fistuleux la solution iodurée suivante, modifiée comme on pourra le voir :

℥ Teinture d'iode	60 grammes.
Iod. de potassium	8 id.
Eau commune	200 id.
	F. s. a.

Les premières injections n'eurent pas, il faut l'avouer, de résultat bien appréciable. Il faut dire aussi que la malheureuse petite, à laquelle on faisait ces injections, était excessivement nerveuse, impressionnable ; qu'aussitôt que l'on approchait la seringue de la cuisse, elle se roulait sur elle-même comme un serpent, et se livrait à des mouvements désordonnés, tels que, malgré les efforts faits pour la maintenir, le plus souvent une bonne partie de l'injection ne pénétrait pas dans la plaie. Malgré ces circonstances désavantageuses, qui se renouvelaient à chaque injection, on en fit huit à dix dans l'espace d'un mois. Autant qu'on le put on laissa de la solution dans le trajet fistuleux, ce dont on pouvait s'assurer par le gonflement du membre, consécutif à l'injection. Jamais cette pratique ne causa la moindre douleur ou la moindre apparence de phlegmasie appréciable. Peu à peu la sécrétion purulente se modifia, devint moins abondante, et finit enfin par se tarir complètement vers la fin de février. Marie Bergues est sortie le 6 mars. Ses parents avaient promis de nous la ramener dans le cas où la maladie se reproduirait. Nous ne l'avons pas revue ; d'où nous sommes en droit de conclure que la guérison s'est maintenue.—Il est à noter que ces injections n'ont déterminé aucun phénomène fébrile appréciable chez cette jeune malade.

Cette pratique, qui consiste à faire des injections avec une solution d'iode dans les foyers purulents, n'est pas

nouvelle : nous l'avons vue plus d'une fois réussir à l'hôpital Saint-Louis il y a trois ans. Depuis vingt ans environ on la met en usage dans les salles du Dr Lugol, où elle est d'un emploi tellement trivial que depuis longtemps c'est aux infirmiers qu'on abandonne le soin d'injecter les *solutions iodurées* de ce praticien, le seul qui ait bien compris les proportions dans lesquelles il convient d'administrer l'iode et l'iodure de potassium.— Ces injections, toutefois, ne sont applicables que dans les abcès des deux premières catégories. Nous croyons qu'en pareil cas il y a de l'avantage à les employer; car, dans les cas même où elles ne seraient pas suivies de succès, ce qui pourrait fort bien arriver, elles n'entraîneraient aucun inconvénient réel pour le malade. Les solutions iodurées, et même la solution de la teinture d'iode dans l'eau, qui est bien la préparation la plus mauvaise qu'on puisse employer, une fois en contact avec nos tissus, déterminent une inflammation modérée, bienfaisante, qui est rarement suivie ou accompagnée d'accidents phégmasiques intenses. Nous avons pu souvent le constater, soit à l'hôpital Saint-Louis ou à l'hôpital des Enfants, surtout chez notre dernière malade, qui était tellement impressionnable que la moindre chose déterminait chez elle une réaction fébrile éphémère, soit enfin dans les nombreuses injections que nous avons vu faire dans la tunique vaginale pour la cure radicale de l'hydrocèle.

Cette méthode de traitement doit être surtout recommandée dans les abcès scrofuleux froids : on peut l'appliquer aussi aux abcès scrofuleux résultant de la fonte ou du ramollissement d'un tubercule, lorsque ce produit est complètement ramolli. (Tout le monde sait, en effet, que

ce ramollissement varie depuis la pulpe de châtaigne cuite, jusqu'au pus liquide et séreux). Dans les abcès symptomatiques de nécrose ou carie scrofuleuse, les abcès par congestion, les injections n'auraient, nous le croyons, aucun résultat satisfaisant comme moyen curatif. Pourtant, il y a tant de choses qui semblent *à priori* devoir être confirmées par l'expérience, qui sont, au contraire infirmées par elle, qu'il faut attendre des essais pratiques avant de juger la valeur définitive de ce moyen, même dans les abcès symptomatiques.

Dans quelques cas d'abcès symptomatiques fistuleux, on voit souvent chez les enfants scrofuleux survenir des symptômes généraux, qui paraissent tenir à la résorption de certains principes purulents, symptômes qui se traduisent par des frissons, de l'inappétence, de la fièvre avec redoublement le soir, de la sécheresse de la langue et de la peau, de la diarrhée, la diminution du pus, la rougeur vive et la sensibilité anormale de la plaie. Ces accidents ont, en général, cédé avec facilité aux préparations de quinine, données à la dose d'un gramme par jour. Nous avons pu observer un certain nombre de cas de ce genre dans le service où nous étions attaché comme interne. Nous avons eu, au n° 9 de la salle Saint-Côme, un garçon de dix ans, entré à l'hôpital au commencement de décembre dernier, pour une contusion légère de la jambe droite, occasionnée par la chute sur la jambe d'un planche mince de bois blanc. Cette contusion donna lieu à des abcès multiples, qui furent ouverts ou s'ouvrirent successivement dans toute l'étendue de la jambe. Ces abcès sont restés fistuleux, la suppuration devint fort abondante vers le mois de février: cet enfant fut pris de

frissons, d'inappétence, de fièvre, de stupeur, de dévoisement; ses plaies devinrent plus rouges, d'une sensibilité vive: la suppuration diminua d'une manière notable. On put croire un moment à une résorption purulente. En cet état de choses, on lui administra le sulfate de quinine à assez haute dose, à un gramme dans les vingt-quatre heures. Sous l'influence de cette médication, les symptômes généraux s'amendèrent, l'appétit revint, et depuis cette époque il se trouve dans des conditions de santé satisfaisantes, qui se sont maintenues jusqu'à ce jour. La plupart de ses plaies se sont fermées; deux seulement sont restées fistuleuses.— Il est sorti, non complètement guéri, vers le commencement d'avril.

Au n° 17 de la salle Sainte-Thérèse était couchée une jeune fille âgée de douze ans. Cette enfant était occupée à coudre, lorsque la chaise sur laquelle elle était assise vint à trébucher, je ne sais par quelle cause. Elle tomba, et eut la jambe gauche prise sous son tabouret; cette chute occasionna une douleur légère qui n'eut pas de suite. Pendant huit jours, cette jeune fille continua de travailler et de marcher sans éprouver de douleurs appréciables. A cette époque, une douleur vive apparut tout-à-coup à la partie antérieure et supérieure de la jambe gauche, avec rougeur et tumeur. Elle entre à l'hôpital des Enfants dans le mois de février, quinze jours environ après sa chute. Un phlegmon considérable occupait toute la partie antérieure de la jambe, depuis la tubérosité antérieure du tibia jusqu'à sa partie moyenne. Une ouverture assez large fut pratiquée au point saillant de cette tumeur, et donna issue à une assez grande quantité de pus de bonne nature. Rien de particulier ne se fit remarquer dans les

premiers jours de son entrée. La jambe se dégorgea un peu ; mais quatre jours environ après son entrée, la suppuration devint sanieuse, fétide : un stylet introduit dans la plaie fit constater un décollement considérable de la peau et une dénudation du tibia fort étendue. Huit jours après, en imprimant quelques mouvements à la jambe, on constata une fracture complète de la jambe, à un pouce environ au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia. Cette fracture avait échappé à un examen antérieur ; on le comprendra sans peine. En effet, la maladie de cette jeune fille ne survint que huit jours après sa chute. Cette chute, en définitive, avait été fort peu de chose, et l'on était autorisé à en juger ainsi par le seul fait que cette enfant avait pu continuer de marcher et de travailler même huit jours après, sans qu'il se fût manifesté d'accidents. La seule indication donc qui se présenta lors de son entrée, fut de donner issue au pus. Je dois dire qu'alors il n'existait aucune déformation apparente, et que, quoique dans ces premiers jours l'on ait communiqué à la jambe malade des mouvements assez étendus, on ne constata ni mobilité ni crépitation. Il est juste d'avouer aussi que l'attention n'était nullement portée sur ce point. Toujours est-il qu'il fallut que la suppuration eût décollé la peau et les muscles, dans une grande étendue, que le périoste fût détruit et le tibia à nu, pour que la fracture devint appréciable à la fois par une déformation et une crépitation manifestes. Ne pourrait-on pas supposer ici que le périoste n'avait pas été déchiré, comme on l'observe quelquefois chez les enfants, et que, par sa persistance, il ait maintenu les fragments en contact ? Quoi qu'il en soit, l'état général de la malade, qui jusqu'alors avait été passable, devint très-

mauvais. Il survint des frissons, l'appétit se perdit, la fièvre s'alluma avec des exacerbations le soir; la peau devint sèche, brûlante; diarrhée, rougeur, sensibilité, sécheresse de la plaie. Dans ces intervalles, la malade se plaignit d'une douleur de l'épaule gauche; en la soulevant, on put constater un abcès dans la fosse sous-épineuse. Cet abcès fut ouvert et donna issue à une grande quantité de pus séreux. Un stylet introduit dans la plaie tomba sur le scapulum dénudé. L'état de cette malade, comme on le voit, était fort grave, M. Guersant fils administra le sulfate de quinine et l'extrait mou de quinquina en pilules, à la dose de cinq centigrammes par chaque pilule. La malade en prit huit, puis dix dans les vingt-quatre heures. L'emploi de ces pilules fut continué pendant dix jours environ. Sous leur influence, l'état général s'amenda; après avoir suppuré pendant quelque temps, la plaie de l'épaule finit par donner très-peu de pus, et la malade revint dans des conditions assez favorables, sauf l'état local qui donnait toujours des inquiétudes sérieuses. Cette malade est sortie prématurément de l'hôpital, parce qu'on lui avait proposé, pour en finir avec les accidents locaux, de faire le sacrifice de sa jambe.

Nous pourrions encore, pour venir à l'appui de ces observations, citer l'exemple d'un petit malade couché au n° 5 de la salle St-Come, lequel a été, au commencement de décembre 1842, amputé des deux jambes pour une gangrène des deux pieds par congélation. Vers la fin de janvier, il fut pris de symptômes de résorption putride, caractérisés par les mêmes signes que ceux des observations précédentes; il fut mis à l'usage des mêmes pilules, qui triomphèrent, au bout d'un certain temps, des accidents

généraux qui étaient venus entraver la convalescence.

Voilà ce que nous avons à dire sur le traitement des abcès scrofuleux : il nous reste à parler des abcès par congestion, qui sont loin d'exiger la même conduite.

Convient-il d'ouvrir les abcès par congestion aussitôt que la fluctuation est évidente? Faut-il vider tout d'un coup la poche, ou pratiquer de petites ponctions pour la vider peu à peu? Faut-il faire une large incision, ou bien une ponction étroite, en détruisant le parallélisme de la peau? Vaut-il mieux les ouvrir par la méthode sous-cutanée, comme l'a proposé M. Guérin dans ces derniers temps? ou bien est-il plus simple d'en abandonner l'ouverture aux efforts de la nature?

Ces différentes méthodes ont eu des partisans, qui tous ont trouvé des succès à enregistrer à l'appui. Cependant les chirurgiens de notre époque, attribuant à tort ou à raison les accidents graves et trop souvent mortels, qui, dans la grande majorité des cas, suivent l'ouverture de ces abcès, surtout quand l'incision pratiquée à la peau offre une certaine largeur, à l'entrée de l'air dans la plaie, la méthode d'ouvrir ces abcès par des ponctions étroites a généralement prévalu de nos jours. On a conseillé aussi de ne pas vider d'un seul coup une vaste collection purulente (Boyer). Est-ce à dire que cette pratique n'expose jamais aux accidents dont nous avons parlé plus haut? — Non, sans doute : et nous avons vu souvent l'ouverture de ces abcès, pratiquée avec tout le soin possible, par une ponction étroite, après avoir eu le soin de tirer la peau pour détruire le parallélisme de la plaie, être suivie de symptômes terribles, qui ont emporté les malades. Mais

comme cette méthode est généralement adoptée, qu'elle repose sur l'autorité de Boyer, il est nécessaire d'en tenir compte. Cependant nous croyons, nous, qu'en pareille occurrence, il est utile et rationnel de s'abstenir de toute intervention, et de laisser agir la nature. Nous avons quelques faits qui plaident à l'appui de cette manière de voir. L'ouverture spontanée de ces abcès est toujours étroite : le foyer se vide peu à peu, lentement même ; des débris de matière tuberculeuse s'engagent dans cette ouverture d'un pansement à l'autre et semblent s'opposer à l'entrée de l'air. Peu à peu la suppuration devient moindre : une fistule persiste, et l'on obtient une sorte de guérison momentanée. C'est du moins ce que nous avons été à même d'observer chez une petite malade couchée à l'avant dernier numéro de la salle Sainte Thérèse. L'ouverture spontanée d'un abcès énorme, apparu à la partie interne et supérieure de la cuisse droite, symptomatique d'une carie vertébrale caractérisée par une gibbosité dorsale considérable, s'est faite sans accidents. Nous avons vu à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, un petit garçon qui nous a présenté les mêmes phénomènes. — Dans ces cas, il est utile de favoriser la sortie du pus par la ponction, et même quelques pressions légères ; mais nous blâmons fortement l'habitude qu'ont certains chirurgiens, fort habiles du reste, de malaxer vigoureusement les parois du foyer, de manière à en exprimer toute la matière purulente. Ce massage, fort douloureux, fait souffrir beaucoup les enfants, qui crient et s'agitent ; c'est sans contredit le meilleur moyen d'enflammer la membrane pyogénique. Nous sommes loin de penser que la méthode d'expectation qui, à

notre sens, est la meilleure, soit complètement exempte d'accidents; l'observation viendrait tous les jours nous donner des démentis formels; mais nous croyons qu'elle y expose moins que les autres méthodes.

§ III.

TUMEURS BLANCHES.

(*Coxalgie, carie vertébrale, mal de Pott, spina ventosa, luxation spontanée, etc.*)

On donne le nom de tumeurs blanches à des maladies articulaires, complexes sous le rapport des altérations anatomiques qu'elles présentent, et reconnaissant pour cause, dans l'immense majorité des cas, l'affection scrofuleuse. Ces affections sont, dans l'enfance, une des manifestations les plus fréquentes de la diathèse strumeuse. Dans quelques circonstances, c'est le premier symptôme qui trahit chez un enfant l'existence de cette diathèse; mais, presque toujours, cette maladie générale a donné des signes, *le plus souvent inaperçus*, de sa présence, soit par des maux d'yeux, soit par des diarrhées, soit par des corysas ou des otorrhées rebelles. Si l'on scrute avec soin la vie médicale passée des enfants qui se présentent avec une tumeur blanche, l'on s'assure que ce passé a été laborieux, qu'ils sont faibles, difficiles à élever, et qu'il a fallu un nombre infini de précautions et de soins pour combattre ou prévenir les nombreux accidents, légers il est vrai, qui les ont assiégés jusqu'à l'apparition d'un mal plus grave. S'il vous plaît d'interroger la santé des parents, vous verrez souvent

l'hérédité jouer un rôle puissant dans la production de ces maladies. Très-souvent, en effet, un des parents a succombé aux progrès croissants d'une tuberculisation pulmonaire, ou bien donné des inquiétudes sérieuses du côté de la poitrine. D'autres fois, l'enfant se présente avec une tumeur blanche dans une articulation qui chez l'un de ses parents a été affectée de la même maladie. Nous avons vu, à la consultation de l'hôpital des Enfants, une femme âgée de 30 ans, guérie depuis dix ans d'une coxalgie du côté gauche avec une luxation spontanée, venir demander les conseils du chirurgien de cet hôpital pour une maladie pareille siégeant dans l'articulation fémorale gauche de son fils, âgé de 7 ans.

Ces maladies attaquent toutes les articulations à peu près. L'articulation scapulo-humérale, par une sorte de privilège, paraît en être atteinte moins fréquemment. Nous n'avons jamais vu de tumeur blanche dans cette articulation (1). Celles qui y sont le plus sujettes sont, sans contredit, les articulations des vertèbres, de la hanche, du genou, du coude, du pied, des poignets. On les rencontre aussi, mais moins fréquemment, dans les articulations métacarpiennes, métatarsiennes et phalangiennes; c'est dans ces dernières que l'on rencontre ces gonflements livides, violacés, ces renflements, dont la disposition singulière a fait comparer les doigts atteints à des *raves*.

(1) Depuis que ce passage a été écrit, j'ai vu, à la consultation de l'hôpital des Enfants, un exemple de cette tumeur blanche. A cet égard, le chirurgien de la maison, M. Guersant fils, m'assura avoir observé lui-même une assez grande quantité de ces maladies.

Dans les tumeurs blanches scrofuleuses, l'affection débute toujours par les extrémités osseuses. Le début de la maladie est, le plus souvent, marqué par des douleurs obtuses, profondes, quelquefois intermittentes et comme rhumatismales. Dans quelques circonstances, ces douleurs apparaissent dans une articulation voisine. Elles sont souvent le seul symptôme appréciable de la maladie, avec un peu de gêne dans les fonctions de l'articulation malade. Ces douleurs peuvent exister plus ou moins longtemps, avec plus ou moins de violence, sans donner lieu à aucun autre phénomène appréciable. Cependant, au bout d'un certain temps, les extrémités osseuses se gonflent, s'enflamment, se carient ou se nécrosent. Dans quelques circonstances, il se fait un dépôt de matière tuberculeuse dans les os malades, soit que le tubercule soit enkysté, ce qui est très-rare, soit que la matière tuberculeuse soit infiltrée dans les mailles du tissu osseux (carie tuberculeuse, infiltration tuberculeuse), altération, du reste, qui n'est pas aussi fréquente qu'on l'a prétendu dans ces derniers temps. Dans quelques cas, ces diverses altérations se réunissent et se trouvent combinées chez le même sujet. Tantôt, en effet, il y a carie simple et nécrose, tantôt on trouve sur la même pièce nécrose, carie simple et carie tuberculeuse. Nous avons vu entre les mains de M. de Lonjon, interne à l'hôpital des Enfants malades, une pièce fort remarquable, recueillie sur une jeune scrofuleuse, et qui présentait d'une manière évidente cette triple altération. Bientôt les ligaments se relâchent, se détruisent; les cartilages s'altèrent; la membrane synoviale s'enflamme; les parties molles voisines participent au

désordre des parties dures, et se couvrent de fongosités; le mal gagne l'intérieur, et, au bout d'un temps plus ou moins long, il se forme des abcès, qui s'ouvrent et restent fistuleux.

Dans le plus grand nombre des cas, ces abcès s'ouvrent dans le voisinage des parties malades; mais quelques-uns offrent une marche insolite qu'il est bon de connaître. Dans la carie des premières vertèbres cervicales, le pus quelquefois, surtout quand l'ulcération réside en avant du corps des vertèbres, se fait jour dans l'arrière-gorge; il se forme une tumeur qui fait saillie entre les piliers postérieurs du voile du palais, et qui, dans quelques circonstances (nous en avons un exemple), a pu en imposer à des praticiens inattentifs, qui ont cru à une hypertrophie des amygdales, et ont renvoyé leur malade à un chirurgien pour la résection de ces glandes. L'ouverture de ces abcès, chez les enfants, présente beaucoup de difficultés; et l'on ne saurait trop recommander au chirurgien de prendre les précautions les plus minutieuses pour ne pas blesser la bouche des petits malades.

Comme nous l'avons déjà dit en parlant des abcès symptomatiques d'altérations osseuses éloignées, le pus, dans quelques circonstances, fuse loin du lieu où il a été sécrété, ce qui constitue les abcès par congestion. Nous nous sommes étendus trop longuement sur cet ordre d'abcès pour qu'il soit nécessaire d'y insister. Nous devons dire toutefois que ces abcès n'existent pas toujours aux endroits que nous avons indiqués; que, dans maintes circonstances, ces collections purulentes s'accumulent dans les cavités thoraciques ou abdominales, et que là, par suite de la compression qu'elles exercent sur les prin-

cipaux organes contenus dans ces cavités, elles donnent lieu à des lésions fonctionnelles variées qui offrent ceci de remarquable, que les différentes positions prises par les petits malades influent d'une manière évidente sur leur apparition. L'on ne peut en pareil cas supposer l'existence de ces abcès que par une appréciation rigoureuse des symptômes offerts par les malades, surtout lorsque, comme nous avons pu l'observer chez une petite fille couchée au n° 23 de la salle Sainte-Thérèse, une gibbosité considérable coïncide avec l'existence de ces symptômes.

Nous devons dire aussi que, dans quelques cas, le pus résultant d'une carie vertébrale peut se faire jour dans le canal rachidien, comprimer la moelle, et donner lieu à des paralysies générales ou à des paraplégies très-graves, suivant le lieu où la carie existe. Nous avons vu un cas de ce genre à Saint-Louis. Nous avons maintenant à l'hôpital des Enfants, au n° 7 de la salle Saint-Côme, un enfant de 14 ans qui semble être dans les mêmes conditions. Il y a deux mois environ, il fut pris de douleurs au cou ; au bout de quelques jours, fourmillement, affaiblissement de la motilité dans les membres supérieurs. Quinze jours après il est frappé de paraplégie complète. On trouve un point saillant au niveau de la quatrième ou cinquième vertèbre cervicale. Dans ce point circonscrit, la pression détermine une douleur vive ; partout ailleurs elle est indolente. Chez ce malade, qui offre le plus grand intérêt, nous croyons à une carie cervicale ; nous croyons que du pus s'est formé dans ce point, qu'il a d'abord comprimé légèrement la moelle à sa partie supérieure, ce qui explique les symptômes observés dans les membres supérieurs ; que ce pus a fusé dans le canal rachidien, et qu'en s'accumulant dans

un certain point de ce canal, il a comprimé tout à fait la moelle et déterminé la paraplégie. Quoi qu'il en soit de l'explication donnée sur ce malade, pour lequel, sans aucun doute, l'autopsie démontrera bientôt si nous sommes trompés (1), l'anatomie pathologique a démontré que la mort pouvait arriver de cette manière dans un certain nombre de cas.

Quand la maladie est arrivée à ce degré, on voit se développer un ordre de phénomènes qui varient suivant l'espèce de l'articulation malade. Ainsi, dans la coxalgie, la tête du fémur quitte la cavité cotyloïde cariée, et va se loger dans la fosse iliaque externe (luxation spontanée); les autres luxations sont plus rares, et ont été moins observées : on a dit aussi que la cavité cotyloïde pouvait se perforer, et la tête du fémur plus ou moins malade faire saillie dans l'intérieur du petit bassin. Dans la carie des premières vertèbres cervicales, on remarque la luxation de l'atlas sur l'axis. Dans les articulations qui communiquent par de larges surfaces articulaires, comme la fémoro-tibiale, les luxations complètes deviennent impossibles; mais on observe alors des déplacements incomplets plus ou moins étendus. Souvent les moyens d'union sont détruits, et l'on peut constater une mobilité contre nature de l'articulation malade, et quelquefois des craque-

(1) Ce malade a en effet succombé aux progrès de sa maladie. On a effectivement trouvé du pus dans le canal rachidien. La pièce, du reste fort curieuse, a été présentée à la Société anatomique par un de mes amis, externe dans mon service, M. Avenches. (Voir les bulletins de la Société anatomique).

menis secs, dus au frottement des extrémités osseuses devenues rugueuses, etc.

La terminaison de ces affections arrivées à ce degré d'altération varie dans les cas les plus heureux; on peut espérer l'ankylose, ou la formation d'une articulation accidentelle, quand les extrémités osseuses se sont déplacées; enfin dans quelques cas, comme dans les caries vertébrales et certaines coxalgies, la maladie ne se modifie pas, et la mort arrive par épuisement et consommation.

Ainsi donc, les tumeurs blanches, dans quelque articulation qu'elles se montrent, sont pour nous absolument identiques. C'est la même cause générale qui préside à leur développement; elles suivent toutes indifféremment la même marche; elles tendent toutes à la même terminaison. Les différences que ces maladies peuvent présenter résident seulement dans les symptômes relatifs à l'importance et au genre des articulations malades, et aux parties molles qui les avoisinent et leur viennent en aide dans les fonctions qu'elles sont appelées à remplir; et quiconque connaîtra le jeu et le mécanisme des articulations et l'importance physiologique des organes qui les environnent (de la moelle, par exemple, pour la tumeur blanche des vertèbres), pourra se rendre un compte satisfaisant de cet ordre de symptômes.

On peut donc, dans les tumeurs blanches, admettre deux périodes bien distinctes; et ceci est surtout d'une importance extrême pour le traitement. La première période est souvent insidieuse; elle est caractérisée par de la douleur, de la gêne plus ou moins prononcée dans le jeu de l'articulation affectée, par un travail lent d'inflammation dans les extrémités osseuses, qui amène le gonfle-

ment de ces extrémités. La durée de cette période est extrêmement variable chez les différents sujets; c'est pendant sa durée que l'on a le plus de chances d'attaquer la maladie par les différents moyens que l'art met à notre disposition.

La deuxième période, au contraire, est caractérisée par la carie, la nécrose ou la tuberculisation des os, la destruction des cartilages, le désordre consécutif des parties molles, les abcès multiples, les fistules, les déplacements des extrémités osseuses, etc.

Ce tableau général est plus que suffisant pour bien faire comprendre nos idées sur ces maladies qu'on a si improprement nommées tumeurs blanches. Nous n'essaierons pas de retracer les symptômes propres à chacune d'elles; ce serait un travail inutile, car l'histoire de ces diverses tumeurs se trouve admirablement tracée par les auteurs qui s'en sont occupés *séparément*. Notre intention à nous, a été seulement de les rallier au même point de vue, de les rattacher à la même cause, et d'appliquer, par conséquent, des idées générales à leur thérapeutique.

Traitement local de la première période des tumeurs blanches.

Les moyens locaux que l'on a préconisés dans cette première période sont très-nombreux, et n'ont pas, à beaucoup près, la même importance.

Les sangsues ou les ventouses scarifiées, dont on couvre l'articulation malade, les topiques émollients, avec lesquels on se croit en droit d'attaquer l'*inflammation*, sont,

de l'avis des hommes qui depuis longtemps se sont livrés à la pratique des affections scrofuleuses, le plus souvent inutiles, quand on se tient dans de justes limites; nuisibles, au contraire, quand on insiste sur cet ordre de moyens. Les différentes manifestations de l'affection scrofuleuse, nous l'avons déjà dit et nous ne pouvons trop le répéter, parce que c'est conforme aux lois de l'expérience et d'une sage pratique, s'accommodent peu de la méthode antiphlogistique; et quiconque a des idées saines sur la nature des maladies scrofuleuses, ne sera point étonné de cette vérité. Quand on se borne à quelques sangsues appliquées au lieu malade, les résultats que l'on obtient sont nuls; mais si, comme nous l'avons vu faire à des chirurgiens instruits, ennemis jurés de la doctrine physiologique, mais qui, sans s'en douter, en subissent l'influence dans leur pratique, l'on insiste avec une énergie brutale sur les sangsues et les ventouses scarifiées, l'on débilité profondément l'individu, et l'on donne de nouveaux aliments à sa maladie, si je puis m'exprimer ainsi. Nous proscrivons complètement les émissions sanguines locales dans le début des tumeurs blanches scrofuleuses. C'est une arme inutile pour qui sait se restreindre et n'est pas aveuglé par l'esprit du système; c'est une arme dangereuse, au contraire, quand elle se trouve entre les mains de systématiques renforcés ou même de médecins qui, tout en criant contre le système physiologique toutes les fois qu'ils en trouvent l'occasion, donnent un éclatant démenti à leurs paroles en soumettant involontairement leur pratique à ce système. Nous pourrions citer des exemples frappants de ces inconséquences. Cette arme, en effet, est d'autant plus dangereuse, que souvent ce fantôme d'irrita-

tion que l'on se propose d'abattre et de terrasser par les sangsues, grandit au contraire et s'exalte sous l'influence de ce moyen ; alors, au lieu de s'arrêter, l'on ne voit dans cette exaltation des phénomènes morbides qu'une indication nouvelle pour insister sur les émissions sanguines ; ce que l'on fait avec une nouvelle énergie jusqu'à ce que le malade, *ainsi surmené*, n'ait plus de réaction à opposer ni à la maladie ni au traitement, qui, ainsi manié, est plus cruel que la maladie elle-même. Les pertes sanguines doivent, bien plus sévèrement encore, être proscrites chez les *jeunes enfants scrofuleux*, qui se trouvent toujours fort mal, même de pertes de sang en apparence insignifiantes.

Nous accordons peu de confiance aux frictions mercurielles ou iodurées au début des tumeurs blanches. Jamais nous ne les avons vues modifier la maladie.

Les moyens véritablement efficaces sont : les vésicatoires volants, les moxas ou les cautères dans le voisinage de l'articulation malade. Avec un tel ordre de moyens, surtout s'ils sont secondés par un traitement hygiénique favorable, l'on peut espérer de triompher de la maladie. Mais ces succès, si on les obtient quelquefois dans la pratique civile, sont rares, il faut l'avouer, à l'hôpital des Enfants, où il est de toute impossibilité au médecin de modifier d'une manière avantageuse l'organisme des petits malades. L'on compte pourtant quelques succès ; or, voici la pratique que l'on suit constamment dans les salles de chirurgie, où ces maladies sont malheureusement trop fréquentes. On établit autour de l'articulation malade deux ou trois cautères volants, avec le caustique de Vienne. La manière d'établir ces cautères est très-simple. Le caustique de Vienne est formé, comme on le sait, par un mélange de

deux parties de potasse caustique et trois parties de chaux vive. Cette poudre est jetée dans un vase de faïence. On ajoute quelques gouttes d'alcool, pour la transformer en une pâte d'une consistance moyenne. Cette pâte doit être préparée extemporanément. Après avoir préalablement taillé un morceau de sparadrap, avoir pratiqué dans son centre une ouverture ronde, de la largeur d'une pièce de cinq, dix à vingt sous, suivant l'âge des enfants, et l'avoir fixé sur l'endroit où l'on veut établir le cautère, on prend avec une spatule une certaine quantité de la pâte indiquée plus haut, et l'on en étend une couche d'une à deux lignes sur la fenêtre ouverte dans le morceau de sparadrap. Au bout de cinq à six minutes, l'effet est produit, ce dont on s'assure en soulevant le morceau de diachylon et en s'assurant si la peau commence à noircir au pourtour du caustique. Les élèves de l'hôpital des Enfants, habitués à cette opération, suivent une marche plus expéditive. Ils négligent l'usage du sparadrap, étendent sur les parties la pâte de Vienne, lui donnent la forme qu'ils veulent et arrivent ainsi avec plus de promptitude et tout autant de succès au même but. Il est bon de savoir aussi que la pâte de Vienne reste en place et ne s'étale pas, si sa consistance est dans les conditions voulues. Une fois l'effet produit, on enlève le caustique avec une spatule, et l'on applique sur la partie cautérisée un petit morceau de diachylon. Les pansements consécutifs sont très-simples : ils se font avec un petit morceau de diachylon, sur lequel on a étendu une légère couche d'onguent de la mère. Quand la petite plaie a suppuré pendant un certain temps, on voit surgir des bourgeons charnus, qu'on réprime avec le crayon de nitrate d'argent, et l'on favorise ainsi la cicatri-

sation de l'ulcère. Alors, il est important d'établir autour de l'articulation malade un nouvel exutoire, de telle sorte qu'il y ait toujours dans son voisinage trois ou quatre cautères en bonne voie de suppuration.

Cette manière d'établir les cautères est très-expéditive, et partant, très-avantageuse chez les jeunes enfants, qui crient, s'agitent et remuent de manière qu'on est souvent obligé d'employer la force pour les maintenir pendant cette application. Heureusement, le caustique agit avec promptitude, et cette violence momentanée, qu'on est forcé d'imposer aux malades, et qui pourrait être nuisible si elle se prolongeait pendant quelque temps, n'entraîne habituellement aucun accident fâcheux.

Cette méthode est encore fort avantageuse, chez les enfants plus avancés en âge, et qui ont plus de raison, parce qu'elle est médiocrement douloureuse, et qu'elle n'offre rien d'effrayant, comme le moxa, par exemple.

Quoi qu'il en soit, que l'on donne la préférence aux petits vésicatoires volants, aux moxas ou aux cautères établis comme nous venons de le dire, l'emploi de ces moyens, pour être suivi de succès, doit être continué avec persévérance, un an, et même davantage s'il le faut (il est sous-entendu qu'un traitement général bien institué doit être suivi en même temps). Ce n'est que par une constance louable, et longuement soutenue, que l'on peut modifier l'état local, et triompher de la maladie. Mais si le médecin est bien convaincu de cette vérité, il n'en est pas de même des parents, qui, trop souvent ; se dépitent, et qui voyant la guérison ne pas arriver avec rapidité et au gré de leurs désirs, accusent d'ignorance et changent leur médecin. Le malade passe ainsi de mains en mains, et ne suit

pas de traitement approprié. Cependant la maladie continue de faire des progrès : et trop souvent elle arrive au point où elle cesse d'être curable.

Avec cet ordre de moyens, l'on conseille, à l'hôpital des Enfants malades, le repos absolu de l'articulation malade, ce qui comporte le repos absolu au lit pour les tumeurs blanches de la colonne vertébrale, de la hanche, du genou et du pied; tout mouvement est interdit à l'articulation malade, et à cet effet, on matelasse le membre dans une gouttière de fil de fer ou de carton. Pour les tumeurs blanches du membre supérieur, du coude par exemple, le repos au lit n'est plus aussi nécessaire, il suffit que le membre malade soit maintenu. Le but qu'on se propose est sans doute de ne point donner d'aliment à la phlegmasie scrofuleuse par des mouvements indirects et de favoriser autant que possible la soudure, l'ankylose des extrémités osseuses malades.

Mais les avantages qu'on se propose d'obtenir, par cette manière de faire, ne sont-ils pas complètement annihilés par les graves inconvénients, inévitablement attachés au défaut complet d'exercice auquel on condamne les malheureux enfants affectés de carie vertébrale, coxalgie, et tumeurs blanches du genou? Le repos absolu au lit n'est-il pas le plus radical de tous les débilissants? Soumis à cette funeste influence, les petits malades voient bientôt la digestion languir. Les phénomènes vitaux sont enchaînés, ralentis. Réduit aux actes végétatifs, l'organisme, dont les humeurs croupissent, n'a plus de réaction à opposer aux influences extérieures. L'exhalation graisseuse est augmentée. Le système musculaire s'atrophie, et bientôt tout l'organisme vient témoigner de sa souffrance, et attester par le fait de son impuissance, que l'exercice, pris dans de cer-

taines limites, est aussi nécessaire à la santé de l'homme que l'aliment avec lequel il répare ses pertes quotidiennes.

Pour nous, qui croyons l'exercice indispensable à la guérison des enfants scrofuleux, de quelque manière qu'ils soient affectés, il nous semble cruel, dans le but d'obtenir une guérison précaire, de soumettre nos petits malades à des influences aussi profondément débilitantes, que celles qui résultent du repos absolu au lit; d'autant plus que la chaleur du lit développe les instincts génériques, et favorise la tendance à l'onanisme à laquelle ces malheureux ne sont que trop enclins. Il nous semble que, dans une maladie qui doit sa source à des causes essentiellement débilitantes, le meilleur moyen de l'augmenter ou de lui donner des aliments, c'est, sans contredit, de suivre la pratique que nous avons indiquée plus haut.

Aussi adoptons-nous complètement à cet égard la pratique du docteur Lugol. Ce médecin, convaincu *qu'après l'iode*, l'exercice est un des meilleurs anti-scrofuleux, fait marcher tous ses malades affectés de tumeurs blanches des membres inférieurs, toutes les fois que la désorganisation n'est pas arrivée à un degré où le membre est devenu complètement inutile. Il procède graduellement : et nous pouvons assurer avoir vu, à l'hôpital Saint-Louis, d'excellents résultats de cette méthode. Dans les tumeurs blanches du coude, il imprime des mouvements gradués à l'articulation malade, jusqu'à ce que le malade parvienne à pouvoir s'en servir. Il s'en faut de beaucoup, qu'une pareille manière de faire aggrave les symptômes locaux et augmente la douleur, comme on serait tenté de le croire ; nous avons vu employer cette méthode un grand nombre de fois et toujours sans accidents : nous pourrions citer,

entre autres exemples, celui d'un jeune convalescent qui faisait le service d'infirmier : au pavillon Saint-Matthieu. Ce jeune homme avait une tumeur blanche du genou gauche; il était parvenu à marcher très-bien et sans douleurs, quoiqu'il eût deux ou trois fistules en train de sup-purer tout autour de l'articulation.

Tous les médecins n'accepteront pas sans doute cette manière de voir : mais que l'on consente ou non à imprimer des mouvements à l'articulation malade, il n'en reste pas moins un fait pratique de la plus haute importance, *C'est qu'il est nécessaire de faire prendre de l'exercice aux enfants scrofuleux, soit en exerçant les membres malades eux-mêmes, comme le fait M. Lugol, soit, en les faisant marcher avec des béquilles, tout en maintenant l'articulation malade immobile, soit enfin en les promenant dans de petites voitures, quand ils sont perclus de tous leurs membres.*

Cependant, soit que la maladie ait été abandonnée à elle-même ou qu'elle n'ait pas été traitée avec la persévérance convenable, soit que le traitement, bien que convenablement ordonné, ait été insuffisant, le plus souvent par suite des conditions défavorables dans lesquelles se trouvent les petits malades, comme on l'observe trop souvent à l'hôpital des Enfants, la maladie marche et passe plus ou moins promptement à la deuxième période.

Traitement local de la deuxième période.

Cette dernière période, nous l'avons déjà dit, est caractérisée par la progression du mal local, la carie et les autres lésions des os, les altérations des parties molles, la formation d'abcès autour de l'articulation malade. Ces abcès doivent

être ouverts aussitôt que la fluctuation devient manifeste, sauf les restrictions établies aux chapitres qui ont trait aux abcès scrofuleux. Il est inutile d'y revenir.

Cependant, le praticien doit être averti de certaines particularités remarquables, qui pourraient parfois le déconcerter s'il n'en était prévenu. Ainsi, dans les tumeurs blanches du genou, arrivées à leur deuxième période, il arrive que la tuméfaction augmente, et qu'une fluctuation manifeste se fait sentir. On pronostique une collection purulente. La tumeur est ouverte : que sort-il ? De la sérosité sanguinolente, fortement colorée, en quantité considérable ; et pas un atome de pus. Nous avons observé à l'hôpital Saint-Louis trois exemples remarquables de cette disposition. Il est à noter qu'aucune veine importante n'avait été intéressée par la ponction.

D'autres fois, une fluctuation manifeste se fait sentir autour d'une articulation malade. Cette articulation s'est tuméfiée préalablement. Cette fluctuation n'est pas seulement manifeste pour un seul individu, auquel cas on pourrait supposer qu'il y a eu erreur ; mais elle frappe, par son évidence, tous ceux qui sont appelés à la constater. Un bistouri est plongé avec confiance dans la tumeur. Pas un atome de pus n'est évacué : c'est un tissu mollasse, fongueux, lardacé, que l'instrument divise, et qui en a imposé à l'opérateur. Entre autres exemples, nous avons au n. 4 de la salle saint Come un petit malade, affecté d'une tumeur blanche du pied gauche, qui, deux fois de suite, a fait commettre une pareille méprise.

Quoi qu'il en soit, les moyens thérapeutiques préconisés pour la première période sont encore applicables à la

deuxième période, malgré l'existence des abcès; seulement ici ils ont une efficacité moindre. On peut encore espérer de modifier l'état local; l'os affecté de carie ou de nécrose peut se modifier à l'aide des fistules existantes, et la guérison survenir avec la conservation des mouvements articulaires. Nous avons pu constater de semblables guérisons en ville. Mais le plus souvent les fistules persistent pendant un temps plus ou moins long: dans les cas heureux, l'articulation se soude et le malade guérit avec une ankylose. Quand les extrémités osseuses se sont disjointes, il se forme une articulation accidentelle, et le malade peut recouvrer quoique imparfaitement, les mouvements de son membre; c'est du moins ce qu'on observe quelquefois pour la coxalgie. Mais dans quelques circonstances bien malheureuses, il faut l'avouer, le mal continue ses progrès: les accidents locaux prennent une gravité effrayante, le malade tombe dans la consommation, le marasme, et est menacé de mort. Trop souvent, disons-le, c'est parce qu'on a mal compris, et par conséquent mal traité la maladie, que le mal arrive à ce degré. C'est alors, alors seulement qu'il est permis de songer à sacrifier le membre malade, et encore faut-il savoir distinguer en pareil cas, si l'état général doit être attribué à la persistance des accidents locaux et à la réaction de ces accidents sur l'économie, ou bien, ce qui arrive bien plus souvent, si cet état général n'est pas la conséquence inévitable de la cause première ou de la maladie mère, qui commande tous ces accidents. Dans le premier cas, l'on a peut-être une chance de succès sur vingt; dans le deuxième, au contraire, quoi qu'on fasse, le malade doit inévitablement succomber. On ne comprend, en effet, qu'il y ait chance de succès

dans une opération aussi grave, que l'amputation ou la résection puisse remédier à une tumeur blanche scrofuleuse, que lorsque cette tumeur blanche paraît isolée, indépendante d'une affection générale, que cette tumeur, pour dire toute notre pensée, soit cause à son tour, de telle sorte que le chirurgien puisse s'appuyer sur cet adage : *sublatâ causâ tollitur effectus*. Autrement, si la maladie première, qui commande les lésions locales symptomatiques, est en puissance dans l'organisme; si surtout, comme cela n'arrive que trop souvent chez les enfants, elle donne des preuves de son existence dans d'autres points de l'organisme, soit par des tubercules cervicaux, soit par des ophthalmies, soit par des caries éloignées, que ferez vous, dites-moi, en enlevant l'articulation malade? Eh! mon dieu, vous donnerez un peu plus d'activité à la cause première, vous la verrez récidiver quelquefois même avant la cicatrisation de la plaie que vous avez pratiquée pour remédier au mal. Trop heureux, le malade, s'il ne succombe pas aux suites de l'opération, ou si la maladie, délogée d'un point, ne se porte pas sur un organe important, le poumon, par exemple, et n'y détermine une phthisie galopante, qui aura bientôt fait justice de la maladie et du malade lui-même.

Mais à cet égard laissons parler les faits, ils seront plus significatifs que tous les raisonnements du monde.

Nous avons vu en 1839, à l'hôpital de la Charité, où nous remplissions les fonctions d'interne dans le service de M Gerdy, un jeune marchand de vin couché au n° 7 de la salle Saint-Jean. Ce jeune homme, d'une constitution délicate, fut amputé de la cuisse droite pour une tumeur blanche du genou, contre laquelle on avait lutté pen-

dant six mois environ par les sangsues, les cataplasmes, les vésicatoires et quelques moxas. La maladie n'en avait pas moins marché; de nombreuses pustules donnaient un pus séreux et fétide autour de l'articulation. L'amputation fut pratiquée. Trois semaines environ après l'opération, avant même la cicatrisation complète du moignon, l'articulation cubito-humérale gauche se gonfla, devint douloureuse et manifesta une nouvelle tumeur. Nous devons dire que M. Gerdy sembla ne se résigner qu'à son grand regret à l'opération, malgré l'impatience de ses élèves, qui l'accusaient intérieurement de ne pas savoir agir à temps. Mais l'événement prouva qu'il avait raison d'hésiter, et que ce que nous autres nous appelions de la mollesse, était tout simplement une preuve de la sagacité pratique de cet excellent chirurgien. Le malade, du reste, ne tarda pas à succomber.

En 1840, un jeune scrofuleux de 18 ans, n'offrant aucune apparence de puberté, était traité de la scrofule à l'hôpital Saint-Louis, au pavillon Saint-Mathieu. Ce jeune homme, quatre ans auparavant, avait été amputé de l'avant-bras droit pour une tumeur blanche du carpe. Peu de temps après, quatre mois environ après cette opération, il survint une autre tumeur blanche du coude du même côté. Deux ans plus tard, une tumeur de même nature se montra au genou gauche, et à l'époque où nous avons pu l'observer, le moignon était le siège d'une fistule. Depuis donc que cet enfant a été amputé, il a un bras de moins, deux tumeurs blanches de plus et un moignon ulcéré.

Nous avons pu voir, la même année, dans le même hôpital un garçon de seize ans, porteur d'une tumeur blanche du

genou gauche survenue six mois après l'amputation du bras droit pour une tumeur blanche du coude.

On trouve dans la *Gazette des hôpitaux* (n° 12-septembre 1840), l'histoire d'un homme, dont nous avons publié l'observation, et qui présenta une tumeur blanche du coude gauche, récidivant sept ans après l'amputation de la jambe pour une tumeur blanche du pied droit. Cet homme ne tarda pas à succomber, et présenta des lésions fort remarquables à l'autopsie.

Il y a quelques mois (1843), une petite fille de 7 ans se présenta à la consultation de l'hôpital des Enfants pour se faire ouvrir un abcès tuberculeux de la face dorsale de la main droite. Cette même enfant avait été amputée du médius de la main droite, deux mois auparavant, par un chirurgien de province. L'abcès fut ouvert, et un stylet, introduit dans la plaie, tomba sur le métatarsien carié. La mère de cette malade ne voulut pas consentir à l'entrée de sa fille à l'hôpital.

Le docteur Gomez de la Fuente raconte, dans sa *Thèse inaugurale* sur les affections scrofuleuses, l'histoire d'un scrofuleux amputé de la jambe droite pour une tumeur blanche du pied, dont le moignon devint le siège d'un abcès fistuleux qui n'a pas guéri. Il survint en outre, à la suite de cette amputation, des caries du sternum, de plusieurs côtes, de plusieurs apophyses épineuses des vertèbres dorsales, qui donnèrent lieu à des abcès consécutifs et épuisèrent le malade, qui mourut tuberculeux pulmonaire.

Nous avons maintenant sous les yeux le tableau synoptique de toutes les résections pratiquées depuis 1842 à l'hô-

pital de Wurtzbourg par M. Textor, et publié dans la *Gazette médicale* du 25 mars 1843.

Voici ce que nous y trouvons :

1. Georges Riedel, 49 ans, chapelier, affecté d'une tumeur blanche du coude, opéré le 10 juillet 1835, mort de phthisie tuberculeuse pulmonaire le 11 octobre.

2. Marguerite Spumer, 26 ans, servante, (tumeur blanche du genou) opérée le 30 mai 1842, morte le 24 septembre de phthisie pulmonaire tuberculeuse.

3. Véronique Sachs, 32 ans, paysanne, (tumeur blanche du genou) opérée le 22 août 1839, morte *d'épuisement* le 24 septembre.

Ainsi donc, pour trois cas de résection sur des tumeurs blanches, voilà deux malades qui succombent peu de temps après l'opération, aux progrès de tubercules pulmonaires. Evidemment si la phthisie pulmonaire eût été bien caractérisée au moment de l'opération, on se fût dispensé de la pratiquer. Quelle coïncidence effrayante et inexplicable pour ceux qui refusent d'admettre que les tubercules pulmonaires ne sont pas d'origine scrofuleuse !

Nous pourrions encore citer un grand nombre d'exemples, celui entre autres qui appartient à M. Roux, le seul chirurgien français peut-être qui ne cherche pas à cacher ses succès, et que nous trouvons consigné dans la thèse de M. Thore (de la résection du coude). Il s'agit d'un jeune sujet auquel ce praticien avait retranché une partie de l'articulation huméro-cubitale, pour une carie scrofuleuse, qui succomba quatre mois et demi après l'opération à une phthisie pulmonaire aiguë. Mais les faits que nous venons de passer en revue sont plus que suffisants pour

motiver la réserve avec laquelle nous nous sommes expliqués tout à l'heure, sur l'opportunité qu'il peut y avoir à se décider à l'amputation dans le cas de tumeur blanche scrofuleuse.

Nous savons bien qu'à l'encontre des succès que nous venons de mettre en relief, on nous opposera des observations de succès; mais il reste à déterminer de quel côté pencherait la balance. Si la part était loyalement faite de chaque côté, nous n'hésitons pas à croire que le chiffre des succès serait bien plus élevé, d'autant plus que ce n'est pas seulement le *résultat immédiat* d'une opération qu'il faut voir; car en partant de ce point de vue, on aurait une foule de faits à opposer aux idées que nous émettons dans ce travail: nous pourrions nous-même publier un certain nombre d'observations, dans lesquelles l'opération a été suivie de succès immédiat, c'est-à-dire dans lesquelles le moignon s'est cicatrisé, surtout à l'hôpital des Enfants, où toutes les opérations, même les plus dangereuses, sont presque toujours suivies de succès, (j'ai entendu dire à M. Guersant fils, à sa clinique, qu'il avait fait dix-sept opérations graves, sans avoir d'insuccès, je veux dire de mort. Espérons que le compte rendu de ces opérations sera publié plus tard). Mais ce qu'il faut envisager avant tout, ce sont les résultats consécutifs. Qu'on suive les enfants qu'on a mutilés, surtout quand on pouvait se dispenser de le faire; qu'on nous les montre, un an, deux ans après; alors qu'on les suive même jusqu'à la puberté, qu'on nous les montre complètement purgés de la maladie pour laquelle on les a amputés; nous consentirons alors à modifier nos opinions, surtout quand nous aurons vu

une masse de faits aussi imposants que ceux qui motivent notre manière de voir actuelle.

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

ANALYSES D'OUVRAGES.

De l'organisation médicale en France, sous le triple rapport de la pratique, des établissements de bienfaisance et de l'enseignement; par le docteur DELASIAUVE, médecin adjoint de l'hôpital de Bicêtre.

La pensée de ce livre est née du besoin si vivement et si universellement senti d'une réorganisation médicale en France. La profession médicale sortirait enfin de l'anarchie décourageante où elle languit depuis un demi-siècle, s'il surgissait beaucoup de brochures semblables de tous les points de la France et surtout du fond des campagnes où le mal est plus grand : elles n'ont de représentants médecins ni aux Chambres, ni à l'Académie, ni aux Sociétés Savantes; à peine en ont-elles quelques-uns dans la presse médicale.

Le docteur Delasiauve, après avoir pratiqué la médecine en province pendant neuf ans, après avoir vu par expérience tout ce que le défaut d'organisation médicale y produit de dégoût et d'obstacles, a suivi l'exemple du docteur Munaret, auteur du livre intitulé le *Médecin de Campagne*, et de beaucoup d'autres médecins des campagnes, il est allé se fixer dans une grande ville. Il y a une émigration

continue des médecins des campagnes vers les villes; et surtout les jeunes médecins préfèrent s'établir dans les villes et laisser les malades mourir sans médecin dans les campagnes.

L'auteur entre en matière par un beau tableau des qualités morales du médecin par rapport au public, à la clientèle, à ses confrères, à l'amour de l'étude et à l'accomplissement des devoirs de son état. Il flétrit l'exploitation et la jalousie, et il est obligé de reconnaître que la pratique laisse beaucoup à désirer. La médecine est à la tête des professions qui demandent le plus de dignité, de générosité, de dévouement, de sacrifices, de courage, de fatigues, d'études continues, d'exactitude dans les visites et dans la tenue des écritures et des notes, de délicatesse vis-à-vis de ses confrères, d'oubli des indécotesses et des petites jalousies. L'auteur résume toutes ces qualités en appelant le médecin le *Serf de l'Humanité*.

Il envisage l'organisation médicale sous trois rapports principaux :

L'état actuel ;

Les réformes proposées ou déjà réalisées ;

Les réformes à ajouter à celle qui ont déjà été proposées.

Et toujours et chacune sous le triple rapport de la pratique, de l'enseignement et des établissements de bienfaisance.

Il n'a pas de peine à dérouler la longue série des vices de l'organisation actuelle ou plutôt de la désorganisation actuelle.

PREMIÈRE PARTIE : VICES DE L'ÉTAT ACTUEL DE L'ORGANISATION MÉDICALE.

I. Vices de l'organisation des officiers de santé créés dans un temps de crise et de disette pour remédier, vaille que vaille, au défaut de médecins dans les campagnes. C'est en partie à ces infirmiers des armées décorés du titre d'officiers de santé, et qui ont exercé jusqu'à ce jour dans nos campagnes malgré leur ignorance, que la médecine doit le discrédit où elle est tombée, discrédit tel, qu'il faut, pour s'en faire une idée, avoir été obligé de lutter corps à corps et journellement avec l'incrédulité des campagnes à la médecine, et surtout à la chirurgie. Il y a d'honorables exceptions, sans doute, à cette condamnation en masse des officiers de santé; mais l'exception confirme la règle. C'est l'institution et non les personnes que blâme l'auteur; l'institution est radicalement vicieuse à cause de la facilité de la réception, de l'ignorance, et de l'infériorité des études littéraires et médicales. Les officiers de santé sont créés pour les campagnes, comme si la vie des habitants des campagnes, qui nourrissent les villes et qui peuplent les armées, n'était pas aussi précieuse que celle des habitants des villes.

II. Vices de l'agglomération des médecins dans les villes, même dans les petites villes, et de l'abandon des campagnes auxquels ne remédie pas l'institution des officiers de santé, puisque Paris seul en contient 400 et les autres villes en proportion.

III. Vices et effets de la concurrence illimitée qui engendre la jalousie, les rivalités, les guerres intestines et les

scandales qui ne sont aussi frappants dans aucune profession que dans celle de médecin.

IV. Vices et conséquence de l'éloignement : 1° Frais de visites, six, huit et dix fois plus grands à l'extrémité de la circonscription médicale qu'au centre, et de là impossibilité d'y faire face ; 2° perte de temps, défaut d'études et routine chez les médecins des campagnes ; 3° mauvaise distribution des courses des médecins, qui, sans le savoir, vont deux et trois fois le même jour pour trois malades différents dans la même commune, tandis qu'un seul aurait pu remplir la mission.

V. Vices et effets du charlatanisme et de l'inexécution des lois relatives à l'exercice de la médecine dans les campagnes. Loin de toute surveillance, le charlatanisme fait aux médecins et aux pharmaciens une concurrence qui les décourage, et au milieu de tant et tant d'autres désagréments, les dégoûte de leur état, au point qu'indépendamment des médecins qui émigrent des campagnes dans les villes, on voit souvent de jeunes docteurs renoncer à la médecine pour se livrer à l'agriculture et un plus grand nombre encore exprimer leur désir de le faire. Et comment n'en serait-il pas ainsi dans les arrondissements où deux ou trois rhabilleurs et châtreurs d'animaux font à eux seuls plus de chirurgie au vu et au su de l'administration, que les huit ou dix docteurs en médecine de l'arrondissement? L'administration devrait au moins décorer d'office et officiellement ces châtreurs d'animaux du titre d'officiers de santé, quoiqu'ils ne sachent pas écrire, vu leur supériorité sur les docteurs en médecine.

VI. Vices de l'arbitraire du prix des soins médicaux et

pharmaceutiques, et défaut d'harmonie et d'entente à ce sujet entre les médecins et entre les pharmaciens. Vices et difficultés du recouvrement des honoraires à tel point qu'il n'est pas une autre profession aussi mal payée, au moins dans les campagnes, que la profession de médecin.

VII. Vices relatifs aux établissements de bienfaisance qui sont ou plutôt devraient être de deux espèces dans les campagnes comme dans les villes : hôpitaux et dispensaires ou traitement des malades à domicile. Cet article du livre de l'auteur sur l'absence d'hôpitaux et de dispensaires dans les campagnes, exprime un besoin si vivement senti qu'il a eu du retentissement dans plusieurs journaux. Qui le croirait ! c'est là même où il n'y a point d'hôpitaux qu'il n'y a point non plus d'établissement pour le traitement des malades à domicile.

VIII. Vices relatifs à l'enseignement : admission indistincte des aspirants à la profession médicale, défaut de surveillance et de direction des élèves, fréquentation non obligée des cours; cours sans interrogation et sans devoirs écrits des élèves, faiblesse des examens, dissections négligées, pansements et clinique des hôpitaux négligés par les élèves, absence de prix et de concours entre les élèves autres que les internes, etc., etc.

DEUXIÈME PARTIE : RÉFORMES PROPOSÉES OU DÉJÀ RÉALISÉES DANS L'ORGANISATION MÉDICALE.

Nous venons de voir bien des vices, bien du mal, et cependant nous n'en avons présenté que l'abrégé de l'abrégé. Ces vices ont frappé depuis longtemps le gouvernement,

les facultés, les écoles, l'académie et les sociétés de médecine, et voici les principaux remèdes qui ont été proposés depuis 1830 surtout, quoiqu'on s'en fût déjà occupé dès avant 1830. Quelques-uns de ces remèdes ont déjà été employés avec un succès bien encourageant dans l'enseignement et le régime des écoles secondaires de médecine.

I. *Suppression des officiers de santé* : Le gouvernement, la faculté et l'académie ont senti qu'il allait de l'honneur médical autant que de la vie des malades à ce qu'il n'y eût plus de médecins sans études littéraires et médicales complètes, en un siècle où il faut être bachelier-ès-lettres pour être surnuméraire dans un bureau de l'administration des hypothèques. N'est-ce pas en partie à cette infériorité scientifique que les campagnes doivent le mutisme de leurs médecins dans toutes les questions médicales qui s'agitent ?

II. *Médecins cantonnaux* : Remédier au défaut d'hospices dans les campagnes, créer un service médical des indigents à domicile, affranchir la classe infime des campagnes de l'onéreux tribut qu'imposent les maladies, comme on en a affranchi la classe infime des villes; indemniser les médecins des campagnes d'une partie des frais et des fatigues qu'entraîne la médecine des pauvres, attirer au moyen de cette indemnité une partie des médecins qui encombrent les villes, faire participer les campagnes aux bienfaits de l'organisation des secours à domicile pour les malades, tel est le but magnifique de l'établissement du service médical des indigents qu'on a improprement désigné sous le nom de *médecins cantonnaux*, puisque, outre l'odieux du privilège, il est impossible qu'un seul médecin cantonnal traite tous les indigents du canton et qu'il aille à 10 et 12 kilomètres visiter les indigents qui sont dans la

circonscription médicale et à la porte des autres médecins du canton. On destine les médecins cantonnaux non seulement au chef-lieu de canton, mais à toutes et à chacune des communes, à tous et à chacun des indigents du canton; or un médecin n'y pourra suffire, ce ne sera pas trop de tous les médecins. Hors de là, tout est privilège, luxe au centre et abandon aux extrémités. L'académie et le gouvernement ont donc eu un but sublime, nous nous plaignons à le répéter; mais au lieu de donner à un seul médecin cantonal les mille à quinze cents francs qu'ils proposent de lui allouer, il faut, pour atteindre leur but, qu'ils les partagent entre les 3 ou 4 médecins du canton et non seulement aux docteurs en médecine, comme il est dit dans le projet de loi, mais aussi aux officiers de santé; tant qu'il existera légalement un officier de santé, il est juste qu'il jouisse du droit commun. Au moyen de cette indemnité de mille à quinze cents francs par canton, l'équilibre s'établira bientôt entre les cantons où il y a exubérance de médecins et ceux où il y a disette. On quittera les cantons où il y aura trop de co-partageants pour aller dans ceux où il y en a le moins, et si un canton n'a qu'un médecin, (et il y en a plusieurs dans ce cas), il en aura bientôt 2 ou 3.

III. *Service médical des indigents à domicile.* Pour remédier au défaut d'hospices dans les campagnes et à l'impossibilité d'en créer, quelques bureaux de bienfaisance et quelques personnes charitables, en attendant l'organisation si lente à venir de médecins cantonnaux, ont organisé avec l'encouragement des autorités locales et de l'administration départementale, un service médical des indigents au moyen de souscriptions et dons. Cette petite organisation a un grand succès dans quelques communes rurales. Elle est

compatible à la fois avec les secours cantonnauz, ceux des bureaux de bienfaisance, ceux des communes, ceux du département et ceux des souscriptions volontaires, et par ce moyen elle offre une organisation complète d'un service médical des indigents à domicile.

M. Delasiauve n'a pu mentionner cette organisation parmi les réformes déjà réalisées, parce qu'elle n'était pas encore connue de lui lorsqu'il a publié son livre. (Voir le cahier de mars de la *Revue médicale* qui en contient le compte-rendu et le règlement).

IV *Conseils médicaux.* Cette organisation, cette hiérarchie médicale désignée dans le projet de loi sous le nom de conseils médicaux, tarde beaucoup à venir pour remédier à l'anarchie médicale. L'académie semble vouloir n'y faire participer que les médecins des chefs lieux de département, et non ceux des campagnes; c'est encore là du privilège. Le droit commun en tout et partout.

V *Répression légale:* Quand nous aurons des conseils médicaux, la répression légale des rhabilleurs et châtreurs d'animaux faisant la chirurgie, des commères, des matrones, des débitants de médecine établis illégalement en chaque bourg, des guérisseurs de cancers, des jugeurs d'eau, etc., sera enfin une vérité; jusque là le scandale et l'effronterie iront toujours croissant.

VI *Abolition de la patente, succès des réclamations:* Depuis que le livre de M. Delasiauve est écrit cette réforme est passée non plus à l'état de projet de loi comme le reste, mais à l'état de loi. Courage donc, courage! Réclamons par la presse, par les brochures, par les pétitions. Dans chaque société médicale, dans chaque ville, dans chaque arrondis-

sement organisons des comités qui rédigeront et signeront collectivement nos réclamations. Ces publications collectives, outre l'avantage d'être dépouillées des vues individuelles plus ou moins contestables, feront beaucoup plus d'impression sur le gouvernement et sur les chambres. Mettons pour les autres réformes médicales l'ensemble et la persistance que nous avons mise pour l'abolition de la patente, et nous les obtiendrons. Or les autres réformes sont bien autrement importantes que l'abolition de la patente.

VII *Missions médicales.* Les missions relatives au système pénitentiaire viennent d'aboutir à une réforme bien autrement radicale et dispendieuse que toutes les réformes médicales. C'est surtout à ces missions faites par MM. Lucas, Cerf-Ber, Toqueville, de Beaumont, Moreau-Christophe, etc. que nous devons la réforme pénitentiaire qui s'élabore en ce moment, ainsi qu'aux brochures et aux rapports qu'ils ont adressés au gouvernement, aux chambres et au public. M. Delasiauve, d'après l'académie de médecine, demande des missions médicales à l'étranger, non pas précisément sous le rapport de l'organisation médicale, mais surtout sous le rapport scientifique. Il est probable qu'elles auraient plus de résultat sous le premier que sous le second rapport.

Et il faudrait que, comme les missions pour la réforme pénitentiaire, elles fussent faites non seulement à l'étranger, mais principalement en France, et que de même qu'on a interrogé jusqu'aux gardiens des prisons, on interrogeât jusque aux officiers de santé des campagnes.

TROISIÈME PARTIE : RÉFORMES A AJOUTER A CELLES QUI ONT DÉJÀ ÉTÉ PROPOSÉES.

I. *Hospices dans les campagnes.* Depuis longtemps on demande d'augmenter le nombre des hôpitaux des campagnes, et M. Delasiauve se distingue entre tous sous ce rapport ; personne jusqu'ici n'avait encore montré autant de zèle et d'ardeur, pas même M. Castel dans sa chaleureuse improvisation à l'académie de Médecine. Ni le docteur Munaret dans la Franche-Comté, ni le docteur Viallat dans la Nièvre, ni nous-même dans la Bretagne, n'avons demandé aussi vivement et aussi largement une telle organisation d'hospices dans les campagnes. Nous croyons plus que jamais que c'est un besoin, un besoin urgent de créer de nouveaux hospices dans les campagnes ; mais nous croyons aussi plus que jamais qu'il faut un demi siècle pour en fonder et doter un nouveau dans chaque arrondissement, tant il faut pour cela une réunion de circonstances et de personnes extraordinaires. Il faudrait surtout que le zèle pour les legs ne fût pas autant tombé en désuétude. Il y a un moyen plus simple et plus facile que la fondation d'hospices nouveaux, c'est l'agrandissement de ceux qui existent déjà, et l'admission de plus en plus généralisée des malades indigents, non seulement d'une commune mais de toutes les communes environnantes. Nous pourrions citer un très-grand nombre d'hospices qui ont ainsi agi avec un succès prodigieux et étonnant pour tous ceux qui pourraient ignorer qu'il n'y a rien de prodigieux ni d'étonnant quand il s'agit de la charité.

Au lieu de fonder de nouveaux hospices, il est beau-

coup plus simple et plus facile de faire obtenir à chaque commune ou plutôt à chaque indigent le droit d'admission à l'hospice le plus voisin. Or ce droit existe, comme l'a démontré victorieusement un ancien ministre, M. Hyde de Neuville, en publiant une série de lettres adressées à ce sujet au ministre de l'intérieur. Il résulte de cette correspondance que chaque préfet et chaque sous-préfet peuvent et doivent procurer l'admission de droit de tout indigent malade à l'hospice le plus voisin, et que les administrateurs de l'hospice ne peuvent s'y refuser tant qu'il y a un lit vacant. Les hôpitaux qui se sont montrés charitables à admettre les malades des communes environnantes tant qu'ils ont un lit vacant, ont vu leurs salles s'agrandir par les dons et les legs, et par les subventions du gouvernement et du département. La Providence qui fait vivre les oiseaux des champs pourvoit à ce que les secours y abondent en proportion des malades et à ce que tous ceux qui y sont admis reçoivent des sœurs hospitalières et des médecins des soins et des médicaments. Il est encore sans exemple qu'un hôpital ait eu à se repentir d'avoir acquis la réputation d'être trop charitable et d'admettre tous les malades qui se présentent tant qu'il a des lits vacants : cette réputation au contraire leur a toujours attiré des secours et des dons, et les a portés à une prospérité toujours croissante ; tandis que la réputation opposée a tari la source des charités et les a fait languir et tomber dans un cercle vicieux d'où plusieurs aujourd'hui ne peuvent sortir : attendre des charités pour recevoir des malades, refuser des malades en attendant des charités ; tandis qu'il faudrait recevoir des malades afin d'attirer des charités et les bénédictions de

la Providence ; c'était la méthode de saint Vincent de Paul.

« Les hôpitaux dont nous souhaiterions qu'on dotât les « campagnes, dit M. Delasiauve, devraient réunir le triple « caractère d'hôpitaux, d'hospices et de dispensaires. « Cette multiple destination éviterait beaucoup de frais. »

II. Les autres principales réformes proposées par l'auteur sont : la limitation du nombre des médecins, la fixation de la résidence, le logement des médecins dans les hôpitaux qu'il propose de multiplier dans les campagnes, la gratuité des soins pour toute la classe infime que les maladies ruinent et qui ruine les médecins parce qu'elle ne peut les payer; et par conséquent petite indemnité du gouvernement, du département, des communes et des bureaux de bienfaisance pour le traitement de cette classe infime, outre le logement gratuit dans les hôpitaux.

III. Voici enfin les réformes plus ou moins pratiques que l'auteur propose d'introduire dans l'enseignement médical : gratuité des études, logement des élèves dans les hôpitaux et leur emploi obligé au pansement et au soin des malades ; concours pour l'admission aux écoles de médecine comme pour l'école polytechnique, prix pour les élèves, prix pour les médecins ; cours d'éducation morale appliquée à la pratique et à l'exercice de la médecine envers les clients, envers le public, et envers les confrères ; encyclopédie médicale ou bibliothèque publique de livres de médecine, choisie entre tous les ouvrages de médecine aujourd'hui existant et établie dans chaque canton et dans chaque hôpital, pour l'usage de tous les médecins de la localité, à l'imitation de ce qu'on a le projet de faire pour les tri-

bunaux de 1^{re} instance et pour les justices de paix ; journal universel de médecine, espèce de moniteur médical, fait par un comité médical fortement et sagement organisé, afin de remédier à l'éparpillement et à l'insuffisance des journaux actuels de médecine.

Un bon style, de bonnes pensées, des études sérieuses, l'expérience de l'exercice de la médecine à la campagne et à la ville, telles sont les bonnes qualités de ce livre, qui renferme toutefois quelque chose à corriger et quelques utopies. Nous lui souhaitons une seconde édition, et à son auteur beaucoup d'imitateurs, surtout des imitateurs travaillant collectivement et en comité.

VERGER, D. M. P. à Châteaubriant.

**REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE DES JOURNAUX
DE MÉDECINE FRANÇAIS.**

Déviation latérale du bassin. — Modification des matières fécales dans le gros intestin. — Bourses synoviales sous-cutanées. — Excision des tumeurs ovariques. — Cicatrisation des foyers hémorragiques du cerveau.

Gazette Médicale.

(Mai 1844.)

Mémoire sur les déviations latérales du bassin ; par M. MATHIAS MAYOR DE LAUSANNE. — L'effet immédiat de cette inclinaison pelvienne, c'est de toute nécessité le raccourcissement apparent du membre qui est placé du

côté où la crête iliaque se trouve soulevée, et l'allongement manifeste et apparent aussi de celui qui fait partie de l'autre moitié du bassin.

Le diagnostic repose, par conséquent, sur la différence du niveau des deux épines iliaques antérieures et supérieures, lorsque cependant les deux extrémités sont réellement d'égale longueur.

L'inclinaison pelvienne, si elle est méconnue, a presque toujours pour effet : 1° la permanence du raccourcissement, et 2° la soudure complète de la tête fémorale avec les parois de la cavité cotyloïde. Il en résulte donc une claudication d'autant plus fâcheuse que, grâce à l'ankylose, les mouvements de la cuisse sont tous subordonnés à ceux du bassin, c'est-à-dire à ceux que permettent les vertèbres lombaires.

Ces désordres ont pour point de départ une affection pathologique spéciale, parfois chronique et assez souvent très aiguë de l'articulation iléo-fémorale, qu'accompagne une tendance très-prononcée à l'adhérence des os entre eux, et que caractérise et domine un état spasmodique prolongé et très-violent dans les muscles dorso-lombaires d'un des côtés du rachis. Mais chose singulière ! cette contraction extraordinaire et permanente des organes de la locomotion se manifeste, tantôt du côté qui est le siège du mal, et tantôt dans le sens opposé. Toujours est-il que le raccourcissement apparent affecte de préférence le membre malade.

L'indication impérieuse et presque *sine qua non* qui se présente, consiste d'abord à ramener les deux pieds, les deux genoux, les deux épines iliaques de gré ou de force, et le plus tôt possible, au même niveau et à les maintenir dans cette position un temps plus ou moins long.

On sait qu'on fait cesser assez vite une crampe doulou-

reuse au pied, au mollet et ailleurs, en imprimant des mouvements variés et en opposition à ce qui est produit par la contraction anormale de certains muscles dans les mêmes parties. — De ce fait et d'autres faits semblables, on a conclu avec raison : 1° qu'on peut faire céder les contractions pathologiques des muscles, en les violentant et en parvenant à allonger leurs fibres par des tractions insolites et supérieures à leur résistance vitale, et 2° que cette lutte opiniâtre, que l'effet de ces tractions brusques peuvent aller non-seulement jusqu'à affaiblir plus ou moins des crispations affreuses, mais encore à les dissiper complètement et en fort peu de temps.

Pour obtenir ces résultats dans le traitement de la déviation latérale du bassin, il importe que l'appareil soit disposé de manière à faire simultanément descendre le côté soulevé et soulever celui qui est descendu. Pour remplir cette indication, M. Mayor se sert d'une forte attelle, assez longue pour s'étendre depuis les fausses côtes ou même l'aisselle jusqu'à quelques travers de doigt au-dessus du pied qui paraît le plus descendu. L'extrémité supérieure de l'attelle est percée d'une mortaise et l'inférieure terminée par un prolongement à angle droit et en forme d'équerre. — On prend le plein d'une pièce de toile fine et souple pliée en cravate ; on le place en forme de sous-cuisse, et l'on attache ses deux chefs à l'extrémité supérieure de l'attelle. L'autre cravate s'attache au-dessus des malléoles ou du genou, ou même aux deux endroits à la fois, du côté qui paraît raccourci.

Pour vaincre tout à fait la résistance que l'organisme oppose, M. Mayor se sert, au besoin, du simple tourniquet à vis de Petit, auquel il fixe l'extrémité des liens et qu'il place sur la barre transversale qui se trouve à l'extrémité inférieure de l'attelle.

L'extrémité raccourcie, lorsqu'elle est abaissée au niveau de l'autre, y sera maintenue forcément par l'effet continué des liens, jusqu'à ce qu'on ait la conviction que, pour ce qui concerne l'action pathologique des muscles, on n'ait plus rien à redouter; quelquefois peu de jours suffisent. La durée du temps qu'il faut maintenir l'appareil en place n'a rien d'absolu, elle varie suivant bien des circonstances. En général elle a d'autant moins besoin d'être prolongée que l'action de l'agent mécanique a été plus intense et plus rapide.

Mémoire sur les modifications que peuvent éprouver les matières fécales dans le gros intestin et sur les phénomènes auxquels elles peuvent donner lieu par leur accumulation dans un ou plusieurs points de ce dernier; par A. TOULMOUCHE, docteur médecin à Rennes, professeur de pathologie externe, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, etc. — Les matières fécales, lorsqu'elles viennent à être arrêtées dans leur cours, peuvent donner lieu à cinq ordres de phénomènes; mais avant de les décrire, M. Toulmouche indique les altérations qu'elles lui ont présentées.

La première consiste dans un épaissement, une sorte de moulage, qui leur donne la forme globuleuse, irrégulière, une couleur tantôt noirâtre, tantôt rougeâtre, analogue à celle du suc de réglisse dans lequel on vient de mordre, ou verdâtre très-foncé, une homogénéité assez grande, une dureté telle qu'elles ne s'aplatissent pas lorsqu'on les lance contre le sol; parfois une sorte de sécheresse dans certains points. — Ces magdaléons sont ordinairement enveloppés d'une couche de mucosités jaunâtres ou blanchâtres, épaisses, gélatiniformes, ressemblant à de l'empois délayé ou à de la colle.

1844. Juin. t. II.

16

La seconde consiste dans une pâte plus ou moins molle, moins homogène, de couleur, tantôt brune, rouge-brun, jaunâtre, verdâtre, tantôt vert-brun, renfermant parfois des restes d'aliments encore reconnaissables, et retenant bien plus fortement que les crottes ou cybales, l'odeur stercorale.

Les points du gros intestin où M. Toulmouche a rencontré le plus souvent les amas de matière fécale, ont été, dans l'ordre de leur fréquence, l'S iliaque du colon, les parties supérieures de ses portions ascendante et descendante, le cœcum.

1° Dans quelques cas, les matières fécales endurcies donnent lieu par leur surface inégale ou leurs propriétés irritantes, analogues à celles de corps étrangers, à une phlegmasie de la muqueuse intestinale en contact avec elles, caractérisée par de la rougeur, par la sécrétion d'un mucus blanchâtre qui les enveloppe et en adoucit le contact nuisible, et enfin par l'excitation de la contractilité de la tunique musculieuse qui la fait se resserrer sur ces matières, tandis que les autres parties de l'intestin se laissent peu distendre par les gaz retenus.

2° D'autres fois elles interceptent, par leur épaissement et leur accumulation dans un point du gros intestin, le passage des gaz qui s'accumulent alors derrière, surmontent sa contractilité, le distendent démesurément en lui faisant faire des coudes, au-dessus desquels de nouveaux excréments, venant de la partie supérieure du même intestin, s'arrêtent à leur tour et ne laissent plus passer que de nouveaux gaz, qui, venant incessamment s'ajouter aux précédents, font acquérir quelquefois à cet endroit distendu du même organe, dix fois son diamètre normal, de manière à simuler le volume ou la forme de l'estomac, ou

une vaste poche masquant le reste du paquet intestinal et prenant les rapports les plus insolites.

3° Dans d'autres cas, les matières stercorales soit par leur poids, surtout lorsqu'elles conservent une sorte de demi-mollesse et qu'elles sont en grande quantité, soit en vertu de la laxité anormale des liens mésentériques qui maintiennent le gros intestin, entraînent peu à peu une portion de ce dernier, dans laquelle elles se sont accumulées, vers la partie inférieure du ventre, et par conséquent vers les anneaux crural et inguinal, et peuvent devenir de la sorte une prédisposition, ou une cause occasionnelle de hernies, ou bien elles lui font faire une sorte d'anse assez aiguë, venant plonger dans l'excavation du petit bassin, et y ayant ou non contracté des adhérences; ou bien enfin s'il existe une laxité contre nature du mésentère, qui le porte avec une partie des petits intestins au devant de l'arc transverse du colon, elles le tendent par leur poids et lui font faire l'office d'un lien, qui, le comprimant d'avant en arrière, gêne de la sorte le cours des matières fécales.

4° Lorsque les matières fécales sont en partie retenues dans un point du gros intestin, par suite d'un obstacle mécanique, elles le distendent peu à peu douloureusement, s'y accumulent jusqu'à ce que, par leur poids ou la liquéfaction d'une partie de leur masse, due à la sécrétion de mucosité qui se fait aux points de contact, aidée des efforts de contraction de l'intestin, elles parviennent à se frayer en partie une voie à travers le point rétréci ou l'obstacle. Ces crises portent le nom de débâcles.

5° Lorsque les mêmes matières sont complètement retenues, et qu'aucunes parcelles ne peuvent traverser l'obstacle, comme on le voit dans l'étranglement d'un intestin, il survient les mêmes phénomènes de distension au-dessus; mais un mouvement antipéristaltique y suscite des con-

tractions de la tunique musculaire, ce qui provoque l'ascension de la partie liquide des matières contenues dans l'iléon, le jéjunum et le duodénum, leur pénétration dans l'estomac et leur expulsion au dehors, à l'aide de vomissements. Il y a alors anxiété, météorisme du ventre, hoquets, poulx serré, douleurs vives dans le lieu comprimé, et bientôt gangrène, perforation, mort.

Ainsi que MM. Roche et Rostan, M. Toulmouche a vu des malades aller à la selle, et quelquefois même avec diarrhée, malgré l'accumulation des matières dans un point du gros intestin. — Nous avons vu une femme qui, depuis plusieurs mois, avait le dévoiement et se plaignait de douleurs extrêmement vives à l'anus; il lui semblait sentir comme le poids de la tête d'un enfant prêt à sortir. — Les médecins qui avaient été consultés, trompés par le dévoiement, avaient rapporté ces douleurs à des hémorroïdes. — Quant à nous qui avons observé, peu de temps auparavant, un cas semblable, nous ne nous laissâmes pas tromper par la diarrhée, et portant le doigt dans le rectum, nous trouvâmes une masse énorme, du volume presque de la tête d'un fœtus; nous fûmes obligés de la diviser avec une sonde de femme; et à la suite d'un lavement, la malade rendit deux vases de matières fécales, dont les premières consistèrent dans des magdaléons noirs, extrêmement durs et qui étaient comme bridés les uns aux autres. — Le dévoiement cessa chez cette malade en même temps que la constipation, et cela devait être puisque c'était elle qui l'entretenait.

M. Toulmouche termine son mémoire par quelques observations qui montrent le danger de l'accumulation des matières fécales dans les intestins, surtout lorsqu'elle survient pendant la durée et principalement à la fin des maladies un peu longues et organiques.

Journal des Connaissances médico-chirurgicales.

(Juin 1844.)

1. Observations sur l'hygroma, ou tumeurs des bourses synoviales sous-cutanées, par M. le docteur Cabaret.

— Les anciens anatomistes, dit l'auteur, ne connaissaient pas les organes qui sont le siège de cette maladie, et par conséquent on a dû rester longtemps incertain sur son origine et sa nature. Mais, depuis qu'on sait que les bourses synoviales existent naturellement dans certains endroits et se forment même accidentellement partout où des mouvements étendus et répétés donnent lieu à un frottement plus ou moins considérable, on s'est fort bien expliqué comment le liquide qu'elles renferment et qui est destiné à favoriser ces mouvements, venant à augmenter par une force quelconque, en détermine le développement.

La partie antérieure du genou est, de toutes les régions, celle qui est le plus fréquemment atteinte d'hygroma, et l'on n'en sera point surpris si l'on considère que cette partie est aussi la plus sujette à éprouver des pressions. On le remarque en particulier chez ceux que leur profession oblige à s'appuyer sur les genoux, chez les prêtres, les religieuses, les blanchisseuses, les couvreurs, etc.

Ces tumeurs acquièrent quelquefois un volume assez grand, pour, malgré leur indolence ordinaire, gêner l'exercice des fonctions; elles sont élastiques, et, de l'aveu de tous ceux qui ont écrit sur cette matière, elles disparaissent quelquefois d'une manière rapide, soit spontanément, soit sous l'influence apparente de frictions réso-

lutives. Nous avons eu, nous-mêmes, deux fois, l'occasion de constater ces résultats, que nous étions loin d'espérer, une fois chez une femme de 74 ans, qui se livrait à de fréquents exercices de piété; une autre fois chez un marchand de volailles, très-vigoureux, qui, en raison des chargements continuels qu'il opérail, agissait souvent du genou. Chez une troisième malade, nous prescrivîmes également les frictions résolatives; mais, ne l'ayant pas revue depuis la consultation que nous lui donnâmes, nous ne pouvons dire si elle fut guérie comme les malades précédents.

Le liquide des tumeurs synoviales consiste tantôt dans de la synovie pure, d'autres fois dans un mélange de cette liqueur avec du sang plus ou moins altéré, ou même avec des corps mobiles ovalaires, légèrement aplatis et très-durs.

D'après ce que nous avons dit de la disparition spontanée de quelques hygromas, il y a lieu de compter pour la guérison de cette affection sur les efforts de la nature, aidée de quelques moyens résolutifs, tels que la solution de muriate d'ammoniaque, les frictions avec les liniments camphrés, ou les pommades mercurielles et iodurées; mais comme cette espérance est le plus souvent déçue et qu'à la gêne qui prive certaines personnes de remplir leurs obligations accoutumées, peut se joindre du danger dans quelques cas, on a proposé divers procédés pour la cure radicale.

M. Cabaret rejette l'excision avec beaucoup de chirurgiens distingués; elle a coûté la vie à plusieurs opérés et ne guérit pas infailliblement. Elle ne convient que lorsque les parois du kyste sont fibreuses et épaisses.

L'incision seule n'a d'autre effet que de vider la tu-

meur, si l'on ne favorise son action à l'aide de mèches ou d'un séton. Brodie rejette l'emploi de ces accessoires proposés par Benjamin et Charles Bell. Il est imité en cela par M. Cruveilhier, qui les regarde comme irritants. D'ailleurs leur action se borne à une portion seulement de la muqueuse du kyste, et quand la guérison doit avoir lieu, elle se fait longtemps attendre.

À l'appui de ces idées, M. Cabaret rapporte plusieurs observations qui se trouvent en regard d'autres observations où la maladie a été traitée par la ponction suivie de l'injection, soit avec le vin alcoolisé, soit avec la solution iodée, comme M. Velpeau le pratique pour ces cas et pour l'hydrocèle. Par ce dernier traitement, auquel notre confrère accorde aussi la préférence, il survient un gonflement modéré les premiers jours. À l'aide de la pression, on fait sortir alors une petite quantité de matière demipurulente; enfin l'adhérence ne tarde pas à s'effectuer de toutes parts, et presque toujours la cure est complète au bout de dix à quinze jours.

Ainsi, ajoute M. Cabaret en terminant, devient incontestable la vérité formulée par le savant professeur de la Charité dans les termes suivants : « Faire naître dans les « cavités closes affectées d'épanchement, une irritation « qui soit toujours adhésive et ne devienne jamais puru- « lente. »

2. *Quelques notes relatives à l'excision des tumeurs ovariennes*, par le docteur CHEREAU. — Quand on envisage toutes les circonstances de siège, de volume, de complications, etc., qui environnent la maladie dont il est ici question, on reste vraiment surpris qu'on ait, je ne dis pas entrepris l'enlèvement, mais même conçu

l'idée de l'enlèvement de pareilles tumeurs. En effet, quand leur volume est encore petit, le peu de gêne qu'elles apportent à l'exercice des principales fonctions, et leur durée, le plus souvent indéfinie, ne permettent pas de songer, pour y remédier, à faire courir à l'infortunée qui en est atteinte les chances trop graves d'une opération de l'ovaire. D'un autre côté, quand elles sont devenues insupportables, les désordres sont arrivés à un tel point qu'une mort presque immédiate semblerait devoir être la conséquence de tentatives téméraires. Cependant ces tentatives ont eu lieu, elles ont été, dans ces derniers temps, assez nombreuses; et, qui mieux est, plusieurs ont réussi. C'est ce qui résulte du travail de M. Chereau. Ce travail, ainsi que le remarque son auteur, n'a pas pour but d'encourager une pareille opération, il met seulement en évidence l'état actuel de la question, il fournit une statistique des résultats jusqu'à présent obtenus.

À part la ponction qui soulage momentanément, on peut concevoir *à priori* l'inutilité de tous les remèdes internes et externes qu'on voudrait essayer contre les kystes ovariens. Hunter n'a jamais observé des exemples de guérison, et je doute qu'il y en ait d'authentiques dans la science, à moins que ces kystes ne se soient accidentellement fait jour au dehors ou dans des cavités naturelles, comme l'intestin, le vagin, etc.

C'est donc évidemment à une opération qu'il faut avoir recours quand on veut guérir ces affections. Ici, la ponction suivie de l'injection n'est point praticable; car le liquide le plus souvent est contenu dans plusieurs kystes. La matière de cette injection ne pourrait pénétrer dans chacune des loges et rendrait par cela même l'entreprise inutile. Elle ne serait applicable que si l'on avait la certi-

tude, par une première ponction, que le kyste est uniloculaire.

L'ouvrage de M. Velpeau nous apprend que l'extirpation de l'ovaire a été pratiquée dès 1722 par Huder, et ensuite en 1731, en 1751, 1752, par d'autres chirurgiens, etc. Depuis la publication de cet ouvrage, on en trouve dans les annales de la science beaucoup d'exemples. Louée outre mesure par quelques-uns, elle n'a pas été moins blâmée par quelques autres. Le nombre des extirpations connues s'élève maintenant à 65. M. Cabaret en dresse un tableau où l'on voit que sur 42 cas de succès complet ou de simple rétablissement, il n'y eut que 23 morts, c'est-à-dire un tiers de moins que pour les grandes opérations d'amputations de cuisse, de hernies étranglées, etc.

Toutefois, il ne faut pas avoir égard au résultat de cette comparaison d'une manière absolue, attendu que les opérations de hernie, etc., sont forcées, tandis qu'une femme opérable d'une hydropisie de l'ovaire peut vivre encore longtemps sans être opérée.

M. Cabaret indique deux procédés d'extirpation : l'un consistant dans une petite incision à travers laquelle on retire le kyste affaissé après l'évacuation du liquide ; l'autre dans une grande et large ouverture pour arriver au même but. M. Cabaret estime ce procédé plus sûr que le précédent, qui, à son gré, est d'une difficulté très-grande, sinon impraticable.

Des objections très-fortes ont été élevées contre l'extirpation des ovaires. Les partisans de cette opération ne les ont pas laissées sans réponses. Nous ne suivrons pas M. Cabaret dans l'exposé des motifs pour et contre auquel il se livre. Il nous suffira de dire que l'un des plus puissants arguments en faveur de l'extirpation est l'inno-

cuité plus grande qu'on ne l'a supposé des lésions du péritoine et le peu de durée de la vie après qu'on s'était décidé à faire les premières ponctions de l'hydropisie enkystée. Sur un relevé de 20 cas, en effet, 14 moururent dans les neuf mois, quelques-unes dès les premiers jours, 2 au bout d'un an et demi, et les 4 dernières entre 4 et 9 ans.

Archives générales de médecine.

(Mai et juin 1844).

1. *Mémoire sur la réparation ou cicatrisation des foyers hémorragiques du cerveau*, par le docteur DURAND-FARDEL, (suite). — Dans cette seconde partie, comme déjà nous l'avons indiqué, l'auteur s'attache à démontrer que certaines altérations attribuées généralement à l'hémorragie cérébrale proviennent au contraire du ramollissement. Pour cela, il invoque deux ordres de preuves, les unes positives, les autres négatives.

M. Durand-Fardel parle d'abord des plaques jaunes. Leur origine, dit-il, est facile à constater anatomiquement. Il a observé et publié une série de faits dans lesquels on suit le passage de ramollissements infiltrés de sang à cet état de plaques jaunes qui, plus tard, peuvent devenir elles-mêmes le siège d'ulcérations. D'un autre côté, on les rencontre chez des sujets qui n'ont présenté aucun signe d'hémorragie cérébrale; enfin, elles existent sans déchirure; et c'est à tort que M. Cruveilhier les a regardées comme des cicatrices.

Et d'ailleurs, elles sont limitées à l'épaisseur de la couche corticale des circonvolutions, là où les épanchements

sanguins sont extrêmement rares, à moins qu'on ne veuille appeler de ce nom les apoplexies capillaires du savant professeur, auxquelles, en effet, les plaques jaunes peuvent succéder.

Il contredit encore les opinions généralement reçues à l'égard de ces espaces creux que l'on trouve dans le cerveau remplis d'un tissu cellulaire, blanc, grisâtre, à mailles entrecroisées, et comprenant entre elles un liquide trouble et lactescent, lait *de chaux*. Le plus souvent les parois de ces espaces sont ramollis et confondus avec le magma cellulaire; quelquefois elles sont lisses comme les séreuses. Cette infiltration celluleuse, comme il la nomme, forme une des périodes du ramollissement. A l'appui de cette opinion il rapporte plusieurs faits dans lesquels on voit ou l'absence de symptômes apoplectiques, ou la coïncidence d'autres lésions que l'infiltration, susceptibles d'expliquer la présence de ces symptômes.

Notre confrère rappelle qu'il a prouvé ailleurs, par des observations nombreuses et précises, la manière dont s'opère la transition du ramollissement aigu au ramollissement pulpeux ou chronique; et de ce dernier aux plaques pour la couche corticale, et aux infiltrations celluleuses pour la substance médullaire et grise centrale. Souvent autour des espaces dont il s'agit, le tissu est ramolli.

Par contre, aucun exemple de foyer hémorrhagique en voie de résolution, ne présente la moindre tendance à une semblable transformation. Là, en effet, le sang est remplacé par de la sérosité, ou s'il ne s'en forme point, on remarque des traces évidentes de l'existence antécédente du sang dans une cavité. Il y a de petits caillots, non résorbés, dont la disparition, quand elle s'effectue, ne laisse après elle qu'une simple cicatrice.

Ajoutons que, dans l'infiltration celluleuse, on ne

trouve ni liquide rougeâtre, ni dépôt de fibrine, caractères, presque constants des épanchements; au contraire, le lait de chaux y existe presque toujours.

Dans l'hypothèse d'une hémorrhagie, l'infiltration celluleuse ne s'expliquerait que par la dégénération du sang épanché. Mais tous les faits déposent contre cette idée : pas un n'offre d'indices d'un travail organisateur dans le caillot. S'il n'est resorbé, il s'enkyste et s'isole comme un corps étranger.

Bien plus, les infiltrations celluluses sont presque constamment sous-jacentes à la pie-mère ou à la membrane ventriculaire. Or, croit-on qu'une hémorrhagie instantanée se serait laissé arrêter par de tels obstacles? Dans la plupart des cas, cela ne peut être. Aussi M. Durand Fardel, fort de la réunion de toutes ces circonstances, est-il fortement convaincu de la réalité de l'origine qu'il assigne à l'infiltration celluleuse, et de la fréquence beaucoup moins grande qu'on ne l'imagine de l'hémorrhagie cérébrale.

DELASIAUVE.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX ITALIENS.

Nouveau criterium régulateur de la saignée. — Recherches pour découvrir dans le sang l'urine et les autres sécrétions animales, et les composés minéraux. — Réforme du système pénitentiaire en général, et du système cellulaire en particulier. — Monomanie guérie par l'apparition d'une tumeur critique. — Recherches historiques et statistiques sur les tubercules pulmonaires. — Fonctions du cervelet. — Tétanos rhumatismal guéri par le sulfate de quinine.

Nouveau criterium régulateur de la saignée, par le D. POLLI. — « Toutes les fois que l'on pratique une très-large

soustraction de sang ou qu'elle est telle que le malade tombe en lypothimie, la dernière partie du sang extrait se coagule toujours avec la plus grande rapidité, quel qu'ait été le temps employé par la première portion pour le faire; toutes les fois, au contraire, que l'on pratique une saignée à un individu atteint de congestion sanguine vers les centres nerveux, d'asphyxie, d'apoplexie, etc., etc., si l'on réussit à rétablir la liberté des fonctions vitales, la dernière portion du sang extrait se coagule beaucoup plus lentement que celle qui s'est écoulée la première.

« Il suffit de mettre obstacle de quelque manière que ce soit au cours du sang dans une veine, ou de diminuer, à l'extrémité de celle-ci l'irradiation nerveuse à l'aide d'une ligature, pour que le sang que l'on en tire ne tarde pas à se coaguler, quoiqu'il puisse encor réacquérir rapidement la faculté de se maintenir longtemps liquide hors des vaisseaux, lorsqu'on éloigne les obstacles qui s'opposaient à la circulation ou à l'innervation.

« Dans les maladies proprement inflammatoires et graves, pendant lesquelles on tire souvent du sang, si l'on compare à chaque saignée la manière dont se coagule la première et la seconde portion extraite, on observe que, dès le principe, la concrétion du sang de la dernière partie suit celle de la première, et le phénomène s'accroît en proportion du développement de la maladie, jusqu'à ce qu'elle soit arrivée à son comble; alors, et dès qu'elle commence à décroître, la coagulation du sang de la dernière partie précède, au contraire, celle de la première. Dans les maladies où le docteur Polli avait suspendu les émissions sanguines pendant quelques jours, bien que la lente coagulation de la dernière partie du sang eût annoncé que l'inflammation continuait sa marche ascendante et qu'il y avait tolérance de la saignée, il fut

contraint d'avoir de nouveau recours à ce moyen thérapeutique. Dans aucun cas de prompt guérison il n'avait abandonné la saignée que lorsque le sang avait montré dans la coagulation de sa dernière portion un changement qui a été noté vers la fin des maladies inflammatoires.

« Dans les cas, au contraire, où il avait trop insisté sur les émissions sanguines, bien que le sang se fût coagulé rapidement dans les deux portions extrêmes d'une saignée, il dut y renoncer de suite à cause des signes positifs d'intolérance de ce moyen ; et dans ces cas malheureux où il avait persisté obstinément dans l'emploi de la saignée, l'épuisement vital mit une fin plus rapide à la vie, que la maladie elle-même ne l'aurait fait. Il résulte donc de semblables observations que l'état de liquidité du sang extrait des vaisseaux sert à mesurer, aussi bien pendant le cours d'une saignée que d'une saignée à l'autre, l'énergie vitale propre de l'individu et celle qui est mise en jeu par l'élément morbide, et que par conséquent il peut déterminer la tolérance et l'indication de la soustraction du sang ; de même, au contraire, la rapide coagulation du sang annonce une diminution proportionnelle ou la disparition du travail pathologique, et dans tous les cas la dépression de la puissance qui dirige les mouvements vitaux phlogistiques ou morbides. »

Rien n'est plus facile, selon l'auteur, que de déterminer le degré jusqu'ou doit être portée l'évacuation sanguine. Il suffit de recueillir séparément, dans deux petits verres, la première et la dernière portion du sang extrait par la saignée, avec les précautions nécessaires pour ne pas troubler la coagulation et pour que des influences accidentelles ne viennent pas en diminuer la signification. Et, si l'on assiste à la consolidation spontanée de ce sang

en mesurant, à l'aide d'une montre, le temps qu'elle emploie à s'effectuer dans les deux portions, on a tous les éléments nécessaires pour établir son jugement. On pourrait, dans les cas les moins délicats, estimer à peu près le temps de coagulation, même sans assister au phénomène, d'après l'apparence couenneuse présentée par le sang, parce que la hauteur de la couenne est, au fond, toujours dépendante du temps employé pour la coagulation, bien que quelques autres causes secondaires, telles que la densité, la température, l'agitation, le contact de l'air, etc., etc., puissent plus ou moins modifier l'effet de la formation de la couenne.

Quoi qu'il en soit, si, chez un malade, la première portion de sang extrait dans une saignée modérée se coagule lentement et la dernière plus lentement encore, il est certain que l'émission sanguine, au lieu d'abattre et d'épuiser le malade, réveille l'activité des fonctions; il y a grande tolérance; suivant les expressions de l'auteur, le malade, dans ce cas, sent plus la maladie que la saignée.

Si, au contraire, on observe que la dernière portion se coagule beaucoup plus rapidement que la première, on peut être sûr, alors, que la saignée tend directement à abattre les forces du malade et à l'épuiser; elle n'est plus indiquée, ou ne peut être profitable qu'employée avec parcimonie. C'est le cas où le malade sent plus la saignée que la maladie.

S'il arrive enfin que, tant la première que la dernière portion du sang extrait se coagule rapidement et la dernière encore plus que la première, il y a contre-indication formelle aux émissions sanguines; elles sembleraient indiquées par tous les autres symptômes que ce signe là seul suffirait pour en détourner, sous peine de voir suc-

comber le malade, ou, dans la plupart des cas, de voir tous les symptômes morbides s'aggraver.

La différence dans le temps que met à se coaguler la première et dernière portion du sang d'une saignée dépend, d'une part, de la condition vitale particulière de l'individu, et de l'autre, de la quantité de sang extrait dans un temps donné et en une fois. Il est donc évident que ce criterium pourra, non seulement nous faire juger de la convenance de la saignée dans une circonstance donnée, mais aussi nous aider à déterminer la quantité exacte qu'il faudra tirer chaque fois, la promptitude avec laquelle il faudra opérer l'évacuation et l'intervalle qu'il conviendra de mettre entre une émission et l'autre. L'auteur conseille, en outre, lorsqu'une affection un peu grave présente des symptômes qui n'en dévoilent pas complètement le caractère et que l'on craint de faire du mal en tirant du sang, de n'extraire de la veine qu'une ou deux onces que l'on recueillera dans deux petits verres, et d'observer sur ces faibles quantités le phénomène de la coagulation.

Il n'est pas nécessaire, pour bien guérir une inflammation, de tirer du sang jusqu'à ce qu'il ne présente plus de couenne, tandis qu'il est indispensable de s'abstenir des émissions sanguines quand la coagulation s'opère avec une rapidité supérieure à celle qu'elle offre dans l'état de santé. Car il faut remarquer ici que la formation de la couenne, à coagulabilité égale du sang, devient beaucoup plus facile après un certain nombre de saignées que dans les premières, à cause de la diminution de densité qui résulte des pertes faites par le système vasculaire.

La couenne, en effet, n'est essentiellement produite ni par une augmentation de la fibrine, ni par une diminution des globules rouges, ni par une atténuation du sé-

rum, mais par une certaine lenteur dans la coagulation du sang, ou plutôt par la faculté que, dans certaines conditions morbides, et surtout sous l'influence de l'élément phlogistique, la fibrine acquiert de se maintenir pendant un temps plus ou moins long et supérieur au temps ordinaire, à l'état liquide en dehors des veines. Un malade peut avoir en circulation du sang capable de produire une couenne et n'en pas moins guérir sans qu'il soit nécessaire de le saigner.

La couenne n'est donc qu'une nouvelle forme que, sous l'influence d'une disposition particulière de ses éléments, la masse sanguine prend en se coagulant; c'est un état hypersthénique de sa fibrine.

Tel est le résumé du travail du docteur Polli, travail qui contient en outre un tableau de vingt observations, recueillies sur des malades atteints d'affections variées, plus ou moins graves, et dans lequel on a noté le nombre des saignées, le temps qu'ont mis à se coaguler les deux parties du sang, la température de l'atmosphère, les détails sur l'âge et la constitution du malade, le nombre des pulsations après chaque saignée et les circonstances remarquables de la maladie.

(*Annali univ. di med.*, 1844, janv., fév., mars.)

Recherches pour découvrir dans le sang, l'urine et les autres sécrétions animales, les composés minéraux administrés par la bouche. — Lorsque le professeur Pannizza entreprit ses recherches sur l'absorption veineuse, recherches dont nous avons déjà parlé ailleurs, il fit analyser le sang des malades et des animaux qu'il soumit à ses expériences, par un chimiste distingué de Milan, M. Antonio de Krames. Ce sont les conclusions du mémoire de ce dernier que nous donnons ici.

1844. Juin. T. II.

17

1° Les sels à base alcaline, administrés par la bouche, passent avec facilité dans le sang et les urines et même dans la sueur et la salive, comme le prouve l'iodure de potassium;

2° Les combinaisons métalliques pesantes passent dans le sang et les urines, de telle sorte qu'on peut les y découvrir aisément;

3° Les sels à base alcaline dont est chargé le sang tendent à être éliminés avec une rapidité beaucoup plus grande que celle avec laquelle il semble se débarrasser des combinaisons des métaux proprement dits; ainsi, l'urine cesse de donner des indices de l'iodure potassique six jours après la suspension du remède, tandis que l'antimoine peut encore se retrouver dans le sang et l'urine huit ou dix jours après la cessation du traitement antimonial;

4° Le sang, à l'état normal, contient toujours du manganèse dans la proportion de 1|10,000 à 4|50,000 de son poids.

5° Les urines normales contiennent du fer;

6° On y rencontre aussi du cuivre qui semble provenir des vases de ce métal si employés dans l'économie domestique.

Ces conclusions d'un chimiste étranger viennent compléter ou confirmer les opinions émises depuis quelques années, en France, par des hommes qui font autorité dans la science.

(*Filiatre Sebezio*, février, 1844).

Réforme du système pénitentiaire en général, et du système cellulaire en particulier. — Au moment où la

réforme du système pénitentiaire occupe, en France, les deux Chambres, il n'est pas hors de propos de faire connaître, en peu de mots, l'opinion émise au dernier Congrès scientifique d'Italie, tenu à Lucques, vers la fin de l'année dernière, par la commission chargée d'examiner cette question sous le rapport médical.

C'est d'abord au Congrès scientifique de Florence, en 1841, puis à celui de Padoue, en 1842, que des hommes haut placés vinrent prier les savants de porter leur attention sur la nécessité d'une réforme pénitentiaire demandée par l'humanité, et les engager à formuler leur opinion, surtout au sujet du système cellulaire que l'on accusait d'être pernicieux à la santé des prisonniers, lorsqu'il était appliqué pendant plus de deux années. Une commission, composée de médecins italiens distingués, fut chargée du soin de recueillir tous les documents nécessaires et se servit, par son rapport, non seulement des faits articulés et des discussions soulevées dans les deux congrès cités plus haut, mais de tous ceux qui lui furent adressés de toutes les parties de l'Italie, et des renseignements officiels pris en France, en Suisse, en Hollande, etc., etc. Après avoir examiné les résultats obtenus par les divers systèmes pénitentiaires mis en usage depuis un certain nombre d'années, et avoir démontré leur insuffisance ou leur danger, la commission a considéré le système cellulaire comme le meilleur de tous et comme incapable de nuire à l'existence, soit physique, soit morale des prisonniers, si, dans ce système, on adopte une séquestration des prisonniers entr'eux et non une privation complète des rapports extérieurs qui ne peuvent, au contraire, que leur être favorables lorsqu'ils ont lieu avec des personnes dont la moralité est reconnue. Voici, du reste, les conclusions de la commission.

1° Chaque fois que le principe de nécessité sociale demandera, dans les prisons, l'adoption du véritable régime cellulaire, on ne pourra s'appuyer sérieusement sur les règles de l'hygiène pour s'opposer à son application.

2° Si, d'une part, aucune circonstance générale dans les diverses contrées de l'Italie, ne rend plus nuisible qu'ailleurs l'adoption des prisons cellulaires, dont on trouve le premier exemple d'application aux délits les plus graves en Italie et à Milan, dès 1766, d'une autre part le soin d'adapter cette réforme aux circonstances particulières de ces diverses contrées, n'est pas une question qui soit susceptible d'être traitée dans un congrès général; il faut donc la livrer aux méditations des jurisconsultes et des médecins de chaque pays italien.

(*Annali univ. di med.*, février, mars 1844).

Monomanie guérie par l'apparition d'une tumeur sur l'omoplate droite. — Un homme de 33 ans, d'un tempérament lymphatique, d'un caractère irritable, fantasque, soupçonneux, fut pris d'une monomanie religieuse d'abord légère et à intervalles assez éloignés, puis très-exaltée et continue. Six ans avant le développement de l'aliénation mentale, le malade avait eu la gravelle, et alors ses urines déposaient un sédiment pulvérulent, rougeâtre, ce que l'on attribua à une exubérance d'acide urique. Au bout de deux ans, soit par suite d'un long usage du carbonate de potasse et d'un régime végétal, soit que l'affection se portât sur un autre organe, la gravelle cessa; c'est alors que la rate devint le siège d'un engorgement considérable, qui ne disparut que peu de temps avant l'apparition de l'aliénation mentale. Il y avait environ

trois mois que cette dernière maladie existait lorsqu'un flux hémorrhoidal sembla l'améliorer sensiblement, mais seulement pour un temps ; car elle redevint aussi forte qu'auparavant, malgré les applications de sangsues que l'on fit à l'anus. On n'obtint quelque soulagement que des bains froids, des aspersiones froides sur la tête, des purgatifs salins et des vésicatoires, enfin de l'extrait de stramonium, qui produisit un peu de calme et de sommeil. Un peu avant l'apparition du flux hémorrhoidal, le malade avait ressenti à la nuque une douleur et quelquefois une sensation de chaleur qui correspondaient au siège du cervelet et exaltaient la monomanie ; cette douleur et cette chaleur augmentèrent dans la suite, et donnèrent lieu à du priapisme, à des pollutions et à un accroissement très-notable de l'aliénation mentale. Il y avait quelque temps que cet état durait, lorsque le malade accusa à la région supérieure de l'omoplate droite une douleur et une chaleur qu'il prenait pour une irradiation de celles qu'il éprouvait déjà à la région occipitale. Mais on vit bientôt paraître au premier endroit une tumeur large d'un demi-pouce, entourée d'une auréole de deux pouces environ, d'un rouge de feu, rémittente, chaude et douloureuse. Dès lors l'aliénation mentale commença à diminuer, et s'affaiblit à mesure que la tumeur tendit à s'abcéder. Celle-ci fut ouverte avec l'instrument, et on eut soin d'entretenir la suppuration ; de telle sorte que, lorsque la cicatrisation eut lieu, le malade était redevenu parfaitement sain d'esprit. — Cette observation du docteur Ferramosca n'offre-t-elle pas un exemple très-remarquable de ces crises que nous sommes à même d'observer si souvent dans les maladies ? et faut-il croire avec

l'auteur que la diathèse urique n'était que l'origine de la maladie mentale ?

(*Filiatre Sebezio*, février 1844.)

Le fascicule d'avril dernier du *Filiatre Sebezio* contient un travail du docteur Nicolucci, intitulé : *Observations anatomo-pathologiques sur la formation des tubercules pulmonaires*, qui renferme des recherches historiques et statistiques fort intéressantes ; la longueur de ce travail nous oblige à n'en donner que les principales conclusions :

1^o Les scrofules et les tubercules ne sont qu'une seule et même maladie, différant seulement suivant les organes où elle se développe.

2^o Les tubercules ne sont pas une maladie locale, mais une maladie générale, une maladie des humeurs.

3^o Les parties où la matière tuberculeuse se dépose sont la cavité des cellules pulmonaires ou la superficie interne de la paroi muqueuse de l'organe de la respiration.

4^o Les tubercules ne se ramollissent pas par eux mêmes, mais par la déposition qui se fait autour d'eux d'une lymphe sécrétée par le tissu pulmonaire enflammé.

5^o Les causes qui développent la phthisie ne l'engendrent pas ; elles ne font que déterminer l'essor du mal déjà contenu dans les humeurs.

6^o Le climat peut exercer une certaine influence sur le cours de la phthisie et l'arrêter à son début ; mais il n'apporte guère d'amélioration à cette maladie confirmée.

7° La phthisie est plus fréquente entre 15 et 60 ans qu'avant ou après cet âge, etc.

On trouve dans le même recueil (fascicule de mai 1844), deux articles originaux qui méritent d'être cités. Le premier est intitulé: *Recherches expérimentales sur les fonctions du cervelet*. L'auteur, le docteur Nicolucci, après avoir passé en revue les opinions émises jusqu'à ce jour et avoir cité les expériences qu'il a faites sur les oiseaux et les mammifères, termine en disant qu'il est évident pour lui que le cervelet préside à la coordination des mouvements de locomotion, et que par son moyen la volonté règle tous les mouvements volontaires des animaux. Nous nous contentons de citer cette conclusion qui vient à l'appui des opinions de M. Flourens sur le même sujet.

Le second article est relatif à un cas de *tétanos rhumatisimal guéri par le sulfate de quinine* chez un homme de 52 ans. Cette maladie arrivée au sixième jour allait toujours croissant d'intensité malgré quatre saignées, des purgatifs, etc., lorsque le docteur C. Ampeli Caldenio tenta de la traiter par le sulfate de quinine, se fondant sur cette maxime de Rasori que « le quinquina est absolument et sûrement indiqué dans toutes les maladies « fébriles offrant de la douleur ou toute autre forme, intermittentes ou même rémittentes, que l'on peut rapporter avec certitude à une cause humido-miasmatique. » Le second jour de l'usage du sulfate de quinine on remarqua un commencement d'amélioration. Le troisième elle augmenta ainsi que les jours suivants, de telle sorte qu'en moins d'un mois le malade put sortir parfaitement guéri de l'hôpital. Il faut noter que dans ce cas la rigidité des muscles de l'abdomen fut la dernière à se dissiper et que le malade n'éprouva de symptômes fâcheux ni du

côté de la tête, ni du côté du ventre, bien qu'en vingt-deux jours, il eût pris environ une once de sulfate de quinine.

C. DEVILLIERS.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT DE FRANCE.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Mai et juin 1834).

Nouveau vaccin. — Influence des nerfs de la huitième paire sur les phénomènes chimiques de la digestion.

SÉANCE DU 27 MAI. — *Nouveau vaccin.* — M. Magendie annonce à l'Académie qu'il vient de rencontrer le cow-pox sur une vache qui lui appartient. La femme qui trait cette vache s'étant plaint à lui qu'elle avait contracté des boutons aux mains en la trayant, M. Magendie visita les trayons de la vache, et y reconnut plusieurs boutons et quelques croûtes qui lui parurent appartenir au cow-pox. Pour en avoir la certitude, il pria M. le docteur Fiard, qui s'occupe spécialement de vaccinations, de s'assurer si l'éruption était bien le cow-pox, et dans le cas de l'affirmative, de recueillir le fluide des boutons et de le transmettre à des enfants dans le bureau de charité où il pratique hebdomadairement les vaccinations. En effet, il vaccina plusieurs enfants, et il se développa un véritable bouton vaccinal qui a servi lui-même à de nou-

velles vaccinations qui ont très-bien réussi, et aujourd'hui un vaccin nouveau est en pleine activité dans le 3^e arrondissement, où chacun pourra se le procurer. M. Magendie met aussi sa vache, qui offre encore plusieurs pustules semblables aux précédentes à la disposition des médecins. Les médecins qui regardent le renouvellement du vaccin comme indispensable à la vertu préservatrice, pourront se satisfaire et se procurer sans difficulté un vaccin dont l'origine ne peut laisser aucun doute.

M. Fiard lit le résultat des expériences d'inoculation qu'il a pratiquées avec ce virus.

Sur l'invitation de M. Magendie, M. Fiard se rendit le 1^{er} mai à Cernay. Lors de sa visite, les trayons de la vache offrent encore les cicatrices des éruptions passées, et quelques croûtes recouvrent les anciennes pustules. Un bouton de forme vaccinale, acuminé, gros comme le bout du doigt, existe seul en arrière de la mamelle. M. Fiard ouvre ce bouton, et recueille dans trois tubes le liquide sanguinolent qui s'en écoule. Il avait de même recueilli la matière trouvée sous les croûtes.

Le lendemain, 2 mai, était le jour de la vaccination publique à la mairie du 3^e arrondissement. Chargé de cette opération, M. Fiard appela cinq de ses confrères, membres comme lui du bureau de bienfaisance.

Il fut convenu que ces messieurs vaccineraient les bras droits des enfants avec le vaccin ordinaire, tandis que M. Fiard inoculerait aux bras gauches des mêmes enfants les diverses matières qu'il avait recueillies sur la vache. On opéra ainsi sur sept enfants. M. Fiard fit à chacun d'eux cinq piqûres. Le 8 mai, c'est à-dire le sixième jour après la vaccination, les enfants furent examinés. Toutes les vaccinations pratiquées avec le vaccin ordinaire avaient réussi. Au bras gauche des six pre-

miers, on ne rencontre rien ; sur le dernier, on trouve au bras gauche une pustule ayant parfaitement la forme vaccinale, et semblable en tout aux pustules développées sur le bras droit.

Le 11 mai, deux autres enfants et une femme furent vaccinés avec le liquide pris sur cette pustule consécutive à l'inoculation du cow-pox et, le 13 mai, on constata la réussite de ces nouvelles vaccinations. Plusieurs autres enfants furent vaccinés avec le même succès, et aujourd'hui, les vaccinations à la mairie du 3^e arrondissement se font exclusivement avec le nouveau vaccin.

De l'influence des nerfs de la huitième paire, sur les phénomènes chimiques de la digestion. — M. Bernard (de Villefranche) lit un travail sur ce sujet. L'auteur s'est proposé, dans une série d'expériences, de rechercher d'une manière plus précise qu'on ne l'avait fait jusqu'à présent, le rôle qu'on doit attribuer à l'influence nerveuse des nerfs pneumo-gastriques, dans l'acte de la chymification. Tout le monde sait que les auteurs ne sont pas d'accord sur le rôle précis que jouent ces nerfs dans l'acte de la digestion, et que plusieurs points de cette question sont controversés. Les résultats différents et souvent contradictoires auxquels on est arrivé, dépendant de causes d'erreurs inhérentes aux difficultés mêmes de l'observation, M. Bernard a pensé que si les fonctions de l'estomac pouvaient s'accomplir sous nos yeux, l'étude de ces phénomènes en serait plus facile, et qu'il deviendrait alors possible d'apprécier directement la série des phénomènes chimiques qui s'opèrent dans cet organe avant et après l'ablation des nerfs de la huitième paire. Ce sont ces dernières conditions d'observation que M. Bernard a essayé de réaliser. Voici le genre d'expériences qu'il a institué à

cet effet : il a pratiqué une ouverture fistuleuse à l'estomac d'un chien, de manière à observer ce qui se passait dans ce viscère pendant la digestion. L'animal fut soumis alternativement à deux genres d'aliments : 1° à la viande crue ; 2° à une sorte de soupe, composée avec du pain, du lait et du sucre de canne.

Au moment de l'ingestion des aliments, la membrane muqueuse devenait rouge, turgide, comme érectile, et il s'exhalait à sa surface un liquide transparent, et acide comme le suc gastrique qui venait humecter le bol alimentaire. La viande crue était, au bout de trois ou quatre heures, réduite en une pâte chymeuse à réaction très-acide. Quand c'était la soupe au lait qui avait été donnée, le lait était d'abord coagulé ; puis après une demi-heure ou trois quarts d'heure, le tout ne formait plus qu'une bouillie homogène, blanchâtre, très-acide. Jamais on n'observait aucun signe de fermentation dans les matières ingérées. Le bol alimentaire sucré, examiné soit au commencement, soit à la fin de la digestion, contenait toujours le sucre à l'état de sucre de canne.

Après huit jours d'observation, M. Bernard résolut de couper les nerfs pneumo-gastriques. Le chien étant à jeun depuis vingt-quatre heures, l'expérimentateur enleva l'appareil qui bouchait habituellement la fistule ; il nettoya l'intérieur de l'estomac avec une éponge douce. Le viscère accusait une sensibilité marquée et se contractait sur le corps étranger ; la muqueuse laissait échapper en abondance du suc gastrique.

C'est en ce moment que fut faite la résection des deux nerfs pneumo-gastriques dans la région moyenne du cou. Aussitôt la muqueuse, qui était turgescente, s'affaissa, devint pâle, comme exsangue. La sensibilité et le mouvement cessèrent ; la production du suc gastrique s'arrêta

instantanément, et bientôt à sa place il survint une sécrétion abondante d'un mucus filant à réaction neutre.

Des morceaux de viande et de la soupe de lait sucré sont introduits dans l'estomac. Après une heure, on trouve le pain ramolli et imbibé de mucus filant ; le lait n'est pas coagulé ; la viande n'a subi aucune altération, et toute la masse alimentaire offre une réaction neutre. Au bout de deux heures, les choses sont dans le même état, la réaction toujours neutre.

Après huit heures, M. Bernard trouve dans l'estomac une espèce de bouillie blanchâtre à réaction extrêmement acide. Mais il ne fut pas difficile de constater que cette acidité provenait d'une transformation lactique qui s'était opérée au sein des matières de la soupe sucrée. La viande n'avait pas éprouvé la moindre altération. Il en était encore de même au bout de vingt-quatre heures.

D'après le résumé de cette première expérience, on voit, dit M. Bernard : 1° que la résection des nerfs pneumo-gastriques a éteint non-seulement le sentiment et le mouvement de l'estomac, mais qu'elle a de plus arrêté instantanément la production du suc gastrique ;

2° Qu'après cette résection la digestion ne s'est plus opérée, puisque vingt-quatre heures après les morceaux de viande introduits dans l'estomac ont été trouvés entiers et inaltérés ;

3° On remarquera surtout qu'en l'absence du suc gastrique il a pu survenir des décompositions spontanées au sein des matières contenues dans l'estomac, comme le démontre la transformation lactique qui s'est développée aux dépens des éléments de la soupe au lait sucré.

Sur d'autres chiens auxquels il avait coupé les nerfs pneumo-gastriques, M. Bernard a vu qu'après trois ou quatre heures d'ingestion, le sucre de canne était déjà

changé en sucre de raisin, et au bout de dix ou douze heures la transformation lactique était complète. Quand les matières alimentaires, comme la viande, par exemple, n'étaient pas susceptibles de donner lieu à des décompositions acides, la réaction neutre de l'estomac persistait jusqu'à la fin.

Ainsi, ajoute M. Bernard, il peut se passer dans l'estomac deux séries de phénomènes chimiques de nature bien différente, suivant que cet organe reçoit son influence nerveuse normale ou suivant qu'il en est privé. Quand l'estomac reçoit l'influence des nerfs de la huitième paire, il se produit du suc gastrique qui opère la dissolution chymeuse des aliments. Par suite de cette action du fluide gastrique, les substances contenues dans l'estomac sont soumises à des décompositions spéciales qui leur font perdre la propriété de fermenter ou de réagir les unes sur les autres. Ainsi le suc gastrique prévient la putréfaction. Si, au contraire, l'estomac est privé de l'influx nerveux de la huitième paire, la digestion s'arrête, et les aliments non-modifiés par le suc gastrique réagissent les uns sur les autres.

M. Bernard cite une dernière expérience qui rend encore plus évidents les faits précédents, en même temps qu'elle prouve que l'absorption peut s'opérer dans l'estomac, même après la résection des nerfs pneumo-gastriques. On sait que l'émulsine et l'amygdaline sont deux substances innocentes quand on les administre isolément, mais qu'elles développent de l'acide cyanhydrique et deviennent un poison violent lorsqu'on les met en contact.

Ayant pris deux chiens à jeun, M. Bernard coupa, sur l'un d'eux, les nerfs pneumo-gastriques. Dans l'estomac de chacun d'eux, il ingéra une dose d'émulsine ; puis, après une demi-heure, une quantité égale d'amygdaline.

Le chien sur lequel avaient été coupés les nerfs pneumo-gastriques mourut au bout d'un quart d'heure avec les symptômes de l'empoisonnement par l'acide cyanhydrique, l'autre chien a survécu sans éprouver d'accidents. Chez le dernier de ces animaux, l'émulsine, modifiée par le suc gastrique, avait perdu la propriété de réagir sur l'amygdaline.

L'auteur conclut de cette dernière série d'expériences que dans la digestion stomacale les aliments sont exclusivement soumis à l'action puissante du fluide gastrique. Leurs affinités naturelles semblent alors en quelque sorte détruites, et il ne peut s'opérer entre leurs éléments aucune décomposition spontanée.

Quant, après la résection des nerfs de la huitième paire, ces réactions s'opèrent, cela tient à l'absence du suc gastrique dans l'estomac.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

(Juin 1844.)

Cow-pox. — Incident relatif à la commission orthopédique. — Calcul et Fistule vésico-vaginale. — Suite de l'incident relatif à la commission orthopédique. — Fistules vésico-vaginales. — Question des ophthalmies.

SÉANCE DU 4 JUIN. — *Cow-pox.* — L'Académie reçoit, sous le couvert de M. le ministre du commerce, un mémoire de M. Fiard sur le cow-pox récemment découvert par M. Magendie. (Voir le compte-rendu de la séance

précédente de l'Académie des sciences.) Cet envoi est accompagné d'une lettre de M. Fiard, qui offre à l'Académie de lui donner tous les renseignements qu'elle désirera, sur ce nouveau cow-pox.

Le bureau renvoie la communication du ministre, ainsi que la lettre de M. Fiard, à la commission de vaccine et propose d'y adjoindre MM. Hamel et Barthélemy : le premier en qualité de médecin du bureau de bienfaisance du troisième arrondissement et comme ayant déjà assisté aux premières expériences; le second comme médecin vétérinaire.

M. Bousquet demande la parole à l'occasion de cette communication. La commission de vaccine, dit-il, a prévenu les vœux de l'Académie : elle s'est déjà adressée de son propre mouvement à M. Magendie, à M. Fiard et au ministre lui-même, tant pour assister aux expériences que pour être mise en mesure de les répéter elle-même. Elle a obtenu à cet effet de M. le ministre deux petits tubes contenant du nouveau cow-pox avec lequel elle a pratiqué des inoculations. Ces inoculations faites depuis quatre jours sont trop récentes encore pour avoir pu donner un résultat; mais l'expérience est en train, la commission s'empressera d'informer l'Académie des résultats.

Incident relatif à la commission orthopédique —
M. Roux monte à la tribune et s'exprime ainsi : Je viens, au nom de la commission chargée d'examiner le travail de M. Malgaigne sur la myotomie rachidienne, faire part à l'Académie des difficultés qui ont surgi dans l'exécution de sa mission. La première chose que la commission crut devoir faire, c'était d'examiner les sujets opérés qui font

le sujet du mémoire. A cet effet, M. Malgaigne fut prié de présenter ces malades à la commission. Il n'en amena qu'une seule. La commission fit alors une démarche directe auprès des parents, en les invitant à présenter leurs enfants à jour déterminé. Deux dimanches furent successivement indiqués pour cet examen : une seule jeune fille fut amenée par sa mère. La commission n'a donc pu voir jusqu'à présent que deux sujets. Cela étant, nous nous sommes demandé s'il ne conviendrait pas que les membres de la commission se rendissent chacun individuellement au domicile des malades pour constater leur état. Sur les cinq membres qui composent la commission, trois ont adhéré à cette proposition, deux ont exprimé la répugnance que leur inspirait cette démarche, et ont déclaré ne vouloir pas s'y prêter. En cet état de choses, la commission a jugé à propos de soumettre ces difficultés à l'Académie, afin de savoir si elle doit résigner sa mission ou si les membres qui composent la majorité doivent se considérer comme autorisés à passer outre.

M. Castel : Si j'eusse été présent à la séance dans laquelle M. Malgaigne a lu son mémoire et demandé l'intervention de l'Académie pour constater des faits avancés par un de nos collègues, je m'y serais opposé de toutes mes forces. J'aurais invoqué la dignité de l'Académie, J'aurais dit que l'Académie a mission de veiller aux progrès et aux intérêts de la science, et non de servir les passions. Elle n'est pas chargée surtout de faire des enquêtes sur tel ou tel traitement dirigé par tel ou tel médecin. Où en serions-nous s'il fallait, toutes les fois qu'une communication de cette nature serait faite par un membre de cette Académie, nommer une commission pour constater la réalité des résultats qu'il aurait annoncés ? Il est mal séant, à mon avis, de mettre ainsi en suspicion

les lumières et la bonne foi de nos collègues. Je dis qu'il y a ici un oubli de toutes les convenances, et, de plus, une impossibilité d'arriver au résultat que l'on désire; car, en procédant comme on le propose, on ne parviendra jamais à découvrir la vérité. S'il est temps encore de revenir sur une pareille détermination, je voudrais qu'il en fût fait la proposition.

M. Adelon : Il y a ici, évidemment, une question scientifique et une question de personnes. Mais il faut le reconnaître, il est bien difficile de les séparer l'une de l'autre. Toute question scientifique implique plus ou moins une question personnelle. Aussi est-il difficile d'admettre qu'on doive s'abstenir du moment où des intérêts personnels sont en cause; car on serait très-souvent condamné à l'inaction. De quoi s'agit-il ici? de vérifier les faits sur lesquels on a appelé l'attention de l'Académie. C'était à l'auteur du mémoire à mettre la commission à même de voir les malades. Les malades ont été convoqués, ils ne se sont pas rendus. Que doit faire maintenant la commission? elle doit se transporter au domicile des malades; mais elle ne doit le faire qu'après en avoir préalablement prévenu les parents et leur en avoir demandé l'autorisation. Quant à y aller de force ou par surprise, cela n'est point possible; ce serait une violation de domicile que la commission n'a ni le droit ni le pouvoir d'exécuter. Si les malades se refusent à être visités, la commission n'aura point à insister; on ne lui demande pas l'impossible; mais du moins elle aura fait son devoir et elle dira à l'Académie ce qu'elle a vu comme ce qu'elle n'a pas pu voir. On ne peut donc que répondre à la majorité de la commission de passer outre et d'agir.

M. Roux : Je demande une solution. La commission ne peut rester ainsi en suspens; elle a agi jusqu'ici avec

conscience et avec un grand désir de connaître la vérité. Elle ne s'était pas dissimulé les difficultés qu'elle pourrait rencontrer. Elle a pensé que, malgré ces difficultés, la question n'était pas de nature à être abandonnée, et qu'il était de son devoir de faire un rapport. Il y a donc nécessité de prendre une décision sérieuse, qui aide la commission de sortir de l'embarras où elle se trouve. (L'ordre du jour!)

M. J. Guérin : Je n'abuserai pas des moments de l'Académie; je n'ai que peu de mots à dire, et je ne parlerai que sur le côté scientifique de la discussion. Je rappellerai d'abord qu'il y a huit ou neuf mois, à la suite d'un débat sur la myotomie rachidienne, je demandai spontanément à l'Académie qu'elle voulût bien nommer une commission à laquelle je soumettrais mes malades, et qui ferait un rapport sur les résultats de ma pratique. Cette proposition ne fut pas agréée, parce qu'on la trouvait contraire aux usages académiques. Cependant, des personnes qui n'avaient aucune mission pour cela se sont avisées de procéder elles-mêmes à une enquête sur mes malades sans mon autorisation et ma participation, et elles ont publié des résultats qui ne sont pas conformes à la vérité. De là des débats que tout le monde connaît. Dans cette situation, j'ai cru devoir m'adresser au conseil-général des hôpitaux, et provoquer la nomination d'une commission qui fût chargée d'examiner mes malades et ma pratique de l'hôpital. Cette commission me fut accordée; mais, malgré mes instances réitérées, elle n'a pas cru devoir s'occuper des faits passés, parce que ces faits se rattachaient à un débat judiciaire, et elle n'a voulu porter son examen que sur de nouveaux malades. Elle a donc accepté la seconde partie de sa mission. Je suis heureux d'ajouter qu'elle s'en occupe avec le plus grand zèle, avec un rare dévouement

pour la science et la vérité. Que ceux donc qui, dans les circonstances actuelles, invoquent le besoin de l'une et les intérêts de l'autre pour demander une enquête, veuillent bien attendre. La commission des hôpitaux, composée de membres éminents des Académies des sciences et de médecine, doit, par son autorité et ses lumières, les rassurer complètement : elle répondra largement à tous les besoins. Quant à la commission académique, je déclare que je n'ai apporté aucune entrave à son examen ; mais je n'ai pas cru devoir m'y prêter, parce que cet examen me paraît avoir plutôt le caractère d'une inquisition vexatoire que d'une investigation scientifique (murmures et récriminations de quelques membres) ; et j'ajouterai, parce qu'elle me paraît porter atteinte à mon indépendance et à ma dignité d'homme, de savant et d'académicien.

M. Velpeau : Je demande la parole contre la clôture. Ce que j'avais prévu au début de cette discussion vient d'arriver : la question, au lieu des'éclaircir, s'embrouille davantage. Nous devons donc chercher à la ramener à ses véritables termes. La commission nommée par l'Académie n'a pas le même objet que celle dont on vient de parler. Il s'agit pour nous uniquement de savoir si les malades dont il est question dans le mémoire de M. Malgaigne sont bien réellement dans l'état qu'il a signalé. Il ne s'agit pas ici de telle ou telle personne en particulier ; il s'agit d'une question scientifique ; il y a bien une question secondaire dans la grande question, mais c'est une affaire à part, dont nous n'avons pas à nous occuper. Des faits ont été annoncés ; il importe, si l'Académie veut savoir la vérité sur ces faits, que la commission accomplisse sa mission jusqu'au bout.

(De toutes parts, on demande la clôture de la discussion.)

La clôture est mise aux voix et prononcée.

M. le président : Reste la proposition de renvoi à la commission, avec invitation à la majorité de passer outre. L'Académie, consultée, adopte la proposition.

M. Cloquet : Je demande, en ce cas, qu'on nomme un autre membre à ma place.

M. Roux demande l'adjonction de deux nouveaux membres à la commission, et il exprime en même temps le désir que les deux membres qui composent la minorité continuent à en faire partie.

M. le président : L'Académie l'entend ainsi.

La proposition de M. Roux est mise aux voix et adoptée.

M. Gerdy : Je demande que la nomination de ces deux membres soit faite au scrutin.

M. Velpeau : Il doit être bien entendu que les deux nouveaux membres auront à se conformer au vœu de la majorité.

Sur la demande de M. Gerdy, la nomination de ces deux membres sera faite au scrutin; elle aura lieu dans la séance prochaine.

Calcul et fistule vésico-vaginale. — M. Ségalas présente une femme qui était affectée d'un calcul vésical et d'une fistule vésico-vaginale, et qui est parfaitement guérie de l'une et de l'autre de ces maladies.

Tout le monde sait, dit M. Ségalas, que les fistules vésico-vaginales sont très difficiles à guérir, et l'Académie se rappelle qu'il y a peu de temps, un de ses membres les plus distingués, le chef d'un grand service chirurgical, est venu annoncer, dans cette enceinte, que la guérison des fistules vésico vaginales avec perte de substance est presque toujours impossible. Cette thèse, M. Blandin l'a soutenue, une pièce d'anatomie pathologique à la main,

pièce prise sur une femme chez laquelle il avait opéré la suture dans le but de remédier à un désordre de cette nature. Notre honorable collègue se défendait sur la position des uretères, qui sont presque nécessairement intéressés dans la fistule dont il s'agit.

D'un autre côté, personne n'ignore que les calculs vésicaux sont assez rares chez les femmes. J'ai donc lieu d'espérer que l'Académie verra avec quelque intérêt une femme qui était affectée tout à la fois d'un calcul vésical et d'une fistule vésico-vaginale, et que j'ai eu le bonheur de rendre à un état parfait de santé.

Cette femme est venue me trouver, il y a quatre ans, après avoir reçu les soins de plusieurs chirurgiens de Paris, notamment ceux de deux de nos collègues.

L'exploration me fit reconnaître une fistule vésico-vaginale, qui était la conséquence d'un accouchement laborieux, et une pierre vésicale, qui me parut être l'effet de cette première maladie, ou plutôt du catarrhe vésical dont elle était accompagnée.

Je détruisis la pierre sans peine; ce fut l'affaire de deux séances de lithotritie; puis je m'occupai de la fistule. J'avais remarqué, en l'étudiant au spéculum, que pendant l'application de cet instrument, l'urine, qui d'ordinaire coulait sans cesse, ne sortait plus par l'ouverture accidentelle, et je résolus de tirer parti de cette observation pour le traitement. Je plaçai une petite sonde de gomme élastique dans la voie naturelle des urines; puis je posai le spéculum dont je m'étais servi pour l'exploration, et qui n'était autre que mon spéculum conique à quatre valves et à développement, lequel est disposé de manière à rester en place quand une fois il a été ouvert dans le vagin; ensuite je procédai à la cautérisation des bords de la fistule avec le nitrate d'argent. Le spéculum fut conservé

pendant deux jours ; au bout de ce temps, son séjour devint douloureux, et je le retirai, tout en laissant dans l'urèthre la sonde que j'y avais établie, et qui formait siphon.

Cette première opération fut suivie d'un résultat avantageux ; la fistule perdit plusieurs lignes de son diamètre. Je répétai à plusieurs reprises la cautérisation avec les précautions indiquées, et toujours avec une amélioration notable. Plus tard je me bornai à de simples cautérisations, avec le soin de faire vider la vessie par la malade à des intervalles rapprochés. Après trois mois de ces pratiques successives, la fistule était fermée, et depuis elle ne s'est pas ouverte. Je crois être en droit d'affirmer que la guérison est consolidée.

M. Amussat demande s'il s'agissait bien réellement d'une fistule vésico-vaginale, ou bien d'une fistule uréthro-vaginale. On a souvent confondu l'une avec l'autre, dit-il, ce qui explique certaines guérisons de fistules vésico-vaginales que l'on a prétendu obtenir. La différence est effectivement très-grande sous le rapport de la curabilité. Tout le monde sait qu'il est facile d'obtenir la guérison d'une fistule uréthro-vaginale ; j'en ai guéri moi-même un assez grand nombre, tandis que je ne connais pas un seul cas de guérison réelle de fistule vésico-vaginale.

M. Ségalas : C'était une fistule vésico-vaginale et non uréthro-vaginale, comme paraît le croire M. Amussat. La preuve, c'est que l'urine s'échappait incessamment par la plaie, ce qui n'aurait point lieu avec une fistule uréthro-vaginale. D'ailleurs, rien n'était plus facile que de s'en assurer avec le spéculum.

SEANCE DU 11 JUIN. — *Suite de l'incident relatif à la commission orthopédique.* — M. Roux : J'ai demandé

la parole; c'est pour prier en mon propre nom M. Guérin de vouloir bien s'expliquer sur son refus de se prêter aux recherches de la commission. Je ne comprends pas pourquoi, après avoir demandé lui-même dans le temps une commission pour le même objet, maintenant qu'une commission existe, non-seulement il se refuse à la mettre à même de s'éclairer, mais encore il apporte des entraves à son exercice. Je ne puis m'expliquer une pareille manière d'agir. Si M. Guérin persiste, je le déclare, il sera impossible que la commission accomplisse sa mission.

M. Louis : En nommant une commission pour lui rendre compte du mémoire que M. Malgaigne lui a présenté sur la myotomie rachidienne, l'Académie veut, sans aucun doute, savoir à quoi s'en tenir sur la valeur de cette méthode; et, pour atteindre ce but, la commission nommée par l'Académie n'a qu'une chose à faire, étudier les faits puisés dans la *pratique* de M. Guérin. Mais M. Guérin n'a pas guéri tous les malades sur lesquels il a pratiqué la myotomie rachidienne; et pour juger la valeur de sa méthode, il faudrait au moins connaître les individus qu'il a traités, et qu'il considère, lui, comme guéris, et qu'on ignore absolument; en sorte que, quand aucun des malades dont parle M. Malgaigne dans son mémoire, ne serait guéri, on ne pourrait en rien conclure contre les assertions de M. Guérin, qui pourra et devra toujours dire : les malades que vous examinez ne sont pas ceux que je considère comme guéris. Evidemment, tant que la commission ne connaîtra pas *tous* les malades traités par M. Guérin, elle n'aura pas les données du problème, elle sera dans une espèce d'impasse; et M. Guérin serait-il aussi peu véridique que je le crois sincère, la commission ne connaissant

qu'une petite partie des faits tirés de sa pratique, ne pourrait le prouver.

Maintenant, Messieurs, et cela doit être évident pour tous ceux d'entre nous qui veulent bien y réfléchir, et qui n'ont d'autre intérêt, dans cette circonstance, que celui de la vérité, en nommant une commission pour examiner des faits tirés de la *pratique* de M. J. Guérin, sans son assentiment et même contre sa volonté, l'Académie fait une chose inouïe, probablement sans exemple, et qui doit en définitive répugner à chacun de ses membres. Que dirions-nous, en effet, Messieurs, si, après avoir annoncé un résultat thérapeutique quelconque, l'Académie décidait, *sans notre assentiment*, qu'une commission sera nommée pour savoir si les faits que nous annonçons sont tels que nous les indiquons? Vous vous révolteriez sans doute à la pensée d'une pareille prétention; et ce qui vous révolterait pour vous, vous voulez l'imposer à un autre! Messieurs, ce n'est pas de la justice.

M. Guérin : Il y a dix mois, j'ai demandé à l'Académie de vouloir bien nommer une commission pour examiner mes méthodes, et suivre ma pratique; il n'y avait alors qu'une question purement scientifique en cause; l'Académie ne crut pas devoir accéder à ma demande. Elle n'ignore pas que depuis d'autres questions se sont substituées à la question scientifique. Un médecin, avec des intentions et un but que je livre à l'appréciation de l'Académie, est venu lire un mémoire sur les résultats du traitement de mes malades; et alors qu'on m'avait refusé une commission, on en a nommé une pour l'examen de ce mémoire que l'on voudrait maintenant *m'imposer*. Or, je n'ai pas voulu et ne veux pas me prêter à un débat dont l'Académie n'a à attendre que du scandale.

M. Gerdy : J'entre tout-à-fait dans la pensée de M. Louis. Oui, assurément, il ne serait ni convenable, ni digne, dans les circonstances ordinaires, d'examiner les malades d'un de nos collègues ; ce serait non-seulement inconvenant, mais ce serait même une action coupable. S'il en était ainsi, je me rendrais volontiers aux observations qu'on vient de nous faire. Mais s'il arrive qu'un médecin dise un jour : J'ai fait des cures merveilleuses, j'ai guéri ce que les autres chirurgiens ne savent guérir, et qu'en disant cela il n'en donne pas la preuve, oh ! je dis alors que de pareilles assertions ne peuvent pas passer sans contrôle, lorsqu'elles sont émises surtout par un homme de valeur ; il devient indispensable, dans ce cas, de chercher à connaître la vérité. C'est un droit pour tout le monde, c'est un devoir pour la presse médicale de s'enquérir de la réalité des faits. Et si, dans de pareilles circonstances, la presse médicale a acquis des convictions opposées, c'est son devoir de le dire.

Or, dans l'état actuel des choses, lorsque les uns disent oui, les autres non, il faut donc examiner. Et comme les choses se sont passées comme je viens de le supposer, les hommes de la presse qui ont cherché à voir les faits ont rempli leur devoir. Je ne comprends pas qu'on vienne nous dire : on n'a pas le droit de voir les malades d'un confrère. Ne semble-t-il pas que le malade est la chose du médecin, que c'est une sorte de bête de somme dont il fera tout ce qu'il voudra. Je ne crois pas que ce soit ainsi qu'on doive envisager les questions qui intéressent la science et l'humanité. Il peut se faire qu'il y ait ici des animosités, des haines en jeu, mais cela nous importe peu ; puisque M. Guérin a fait des guérisons merveilleuses, je le suppose, du moins, je le supplie de nous les faire voir. Je dis que du moment où il a avancé de pa-

reilles assertions, il est obligé d'en faire la preuve ; et s'il s'y refuse, chacun de nous a le droit de chercher à savoir ce qu'il en est. Puisque la commission a reçu de l'Académie cette mission, elle doit se considérer comme d'autant plus obligée de la remplir, qu'elle a été publiquement injuriée. Il est du devoir de la commission d'aller jusqu'au bout sans se préoccuper des obstacles qu'on lui opposera. On parle de je ne sais quelles convenances ; les convenances me touchent peu lorsque des devoirs sont en jeu.

M. Velpéau : Il ne s'agit pas, comme on le dit, d'aller voir les malades d'un médecin ; il est possible que quelques personnes aient vu la chose ainsi ; mais l'Académie n'a pu se méprendre à ce point ; il s'agit ici de juger une méthode. On a dit : voilà une méthode avec laquelle on guérit les déviations de l'épine ; une autre personne est venue vous dire : ce n'est pas. L'Académie doit chercher à savoir à quoi s'en tenir à cet égard. C'est évidemment là une question de science.

M. Blandin : Je n'avais point l'intention de prendre la parole dans cette discussion ; je pensais que, faisant partie de la commission des hôpitaux, je devais m'abstenir. Mais M. Desportes a prononcé des paroles qui ne me permettent pas de garder plus longtemps le silence. La commission des hôpitaux est bien réellement chargée d'examiner tout ce qui a trait à la pratique de M. Guérin, y compris la myotomie rachidienne, et vous pouvez être bien certains qu'elle ne manque pas d'examiner cette méthode avec toute l'attention qu'elle mérite, et de chercher à savoir si cette opération doit ou non rester dans la science. Quant à moi, je ne me départirai pas de ma mission que je n'aie été complètement édifié sur ce point, et dès lors j'en

prends l'engagement, la discussion sera provoquée ici sur cette question.

La commission, dites-vous, est frappée de discrédit. Que répondre à cela, messieurs ? Savez-vous de qui elle se compose, cette commission ? De M. Louis, de M. Serres, de M. Breschet, de MM. Jobert, Rayet, P. Dubois, et enfin de moi-même, qui ai l'honneur d'en faire partie.

Je sais bien que lorsque nous aurons fait notre rapport, on viendra nous dire que cela ne fait rien à la question soulevée maintenant devant l'Académie ; que la commission académique peut seule la juger. Eh bien ! je dis que cela n'est pas possible. Si une commission pouvait être frappée de discrédit, ce serait la commission que vous avez nommée, car sa mission est impossible. Quand bien même cette commission en viendrait, je le suppose, à reconnaître que les malades dont parle M. Malgaigne ne sont pas redressés, cela jugerait-il la question ? Pas le moins du monde ; car elle n'aura jamais que des documents incomplets et par conséquent sans valeur. Le nombre des malades qu'elle pourra voir ne sera qu'une très petite fraction des malades que M. Guérin a traités. Comment saura-t-elle à quelle catégorie du relevé de M. Guérin ils appartiennent, s'ils ont été portés comme guéris, améliorés, ou non guéris ? Et, dans le cas où elle ne rencontrerait pas de cas de guérison, comment apprécierait-elle le degré d'amélioration que la méthode aurait produit ? Ces malades, aucun des membres de la commission ne les aura vus ni avant le traitement, ni pendant le traitement. Or, comment veut-on apprécier des résultats dans de semblables conditions ? C'est de toute impossibilité.

Voulez-vous savoir maintenant comment procède la commission des hôpitaux ? Elle se réunit régulièrement, elle examine les malades avant le traitement, elle les voit

opérer, elle se les fait représenter après l'opération ; enfin elle les reverra tous après leur complet traitement. Elle voit, suit, examine tout avec le soin le plus minutieux ; toutes les opérations sont faites sous ses yeux, elle voit, touche les muscles divisés, elle met le doigt dans la plaie ; rien n'échappe à sa scrupuleuse attention, et lorsqu'elle aura tout vu, lorsqu'elle en saura assez pour sa conviction, elle viendra dire tout ce qu'elle saura, tout ce qu'elle aura vu.

Je crois donc qu'on pourrait avec raison retourner la proposition de M. Desportes et dire d'avance que la commission de l'Académie n'aboutira à rien, ne prouvera rien, et que le but qu'elle se propose ne sera point atteint. La commission des hôpitaux, au contraire, se trouve dans les meilleures conditions possibles pour étudier la question, et à moins que vous ne lui fassiez l'injure de croire qu'elle pourrait manquer à sa mission, elle seule est apte à la juger.

M. Barthélemy : On a proposé l'ordre du jour, c'est-à-dire la nomination de deux membres ; j'ai demandé, et je réitère ma demande, qu'on n'adjoigne point de nouveaux membres à la commission, persuadé que cette commission ne fera rien, qu'elle ne peut rien faire. Je regrette sincèrement que cette commission ait été nommée et qu'elle ait reçu une pareille mission. Que s'est-il passé ? un médecin a lu un mémoire, ou plutôt un travail d'où il n'est pas difficile de faire sortir un acte d'accusation contre un de nos collègues. Eh bien ! je dis qu'il y a eu inconvenance de la part de l'Académie à sanctionner un pareil acte par la nomination d'une commission, et qu'elle a agi dans cette circonstance contre sa dignité. La dignité d'une Académie se compose, après tout, de la dignité de chacun de ses membres. Si on laisse attaquer une fois la considé-

ration de l'un d'entre nous, ce sera demain le tour d'un second, puis celui d'un troisième ; et je le demande, une fois engagé dans cette voie, que deviendra la considération de l'Académie elle-même ? quelle opinion en aura-t-on dans le monde ? Je crois donc qu'au lieu de permettre qu'on dressât une enquête sur l'un de ses membres, l'Académie aurait dû passer à l'ordre du jour ; mais enfin elle ne l'a pas fait. Quelle doit être dès ce moment la conduite de la commission ? L'auteur du mémoire a pris l'engagement de lui fournir tous les éléments propres à former sa conviction ; il a agi en conséquence, mais il paraît qu'il s'était trop avancé, et il n'a pas pu tenir son engagement. Les personnes qu'il a convoquées ne se sont pas présentées. Eh bien ! il me semble que dans cette circonstance la commission a fait tout ce qu'elle pouvait, plus même peut-être qu'elle ne devait faire. Cependant elle ne s'en est pas tenue là ; elle a cru que pour remplir sa tâche jusqu'au bout, elle devait aller elle-même chez les malades. J'avoue que je ne peux pas approuver cette démarche ; je partage pleinement à cet égard les scrupules des membres de la minorité. La commission a terminé sa mission du moment où les malades convoqués ne se sont point présentés. Agir autrement, aller frapper aux portes des malades d'un de nos collègues, sans son aveu, ce n'est pas là de la dignité. Voilà pourquoi je demande que la commission reste telle qu'elle a été composée, et s'en tienne à ce qu'elle a fait jusqu'ici, ou qu'elle se borne, s'il y a lieu, à l'examen de la question scientifique. C'est dans ce sens que je propose l'ordre du jour.

M. Adelon : J'ai demandé la parole pour faire voter la clôture. L'Académie doit être, ce me semble, suffisamment instruite pour voter. La première question sur laquelle elle doit voter est la proposition qui a été faite

dans la dernière séance; la seconde serait de passer à l'ordre du jour sur toute la question, vu l'impossibilité reconnue de procéder à l'examen des faits. J'avoue maintenant que si j'avais assisté à la séance où a été faite la communication de M. Malgaigne, j'aurais voté contre la nomination d'une commission, et aujourd'hui que je suis mieux informé par tout ce que je viens d'entendre et ce qui vient de se passer sous mes yeux, je voterai pour l'annulation de ce qui a été fait.

Je demande donc qu'on vote d'abord sur la clôture de la discussion, et en second lieu qu'on vote successivement sur les propositions qui ont été faites.

M. le Président: Je vais mettre aux voix l'ordre du jour de la dernière séance, c'est à-dire la nomination de 2 membres. On passe au vote: 20 membres lèvent la main pour l'ordre du jour, 25 votent contre. L'ordre du jour est rejeté.

Le Président met aux voix la proposition de M. Pariset qui consiste à annuler la commission. 23 membres votent pour, 25 contre. La proposition est rejetée.

En conséquence, la proposition de M. Barthélemy est adoptée, et la commission reste constituée telle qu'elle était.

La séance est levée au milieu de la plus grande agitation.

Question des ophthalmies. — M. Bérard maintient l'utilité d'établir entre les différentes ophthalmies une distinction basée sur les éléments anatomiques de l'œil; puis, abordant la question de la spécificité des ophthalmies, il ne croit pas la science assez avancée pour admettre que chez un sujet scrofuleux l'ophthalmie revêtira des caractères particuliers en rapport avec la maladie scrofuleuse, qu'une modification analogue aura lieu chez un gouteux, chez un syphilitique, etc. Il nie qu'il

il y ait des ophthalmies en rapport avec les maladies cutanées, telles que la variole, la rougeole, la scarlatine, etc.

M. Gerdy : Il s'agit de savoir si l'on doit ou non admettre des espèces en ophthalmologie et quelles sont ces espèces. Et d'abord que doit-on entendre par espèces morbides? Du temps de la doctrine physiologique, on disait : il n'y a point d'espèces morbides? il n'en est pas en pathologie comme en histoire naturelle. Les physiologistes entendaient le mot espèce à leur façon ; il est évident qu'on ne peut pas entendre la même chose par ce mot en médecine et en histoire naturelle. Il n'y a point, à proprement parler, d'espèces dans la nature ; il n'y a que des individualités ; nous devons donc entendre par là une différence assez notable entre des individus du même genre pour que ces individus méritent d'être distingués.

En général, dans les sciences pathologiques, sur quoi fonde-t-on les espèces? Pour les uns, elles se fondent uniquement sur la distinction des éléments anatomiques ; pour d'autres, au contraire, ce sont les propriétés vitales qui en sont le point de départ. Voyons quelle est de ces deux manières de voir la plus conforme à la vérité. Ici M. Gerdy, après avoir appliqué ces deux modes d'analyse à quelques maladies prises comme exemple, en fait ressortir la nécessité de fonder la distinction des espèces sur les différences des phénomènes dont les mêmes tissus peuvent être le siège, et non sur la différence de ces tissus eux-mêmes ; non que cette distinction n'ait aussi son importance, mais une importance relative beaucoup moindre, et telle que la considération du tissu ne joue qu'un rôle secondaire.

Arrivant ensuite à la question, M. Gerdy, après avoir examiné comment on divise les ophthalmies et critiqué

les divisions et subdivisions infinies qui ont été établies dans les deux systèmes opposés, présente le tableau suivant qu'il oppose à celui que vient de tracer M. Bérard.

Examinons d'abord les causes. Il est, comme on le sait, des sujets plus particulièrement disposés que d'autres aux inflammations de l'œil. Chez eux, sous l'influence des moindres causes, cet organe s'enflamme : c'est une fois la conjonctive qui se prend, une autre fois la cornée, une troisième fois une autre partie de l'œil, bien que la cause soit toujours la même. L'hérédité est une cause prédisposante assez commune d'ophtalmie. Eh bien ! l'on voit dans la même famille et sous l'influence de la même cause héréditaire, toutes les formes de l'ophtalmie se manifester. L'ophtalmie des nouveau-nés, la conjonctivite palpébrale par excellence, suivant les ophtalmologistes, n'envahit-elle pas la totalité de l'œil avec une rapidité effrayante ? et l'ophtalmie d'Égypte, et l'ophtalmie des armées, n'est-ce pas un singulier abus de langage que de les désigner du nom de conjonctivite ?

MM. Velpeau et Bérard disent qu'on ne peut pas reconnaître à des signes propres une ophtalmie scrofuleuse. Sans doute on ne reconnaîtrait point une ophtalmie scrofuleuse, si l'on enveloppait le sujet de manière à ne laisser voir que ses yeux ; mais à la vue des caractères généraux qu'il offrira, sera-t-il possible de la méconnaître ? Il en est de même pour les ophtalmies rhumatismales, syphilitiques, et généralement pour toutes les ophtalmies spécifiques, que l'on ne peut reconnaître que par leur liaison avec telle ou telle diathèse. Elles n'ont point de caractères anatomiques particuliers, mais une modalité particulière dépendante d'une disposition générale de l'économie. En un mot, les causes appelées scrofule, rhumatisme, syphilis, etc., sont bien des causes réelles d'oph-

thalmies. J'en dirai autant de la gonorrhée, de certaines maladies cutanées, de l'affection morbillieuse, etc.

Si nous examinons les caractères matériels des différentes ophthalmies, nous verrons que, quel que soit le tissu malade, il offre toujours à peu près les mêmes lésions; c'est toujours de la rougeur, de l'injection, de la tuméfaction, des épanchements, du ramollissement, des granulations, des adhérences, etc.; telles sont, à peu d'exceptions près, les lésions que l'on retrouve dans tous les tissus de l'œil lorsqu'ils sont enflammés.

Voyons les symptômes. Ce sont des troubles divers de sensation; tantôt une simple démangeaison, tantôt un picotement plus vif. La démangeaison se rencontre plus spécialement dans la conjonctivite, mais elle ne lui appartient pas exclusivement. Il y a enfin une sensation de chaleur et un sentiment de tension qui sont communs à tous les tissus enflammés.

Passons aux troubles fonctionnels. La photophobie se présente en première ligne. Il a été dit bien des choses sur le compte de la photophobie. Comme tous les autres symptômes avaient été départis entre tous les tissus de l'œil à l'exception de la rétine, on a d'abord songé à faire de ce symptôme l'attribut spécial de la rétine. D'autres l'ont affecté à l'iritis; puis d'autres à la kératite; puis plus spécialement à l'ulcération de la cornée; enfin M. Bérrard, n'admettant aucune de ces explications, place à son tour le siège de la photophobie dans le cercle ciliaire, et crée une nouvelle maladie, une *cilite*. J'ai voulu, de mon côté, vérifier ce qu'il en est. Le lendemain même du jour où cette discussion a été engagée, j'ai vu à la Charité plusieurs malades affectés d'ophthalmie. Chez l'un d'eux, qui avait une photophobie intense, la cornée était saine et parfaitement transparente; un second qui avait

1844. Juin.

19

des ulcérations à la cornée, n'éprouvait point de photophobie. Enfin tous les autres symptômes, tels que brouillards, sécrétions morbides, larmolement, etc., sont communs à toutes les formes, à toutes les espèces d'ophtalmies et non propres en particulier à telle ou telle espèce, comme on le prétend.

SÉANCE DU 18 JUIN. — *Fistules vésico-vaginales.* — M. Blandin a la parole à l'occasion du procès-verbal de l'avant-dernière séance. Il a été question, dit-il, dans cette séance, des fistules vésico-vaginales. M. Ségalas, à l'occasion d'un cas de guérison d'une fistule de ce genre, a dit que j'étais venu déclarer dans cette enceinte que la guérison des fistules vésico-vaginales était presque toujours impossible, et qu'à l'appui de ma proposition j'avais présenté une pièce pathologique prise sur une femme de mon service, sur laquelle j'avais cherché à remédier à un désordre de cette nature. M. Ségalas a commis ici une erreur, involontaire sans doute, en disant que cette femme était morte dans mon service. Il y a eu de sa part confusion de deux sujets différents. Je désirais d'abord rectifier ce point là. Quant à ce que m'a fait dire M. Ségalas dans sa communication, j'ai dit effectivement que les fistules vaginales sont généralement très-difficiles à guérir, surtout les grandes fistules du fond de la vessie. C'est un fait que personne ne conteste ; mais ce que j'avais eu surtout en vue de montrer alors, c'était la cause, le pourquoi de cette difficulté ; ce fut dans ce but que je présentai la pièce pathologique en question.

J'avais besoin de rappeler cette circonstance, parce qu'il m'a semblé, d'après la manière dont M. Ségalas a reproduit les faits qui me concernent, et le sens qu'il y a attaché, que le fait qu'il venait faire connaître déposait, à ses

yeux, contre ce que j'avais voulu prouver ; ce qui n'est point.

L'observation de M. Ségalas est d'ailleurs très-intéressante, c'est un cas de guérison très-heureux sans doute ; mais je ne crois point qu'il ait eu affaire à une fistule réellement vésico-vaginale ; je crois bien qu'elle pouvait intéresser un peu la vessie ; mais elle devait être plutôt urétrale que vésicale.

M. le secrétaire perpétuel donne lecture de la lettre suivante de M. Ségalas sur le même sujet :

« Dans ma communication du 4 de ce mois, j'ai commi une erreur qu'il est de mon devoir de rectifier.

« Afin de légitimer la présentation que je faisais d'une femme guérie d'une pierre vésicale et d'une fistule vésico-vaginale, j'avais cru nécessaire de rappeler que la première de ces maladies est rare chez les femmes, et que la seconde est considérée par les chirurgiens comme très-difficile à guérir ; et, à l'appui de cette dernière partie de ma proposition, j'avais dit qu'un des membres les plus distingués de la compagnie avait, il y a peu de temps, soutenu cette thèse, une pièce d'anatomie pathologique à la main. Jusque-là, j'étais dans le vrai ; mais j'ai cessé de l'être, quand, trompé par des renseignements inexacts, j'ai ajouté que cette pièce, qui montrait une fistule vésico-vaginale intéressant les deux uretères, avait été prise sur une femme opérée par M. Blandin ; j'ai confondu la femme qui a succombé avec une autre femme affectée également d'une fistule vésico-vaginale, et traitée par notre honorable collègue. »

M. Velpeau : Je ferai remarquer que la femme qu'a guérie M. Ségalas était en même temps calculeuse. Or, il y a plusieurs exemples dans la science de fistules vési-

zales entretenues par des calculs, et qui ont guéri spontanément du moment où ces calculs ont été extraits, ce qui paraît être parfaitement le cas de la malade de M. Ségalas.

SÉANCE DU 28 MAI. — *Scorbut d'Arabie*. — M. Pariset est appelé à la tribune pour lire un rapport sur un mémoire de M. Lachèse, ayant pour titre *Scorbut d'Arabie*.

Le 10 mars dernier, M. le docteur Lachèse, ex-médecin principal des armées égyptiennes, a soumis à votre examen un mémoire de sa composition, intitulé : *Scorbut d'Arabie*, dit improprement *plaie du Hedjat*. Vous avez remis à M. Roche et à moi le soin de vous faire un rapport sur ce travail. C'est un devoir que nous remplissons aujourd'hui.

Le scorbut est une maladie aussi ancienne que le genre humain. Les causes qui la font naître ont dû se rencontrer dans tous les lieux et dans tous les temps. Cependant elle avait été rarement observée et décrite. Vers la fin du quinzième siècle, et presque au moment où parut la suette anglaise et la maladie vénérienne, la navigation ayant pris tout à coup en Europe un grand développement, le scorbut sembla se développer avec elle. Ses progrès dans les nations du Nord furent si étendus et si rapides, qu'on le prit, comme les premières maladies, pour une maladie nouvelle, et même pour une maladie contagieuse; double erreur qu'ont partagée Wierus, Citois, Friend lui-même et quelques autres, mais qu'ont solidement réfutée Senneret, Forestus, Van Swieten, Richter, Lind, Coray, etc.; Richter surtout a démontré que sous les noms de grande

rate et d'*ileus hematites*, Hippocrate a décrit le véritable scorbut, affection qu'il avait vue sinon dans la Grèce, du moins dans les parties froides et humides de la Thrace, ou même en Béotie, près des marais d'Ascra; mais le scorbut était encore dans d'autres contrées, et précisément dans la région humide et chaude où l'a observé M. Lachèse. Du temps d'Auguste, en effet, parmi les peuples qui occupaient l'Arabie, les habitants de Saba et de Gharra, possesseurs des pierres les plus précieuses et des parfums les plus exquis, étaient les hommes les plus riches de la terre. Comme ils ne laissaient sortir de chez eux rien de ce que les échanges y faisaient entrer, ainsi que le faisait Palmyre, ainsi que l'ont fait longtemps les Indes Orientales, ils avaient, avec le temps, amassé des trésors infinis. Ils s'étaient bâti des maisons magnifiques, toutes du plus beau marbre; les portes, les murs, les toits étaient ornés d'ivoire, d'or, d'argent, incrustés de béryl et d'émeraudes; le même éclat brillait dans l'intérieur. On y voyait une immense quantité d'ouvrages en or et en argent; des lits, des trépieds, des cratères, des vases à boire. Ils faisaient de leur or importé ce que faisaient de leur or natif les habitants de la Bétique, ils s'en servaient pour les usages les plus communs. Ces détails étonnants, vous les trouvez dans Strabon, qui les avait trouvés dans Artémidore, dans Algalharchide et dans Erathostène. Or, vous savez ce qui arrive à un peuple opulent et paisible, lorsqu'il entre en communication avec un peuple avide et guerrier. Auguste voulut avoir les Arabes pour alliés ou pour sujets. Il fit passer Ælius Gallus d'Égypte en Arabie. Gallus assiégea des villes, gagna des batailles, et ne perdit par la guerre que sept soldats; presque tout le reste lui fut enlevé par les marches, le climat, la faim, la soif, et surtout par les

maladies. Or, entre ces maladies figure celle sur laquelle M. Lachèse a écrit son mémoire, et cette maladie est le scorbut : maladie qui nous est encore si familière. Ce sont, en effet, de part et d'autre, les mêmes causes, les mêmes symptômes, les mêmes progrès, les mêmes indications, le même traitement, le même succès. M. Lachèse en a obtenu d'inespérés, et son mémoire offre sur tous ces points de vue des observations pleines d'intérêt et tout à fait décisives.

Les siècles ne font guère que se répéter. Les expéditions tentées de nos jours en Arabie par le vice-roi d'Égypte ont été comme la contre-épreuve de l'expédition d'Ælius Gallus. Si elles n'ont pas eu le même motif, elles ont eu le même résultat. De plus de cent mille hommes jetés à plusieurs reprises en Arabie par le pacha, il n'en est revenu en Égypte qu'un très-petit nombre. Employé dans une de ces guerres, et témoin de tant de désastres, M. Lachèse, autorisé par les heureuses guérisons qu'il avait opérées, transmit au gouvernement égyptien, pour la conservation de l'armée, des conseils qui eussent rendu le résultat moins funeste, et peut-être assuré le succès de l'entreprise. Mais dans l'entraînement des affaires, et lorsque les choses sont depuis longtemps sur un certain pied, la force de l'habitude prévaut, et il est très-difficile, même aux gouvernements les plus appliqués, d'adopter ou même de comprendre ce qu'auraient de favorable les innovations les plus simples et les mieux entendues. Celles que proposait M. Lachèse, seulement pour améliorer la nourriture des soldats, ne furent point écoutées. Il se démit de ses fonctions et rentra en Égypte, donnant ainsi un grand exemple de probité médicale, après en avoir donné de savoir et d'habileté.

Il donne également dans son mémoire un exemple de bonne logique. Les anciens désignaient la même maladie sous les noms de grande rate, d'ileus sanglant, de stomacace et de scélotyrbe, c'est-à-dire sous des noms tirés arbitrairement de tel ou tel symptôme essentiel ou accessoire ; sorte de synonymie très-propre à jeter de la confusion dans les idées. Le nom de scorbut nous vient du Nord ; si dans le Nord ce terme a quelque signification, il n'en a point parmi nous, et, par cela même, je le trouve préférable à tous les autres, dans ce sens, que ne désignant aucun symptôme en particulier, il les rappelle tous à l'esprit. En Orient, le nom est tiré du lieu où le mal se forme ; on l'appelle plaie de l'Hedjat ; appellation qui dit où le mal vient, sans dire ce qu'il est, sans en indiquer la nature et les causes. Faute de recherches plus approfondies, on considérerait cette plaie comme un produit inévitable du sol, et conséquemment comme un mal incurable. M. Lachèse fait voir que ce mal n'est qu'une cachexie qu'il serait aisé de prévenir par de bons aliments, et que l'on guérit par des moyens connus. Or, telle est la liaison des idées et des termes, que, pour ouvrir les yeux des médecins sur la plaie d'Hedjat et leur apprendre à la traiter désormais, il aura suffi de lui donner son véritable nom ; service que j'ose évaluer par les conséquences à une importante découverte. Il fait voir en outre quel pernicieux caractère cette cachexie imprime à toute maladie accidentelle qui s'y joint, qui n'a que trop souvent une issue funeste, et qui par elle-même serait sans danger ; remarque qui autoriserait à croire qu'aucune maladie n'est aucunement simple, et que, soit en bien soit en mal, elle emprunte toujours quelque chose de la diathèse actuelle, comme le dit Hippocrate.

Ce qui prouve ce que j'avance, c'est que la diathèse

scorbutique une fois établie, une égratignure imperceptible faite à la jambe devient un ulcère affreux, et que d'anciennes cicatrices, jusque là très-solides, s'ouvrent spontanément. On a même vu le cal d'anciennes fractures se dissoudre, et les fractures reparaître. L'âme elle-même a ses plaies, pour ainsi dire ; le scorbutique languissant, abattu, désespéré, brisé par la fatigue, brûlé par la soif, et, n'ayant pour l'éteindre qu'une eau saumâtre, tiède et croupie, soupire avec douleur au souvenir de l'Egypte qu'il ne verra plus, et de la délicieuse fraîcheur de l'eau du Nil dont il ne sera plus abreuvé ; sorte de supplice rendu intolérable, et qui fut si cruel pour l'équipage de l'amiral Anson dans l'île de Juan Fernandéz, comme il l'était en Arabie pour les jeunes soldats que M. Lachèse avait sous les yeux.

Nous avons l'honneur de vous proposer de renvoyer au comité de publication le mémoire de M. Lachèse, d'adresser des remerciements à l'auteur, et d'inscrire son nom sur la liste des futurs correspondants.

M. Rochoux : Il est dit dans le rapport que le scorbut a été décrit par Hippocrate. J'ai eu occasion récemment de collationner les passages des œuvres d'Hippocrate auxquelles on a fait allusion ; je déclare qu'il est impossible d'en conclure que le scorbut, tel que nous le connaissons aujourd'hui, ait été connu des anciens. Ce que l'on a pris pour le scorbut n'est évidemment pas la même maladie. Le scorbut est le produit des voyages de circumnavigation ; les anciens n'ont donc jamais été dans le cas de l'observer. Le scorbut est une maladie très-grave et très-meurtrière ; et si la maladie décrite par M. Lachèse était bien réellement le scorbut, il aurait eu à constater une mortalité bien plus considérable que celle qu'il signale. Enfin, j'ajouterai que la description paraît man-

quer des détails nécessaires pour pouvoir juger de la maladie à laquelle on a eu affaire.

M. Desportes partage l'opinion de M. Rochoux. Il croit que la maladie décrite dans le mémoire de M. Lachèse n'est pas le scorbut.

M. Vitet dit quelques mots qui parviennent à peine jusqu'à nous, sur le mode de la nourriture des Arabes, qui lui paraît devoir être une cause fréquente de l'affection dont il s'agit.

M. Pariset défend le mémoire de M. Lachèse, qui renferme, dit-il, sous tous les rapports, les détails les plus précis.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

COMPTE-RENDU DES TRAVAUX.

Hydrocéphalie chronique.

M. Nonat fait un rapport sur un mémoire présenté à la Société par M. le docteur Loir aîné. Ce mémoire a pour titre : *Hydrocéphalies chroniques avec développement extraordinaire du crâne.*

Après avoir rappelé que les auteurs ont rapporté quelques exemples d'individus atteints d'hydrocéphalie chronique plus ou moins considérable et qui ont cependant vécu jusqu'à 40 et même 54 ans, M. le rapporteur dit que ces faits font exception à la règle commune ; il pense donc que M. Loir aîné a fait une chose utile à la

science, en recueillant avec soin deux nouveaux cas d'hydrocéphalie chronique chez des sujets encore vivants.

A cette occasion, et après avoir fait ressortir, dans une discussion approfondie, les renseignements qu'on peut déduire des deux observations détaillées de M. Loir, M. Nonat rapporte un fait qui lui est propre et qui montre jusqu'à quel point le cerveau peut être comprimé par le liquide renfermé dans les ventricules, pourvu que cette accumulation se soit faite graduellement, sans que les fonctions de l'organe soient proportionnellement affaiblies ou détruites.

Un enfant qui jouissait d'une bonne santé depuis sa naissance fut pris, à l'âge de 7 ans, d'une affection aiguë du cerveau, laquelle fut suivie d'une hydrocéphalie chronique. Deux ans après, il fut admis à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Sanson. La tête avait déjà pris un grand volume; ses parois, quoique complètement ossifiées, étaient peu résistantes et se laissaient légèrement déprimer. Pendant son séjour à l'Hôtel-Dieu, les dimensions du crâne continuèrent à prendre de l'accroissement, et la mort survint cinq mois après l'entrée du malade à l'hôpital.

Jusqu'à la fin de la maladie, l'enfant conserva son intelligence, la liberté de ses mouvements, la sensibilité générale et spéciale, à l'exception, toutefois, du sens de la vue qui, dès le principe, fut aboli pour toujours. L'appétit était conservé; la digestion était facile. Le malade se plaisait à rendre dans la salle les petits services que lui permettait son infirmité.

A l'ouverture du cadavre, on trouva un épanchement considérable de sérosité dans les ventricules latéraux et moyens du cerveau. Ces cavités, fortement dilatées, ne

communiquaient pas avec le quatrième ventricule. L'aqueduc de Sylvius était entièrement oblitéré par la présence d'une tumeur fongueuse qui partait du plancher du troisième ventricule, et qui occupait la glande pituitaire.

Le liquide contenu dans le troisième ventricule s'était fait jour à travers le tissu cellulaire qui donne passage aux veines de Galien et se rendait dans une vésicule dont le volume égalait celui d'un œuf de pigeon. Cette vésicule était située entre la tente du cervelet, les tubercules quadrijumeaux et le corps vermiculaire du cervelet.

Le cerveau était sain, les circonvolutions étaient fortement aplaties, imbriquées les unes sur les autres.

Rien de particulier ni dans l'arachnoïde, ni dans la pie-mère.

Les parois du crâne avaient subi une distension remarquable, non-seulement à la voûte, mais encore à la base. Ainsi les fosses temporales et occipitales étaient notablement plus profondes que de coutume, et elles l'étaient davantage à droite qu'à gauche.

Quant aux os de la voûte du crâne, ils étaient amincis et réduits à l'épaisseur d'une feuille de papier; çà et là, même ils étaient parsemés de trous provenant de l'usure de leur tissu.

Ces lésions, dit en finissant M. Nonat, nous donnent une idée de la pression que le liquide, logé dans les ventricules, a dû exercer sur l'encéphale avant de surmonter la résistance des parois osseuses de la voûte et de la base du crâne.

Le secrétaire-général : Pous.

VARIÉTÉS.

LETTRE DE M. LE PROFESSEUR MOJON

A M. LE DIRECTEUR DE LA REVUE MÉDICALE,

Sur la propriété attribuée à l'huile de ricin de provoquer l'évacuation des calculs biliaires.

MONSIEUR ET TRÈS-HONORÉ CONFRÈRE,

« Je viens de lire dans la *Revue médicale* (cahier d'avril 1844) les observations fort intéressantes du docteur Duparcque sur le diagnostic et le traitement des concrétions biliaires. Permettez-moi d'appeler votre attention sur un fait physiologique qui se rattache, jusqu'à un certain point, à ces observations; j'ai eu occasion de l'observer en Italie, mais il n'est pas généralement connu des praticiens.

« On observe assez souvent, après avoir avalé une certaine dose d'une huile douce quelconque, que les matières fécales contiennent des concrétions rondes ou ovales, dont le volume varie depuis celui d'un petit pois jusqu'à celui d'une grosse amande et même plus. Ces concrétions sont verdâtres, translucides et d'une consistance assez ferme; en les approchant de la flamme d'une bougie, elles brûlent en pétillant. On regarde ordinairement ces

masses comme autant de calculs biliaires formés dans l'appareil hépatique, et dont l'évacuation est aidée et provoquée par l'administration de l'huile.

« Pour admettre cela, il faudrait s'assurer d'avance si ces concrétions, presque adipocireuses, ne pourraient pas être le résultat d'une altération physico-chimique de l'huile ingérée, qui parcourt tout le trajet du canal intestinal. Il n'est pas rare de remarquer, notamment en Italie et dans le midi de la France, où les habitants emploient abondamment l'huile d'olive pour assaisonner leurs mets, que les déjections renferment un grand nombre de ces prétendus calculs biliaires. Ne pourrait-on pas en expliquer la formation par une espèce de solidification ou de saponification qu'éprouverait l'huile ingérée dans le canal digestif, en se combinant à quelque matière alcaline et à un peu d'albumine? ou bien par la séparation du principe liquide de l'huile (oléine) qui serait absorbé et porté dans le torrent de la circulation, et du principe solide (margarine ou stéarine) qui se figerait en s'emparant de la matière colorante de la bile versée dans le duodénum, laquelle donnerait à ces mêmes concrétions la couleur vert-émeraude ou vert orangé qu'elles présentent.

« Pour s'assurer que les concrétions dont il s'agit ne sortent pas toutes formées du canal cholédoque, ainsi qu'on le croit généralement, on n'a qu'à administrer tous les jours pendant plusieurs semaines quelques décagrammes d'huile d'olive à une personne bien portante : au bout de vingt ou trente heures, l'on remarquera dans ses fèces ordinaires plusieurs de ces concrétions adipocireuses, mêlées souvent à une matière liquide avec quelques traces de l'huile ingérée. Le nombre et la grosseur d'une amande, et même d'un œuf de pigeon que présen-

tent parfois ces concrétions, ne permettent pas d'admettre qu'elles aient pu tenir toutes dans la vésicule biliaire, ni qu'elles aient pu se frayer un passage par le canal cholédoque dans le duodénum. La déjection de ces masses verdâtres, diaphanes, dures, continue tant qu'on persiste dans l'usage de l'huile ; elle cesse dès qu'on le suspend.

Ce que je dis n'infirmes pas l'opinion de ceux qui croient que l'huile d'olive, de ricin, d'amandes douces, de térébenthine et autres, combinées à l'éther, puissent calmer les coliques hépatiques, provoquer et faciliter l'expulsion des véritables calculs biliaires, quand il y en a ; mais je dis seulement que les concrétions d'un gros volume et en grand nombre que les malades évacuent en faisant usage d'une huile potable quelconque, ne viennent certainement pas, ainsi que le prétendent certains praticiens très-estimables d'ailleurs, des conduits biliaires ; je dis que ces concrétions se forment de toutes pièces dans le tube intestinal, et cela d'autant plus qu'elles sont évacuées assez souvent, ainsi que j'ai eu occasion de m'en assurer bien des fois, par des individus bien portants, mais qui faisaient fréquemment et abondamment usage d'huile, soit comme aliment, soit comme remède.

« Il est probable que, parmi les calculs qu'on a rencontrés parfois dans le canal digestif et qui étaient composés de phosphate de chaux ou de magnésie et d'une matière grasse, huileuse, ou parmi ceux formés de stéarine, d'oléine, de chlorate de soude, ou de quelque acide particulier, etc., dont parlent Dublanc, Lassaigne et autres ; que parmi ceux que M. Robert a vu n'être que du mucus épais, parmi ceux enfin que Wollaston et Marcet ont reconnus analogues à une nature presque caséuse, il

y en ait eu de ceux dus spécialement à une certaine quantité d'huile ingérée et épaissie, l'appareil gastrique se trouvant dans une disposition particulière et favorable à la décomposition ou modification qu'éprouve l'huile avalée pendant son séjour dans ledit appareil.

« Il est évident qu'il n'est pas question ici des bezoards ou autres concrétions qu'on rencontre quelquefois dans le canal digestif, et sur lesquels Fourcroy, Vauquelin et Brugnatelli nous ont laissé d'intéressantes recherches.

« Agréez, etc. »

B. MORON.

Professeur honoraire de l'université royale de Gênes.

RÉCLAMATION.

M. le docteur Péreyra, de Bordeaux, nous prie de publier la lettre suivante :

A Messieurs les membres de la Société de Médecine de Paris.

MESSIEURS,

« Je viens de lire dans le cahier de mars de la *Revue médicale*, la phrase suivante, prononcée à la suite d'un rapport fait par M. Sandras sur un mémoire que j'ai publié sur le traitement de la phthisie pulmonaire.

« J'ai eu occasion, dit M. Jacquemin, de voir, à Bordeaux, des malades que M. Péreyra regardait comme guéris, et qui continuaient à être phthisiques, ce que j'ai constaté avec M. Piedagnel.

« Il m'importe de ne pas rester sous le coup de cette assertion, qui est au moins hasardée.

« Je suis obligé de déclarer que la mémoire de M. Jacquemin l'a très-certainement mal servi.

« Je n'ai jamais eu aucun rapport direct ou indirect avec ce médecin, je ne puis donc pas lui avoir présenté des phthisiques que je regardais comme guéris, et il n'a pu constater le contraire.

« M. Piedagnel, lui-même, qui m'a fait l'honneur d'assister à une de mes visites, n'a pu lui tenir un pareil langage, puisque je n'ai présenté à M. Piedagnel que plusieurs phthisiques en traitement, et que je ne garde et ne puis garder dans une salle des individus guéris.

« Si M. Jacquemin avait lu le mémoire contre lequel il a pris la parole, il aurait vu que je me suis toujours tenu sur la plus grande réserve, que je n'ai pas même considéré comme guéris des gens qui, depuis plus de six ans, ne toussent plus, sont dans un bon état de santé, et se livrent impunément à des travaux plus ou moins pénibles.

« J'espère, messieurs, que M. Jacquemin, que je n'ai pas l'honneur de connaître, s'empressera de déclarer, dans une de vos prochaines séances, qu'il s'est laissé peut-être circonvenir par quelques petites passions de localité, qu'il m'a été facile de faire taire à Bordeaux, et dont je suis persuadé qu'il aura été fâché de se faire l'écho. »

J'ai l'honneur, etc.

Emile PÉREYRA, médecin titulaire de
l'Hôpital Saint-André de Bordeaux.

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Notice des travaux de la société de médecine de Bordeaux ;
par M. BURGNET, secrétaire général. — Brochure in-8°.

(Séance annuelle 1843 (1).)

M. le docteur Chaumet, président, a ouvert la séance par un discours sur l'*Unité médicale*. Il s'est attaché à démontrer la nécessité d'apporter dans l'enseignement de la médecine une identité de principes et de méthodes; il a établi que la science ne pouvait qu'y gagner en considération, et que ce serait préparer les voies à cette réforme morale, pour laquelle les sociétés comme les individus forment les vœux les plus ardents.

M. Burgnet, secrétaire général, a détaché de la notice des travaux, l'article *Constitution médicale* qui pouvait intéresser davantage le public médical bordelais.

Le passage suivant, de son compte-rendu, traite d'un sujet d'un intérêt plus général, et qui a déjà appelé, dans ces derniers temps, l'attention des praticiens et des journaux de la capitale.

« On sait que les médecins qui nous ont précédés faisaient un fréquent emploi du sulfate de potasse, soit comme purgatif, soit à titre d'altérant. C'était surtout pour diminuer la sécrétion du lait qu'ils le recommandaient, et ses bons effets lui avaient

(1) Nous avons publié dans le cahier du mois d'avril dernier le programme des prix décernés et proposés par la Société dans cette séance.

valu une réputation populaire. Jusqu'à ces derniers temps il n'avait pu cesser de mériter la confiance des praticiens. Cependant quelques-uns d'entre eux avaient remarqué que des doses de sulfate de potasse, beaucoup plus faibles que celles que l'on donnait autrefois, provoquaient des crampes d'estomac, des vomissements, etc. Ces faits, tout singuliers qu'ils étaient, n'avaient pas frappé les esprits assez fortement pour qu'ils paraissent mériter des recherches particulières. Cependant un peu plus tard l'action de ce sel ne se borna pas à produire de simples irritations des voies digestives. Sur tous les points de la France on signala des accidents vraiment toxiques survenus après son ingestion. On en cita quelques exemples à Bordeaux même, et ce fut à l'occasion d'une observation de ce genre, qui lui fut rapportée par l'un de ses membres, que la société de médecine désira se livrer à l'examen d'une question si intéressante pour la médecine pratique.

Il fut constaté qu'une grande partie du sulfate de potasse que nous employons provient d'eaux-mères, résidus de plusieurs fabrications différentes. D'après les travaux de quelques chimistes, il est démontré qu'il y est uni à des sels de cuivre, de fer, de mercure, et surtout de zinc.

Les fabricants, peu soucieux de substituer un mélange fort dangereux à un médicament utile, le vendent en poudre, et le font passer pour du sulfate de potasse pur. Ils se gardent bien de chercher à le faire cristalliser ; car alors leur cupidité serait trompée, puisque ce dernier sel resterait tout à fait distinct des autres. Dans l'état pulvérulent, l'œil le plus exercé ne suffit pas toujours pour reconnaître la falsification. Car si la blancheur, qui est l'un des principaux caractères, dénote que le produit présenté ne contient ni du cuivre, ni du fer, il n'en est pas de même pour le zinc et pour le mercure.

Or, c'est à la présence de ces différents sels que l'on doit attribuer les accidents dont on a accusé jusqu'ici le sulfate de potasse. C'est l'un des mille dangers auxquels la cupidité de certains industriels expose la santé et la vie de leurs sembla-

bles. La science a démasqué la fraude ; il appartient maintenant au pharmacien de rétablir le sulfate de potasse dans la thérapeutique, et de rassurer l'esprit des médecins. Pour cela, il a un moyen certain, c'est de ne jamais livrer ce sel pour l'usage médical s'il ne l'a fait lui-même cristalliser. »

— Deux des plus jeunes membres de la société de médecine de Bordeaux ont succombé en 1843 ; ce sont les docteurs Daupès et Chaudru. M. le secrétaire général, en donnant à leur mémoire de justes regrets, signale à leurs collègues, comme une consolation et comme un encouragement, les forces et la résignation que ces deux estimables médecins ont puisées sur leur lit de mort dans les secours de la religion. G.

Recherches sur les accouchements, les maladies des femmes et des enfants. Deuxième fragment d'un voyage médical en Allemagne; par le docteur A. BOUCHACOURT, chirurgien en chef désigné de la Charité, professeur adjoint à l'École de médecine de Lyon. — Brochure in-8° d'environ 60 pages.

Voici une petite brochure avec laquelle nous sommes bien en retard, et qui cependant, malgré sa forme assez modeste, mérite une mention particulière.

L'ouvrage de notre savant confrère et collaborateur est un compte-rendu succinct, précis, mais cependant assez étendu pour donner une idée exacte de la situation de l'art obstétrical et de ses ressources immenses en Allemagne. Dans ce pays, en effet, les élèves en médecine, quel que soit leur nombre, ne sont pas réduits comme chez nous à se presser autour de quelques lits d'une clinique d'accouchements, pour recueillir ou plutôt pour arracher à la dérobée les fruits d'une science trop négligée, tandis que de vastes établissements s'ouvrent pour des sages-femmes, qui, si elles en sortent quelque peu instruites, perdent bientôt, dans une pratique routinière et imbue de préjugés, la bonne voie vers laquelle on avait cherché à les guider. Au-delà du Rhin, vous voyez la plupart des universités, riches de cli-

niques obstétricales et de collections anatomiques recueillies et conservées avec soin, offrir à chacun les ressources nécessaires pour étudier avec fruit l'art obstétrical. Certaines d'entre elles possèdent des établissements d'accouchements où les jeunes médecins ont l'avantage de séjourner pendant plusieurs semaines et à tour de rôle; de telle sorte qu'ils peuvent y acquérir un commencement d'expérience, et des connaissances que la pratique seule est capable de donner. La prévoyance des gouvernements a été encore plus loin en Allemagne: on y trouve des universités où les chirurgiens militaires, dont l'éducation obstétricale est nulle en France, sont exercés, d'une manière suffisante et éclairée, à la pratique des accouchements. Enfin plusieurs maisons d'accouchements sont disposées de manière à remplir les conditions hygiéniques les plus désirables pour les femmes nouvellement accouchées, et éviter le plus possible les ravages de la fièvre puerpérale. Voilà, sous le rapport de l'organisation, ce que nous apprend la relation de notre confrère; il donne ensuite la statistique des accouchements effectués soit naturellement soit artificiellement dans chaque hôpital, et présente succinctement les opinions principales des différents professeurs qui y sont attachés, soit sur l'action du seigle ergoté, la symphyséotomie, l'accouchement prématuré artificiel, la céphalotripsie, soit sur l'emploi des pessaires, soit sur la fièvre puerpérale, soit sur l'embryologie, etc.; etc. En résumé, le travail de M. Bouchacourt est fort intéressant, fort instructif, et il a pu y exposer d'autant mieux l'état de la science et art obstétrical en Allemagne, qu'il s'est trouvé en rapport direct avec la plupart des premiers maîtres. Il serait à désirer qu'il rencontrât de nombreux imitateurs parmi ceux des médecins français qui, pouvant s'arracher à leurs occupations, explorent les pays étrangers, et dont malheureusement la plupart conservent en portefeuille les détails curieux qu'ils ont été à même de recueillir, au lieu d'en faire profiter et la science et les gouvernants.

DEVILLIERS.

Lettre sur la syphilis. par F. RATIER, médecin du collège municipal de Rollin, membre correspondant de la société royale de médecine de Bordeaux, et de la société des sciences naturelles et médicales de Bruxelles, etc. Brochure in-8°. Paris, 1844. — Chez J. B. Baillière, rue de l'École de Médecine, n° 17.

Le but du travail de M. Ratier est de réduire toute l'histoire de la syphilis à quelques propositions simples et claires, et, par conséquent, de détruire l'échafaudage dressé par les syphiliographes anciens et modernes. Quand on parcourt les ouvrages de ces derniers, on est frappé de la confusion et souvent même des contradictions qui règnent dans l'exposition des faits; confusion et contradictions qui peuvent s'expliquer à la fois par la préoccupation, et par l'exagération naturelle aux hommes qui s'occupent exclusivement d'un sujet quelconque. Ceci posé, rappelons les propositions fondamentales émises par M. Ratier :

1° La syphilis est une affection simple, ayant une existence indépendante, *ne se masquant point* et n'ayant pas besoin de *Pierre de touche* pour être bien et sûrement diagnostiquée, pour ceux qui l'ont suffisamment étudiée;

2° C'est une maladie virulente et contagieuse;

3° Le chancre ou ulcère syphilitique est le seul symptôme de la syphilis, qui est *une* pour ceux qui savent la voir;

4° La syphilis peut être, quoiqu'on en dise, inoculée indéfiniment comme la gale, etc.;

5° La matière virulente, inoculée d'une manière quelconque, suscite au point d'insertion, au bout d'un temps plus ou moins long qu'on nomme incubation, une pustule dont la rupture laisse un ulcère de forme reconnaissable;

Sa durée est de *quarante jours* quand il est laissé à la nature avec des conditions hygiéniques ordinaires.

6° Le chancre peut guérir sans laisser de traces, bien qu'il soit parfaitement vénérien;

7° L'infection générale, ou syphilis constitutionnelle, mal désignée par ce nom, puisqu'elle n'agit que très-peu sur la constitution et sur la santé générale, quoiqu'on en dise, est une maladie spécifique de la peau et des membranes muqueuses. Je l'appelle syphilide papuleuse ou papule syphilitique.

8° C'est cette syphilide papuleuse, qui, observée d'une manière insuffisante, a engendré la multitude de symptômes qu'on trouve décrits dans les auteurs.

Elle succède au chancre, excepté quelquefois chez les enfants infectés par leurs nourrices ou nés de mères infectées. M. Ratier dit ne pas connaître d'autres faits authentiques de *vérole d'emblée*.

Elle a une forme constante et caractéristique, une durée indéterminée, et n'est pas contagieuse.

« Voilà donc la syphilis réduite à sa plus simple expression : syphilis primitive, ou chancre, et syphilis secondaire ou papuleuse. » Pag. 8.

Quant à la balanite, à la blennorrhagie, aux végétations, condylômes, crêtes de coq, etc., bubons, pustules sèches ou humides, onglades, ulcères du voile du palais, etc., M. Ratier les considère comme non syphilitiques et se rattachant accidentellement soit à la maladie syphilitique, soit à des maladies d'autre nature.

Cette manière de voir est trop opposée à l'expérience universelle pour être acceptée dans sa généralité. Nous croyons cependant qu'elle pourra servir, par son exagération même, à combattre les exagérations en sens contraire d'autres médecins, qui ne voient partout que la syphilis, et qui voudraient agrandir outre mesure son hideux domaine : *contraria contrariis curantur*.

Quant au traitement de la syphilis, M. Ratier le simplifie autant que la classification qu'il propose. « Dans le chancre primitif, dit-il, j'ai proposé et pratiqué avec succès la cautérisation de la pustule initiale comme moyen de diminuer les chances de l'infection, au lieu de les multiplier, comme le fait l'inconcevable pra-

tique de l'inoculation ou seulement l'expectation. » Pag. 12. Pour le traitement de la syphilide constitutionnelle, l'auteur emploie le traitement mercuriel, et parmi les préparations de cette espèce, il choisit le sublimé.

D^r BOURDIN.

De la fièvre typhoïde; par le docteur WATON, médecin à Vaison (Vaucluse). 1 vol. in-8°.

Voici un livre fait par un praticien des campagnes. Indulgence pour les rares médecins des campagnes qui prennent à la hâte, sur leurs moments de repos, un peu de temps pour écrire. Louons-le d'abord du zèle qui l'a porté à recueillir des notes et des observations dans sa pratique, et à en confier ensuite à ses confrères le résultat; louons-le du zèle qu'il a déployé dans l'exercice de sa pénible profession, jusqu'à passer des jours et des nuits auprès de ses malades, et à appeler, dans les cas graves, ses confrères en consultation; louons-le de la bonne intelligence avec laquelle il semble s'efforcer de vivre avec ses confrères dont il ne dit que du bien; louons-le des succès pratiques qu'il semble avoir obtenus, et d'avoir fait usage d'un médicament très-précieux dans beaucoup de maladies, non-seulement intermittentes, mais rémittentes, le sulfate de quinine. Si nous avons beaucoup à le louer comme praticien, nous avons le regret de ne pouvoir lui donner les mêmes éloges comme écrivain; et ici nous n'entendons pas parler du style, qui est passable, ce qui, du reste, n'est pas l'important dans un livre de médecine, mais de la science médicale, du peu de valeur scientifique de l'exposition diagnostique et thérapeutique, et de l'abondance stérile d'un livre, qui, de 339 pages, pourrait être réduit à 100. Excusons notre auteur, en disant de lui ce que M^{me} de Sévigné disait quand elle craignait qu'on trouvât ses lettres trop longues, qu'il n'a pas eu le temps de faire son livre plus court. Il faut du temps et une grande puissance d'a-

analyse pour réduire à quelques propositions ce qu'on noie dans une causerie diffuse. Ceci soit dit pour excuse, non-seulement des auteurs, mais aussi de ceux qui les analysent.

Ce livre contient d'abord quarante-quatre observations, plus ou moins complètes, de fièvre typhoïde, *soi-disant*, sans compter quelques-unes du professeur Andral, citées tout au long pour la commodité de la discussion. Elles sont rédigées selon la méthode physiologique, méthode incohérente où l'on ne peut suivre ni la marche, ni la durée de la maladie, ni les effets du traitement. On citerait beaucoup d'observations de professeurs et d'agrégés de l'école anatomique, qui ne sont guère plus claires, quoique beaucoup plus longues et plus assomantes que celles de notre confrère des campagnes de Vaucluse. La méthode du récit continu, tel que le faisaient les anciens et que le fait encore l'école hippocratique, est beaucoup plus claire et plus attachante. Dans le courant de l'ouvrage, l'auteur répète malencontreusement des morceaux d'observations séparés du corps de l'observation, avec une profusion de chiffres de renvoi, qui est, à son insu sans doute, une ironie de la méthode anatomico-physiologique, de même que son livre est comme une ironie des doctrines nouvelles (si doctrine il y a toutefois) sur la fièvre typhoïde. Voulez-vous savoir ce que c'est que la fièvre typhoïde ?

C'est la réunion de toutes les fièvres : « Fièvres essentielles, « fièvre synoque ou inflammatoire, gastrique ou bilieuse, muqueuse ou adéno-méningée, vermineuse, putride ou adynamique, maligne ou ataxique, dénominations diverses données « à une maladie qui ne diffère que par la forme, mais dont le « fond est toujours le même..., ce qui a retardé les progrès de « la science. » Page 184. Voilà de la médecine à la Jacotot, voilà la gastro-entérite de Broussais détronée. Arrangez-vous avec Broussais, M. Waton, ou que le Broussaisisme s'arrange avec vous ; l'hippocratisme n'a rien à voir avec de pareilles monstruosité nosologiques ; pour lui, une fièvre bilieuse et une fièvre inflammatoire ne seront jamais une fièvre typhoïde, pas

plus qu'une fièvre inflammatoire n'est une fièvre bilieuse. Voici, au reste, ce qui induit en erreur beaucoup d'observateurs superficiels. Ils voient d'abord une face rouge et un pouls plein et surtout fréquent dans une maladie qui, huit jours après, est une maladie profondément adynamique; ils croient avoir eu affaire à une fièvre inflammatoire qui est devenue typhoïde. A leur place, Stool n'eût pas dit de prime abord fièvre inflammatoire, mais fièvre indéterminée, *febris indeterminata*, et plus tard fièvre putride, et il ne se fût pas contredit dans le diagnostic et surtout dans le traitement, ce qui est encore plus grave.

Et cependant il y a une fièvre typhoïde, puisque ce mot est à la mode aujourd'hui comme l'étaient autrefois ceux de putride, d'adynamique et d'ataxique : *multa resuscitantur que jam cecidere, cadent que...* Il y a donc une fièvre typhoïde, c'est-à-dire une fièvre lente qui dure quatre, cinq et six septénaires, et qui attaque en même temps les trois cavités, cérébrale, pectorale et abdominale avec une intensité variable et avec des caractères de fièvre remittente insidieuse. Cette fièvre typhoïde comprend d'une manière commode pour notre ignorance, tout à la fois, et les fièvres putrides et les fièvres adynamiques et les fièvres ataxiques; il paraît que, pour certains, elle comprend de plus toutes les fièvres généralement quelconques. Il ne reste plus qu'à inventer un nom qui comprenne aussi toutes les maladies de poitrine; il y en a qui l'ont trouvé, et ceux-là n'ont que le mot de pleuro-pneumonie à la bouche. La fièvre typhoïde, qu'on a aussi appelée fièvre grave, lente nerveuse, est ordinairement très-grave et très-souvent mortelle, surtout quand elle est traitée imprudemment en dehors de la médecine expectante, de la médecine des symptômes et de la diathèse. Ceux qui se plaisent à étaler le nombre de leurs guérisons rapides et de leur peu de décès dans la fièvre typhoïde, sont comme ceux qui, appelant toutes les pleurodynies pleurésies, et tous les catarrhes bronchiques pleuro-pneumonies, remportent des victoires qui ne sont comparables qu'à celles de Don Quichotte.

Sans doute, si toute fièvre essentielle, même éphémère ou printanière, est une fièvre typhoïde, elle disparaîtra, jugulée par la saignée ou le sulfate de quinine, avec le soleil levant du lendemain, comme les monstres nocturnes du chevalier de la Manche.

Par sa position de médecin des campagnes, l'auteur avait un beau champ pour traiter la topographie médicale de son canton; l'hygiène, la médecine expectante et la question de la contagion. Il n'a fait qu'effleurer ces belles questions. Il cite assez de cas de fièvre typhoïde régnant par maisonnées, pour faire croire que dans son canton, comme dans les autres contrées de la France où d'autres médecins des campagnes l'ont observée attentivement, à l'exemple du docteur Gendron de Vendôme, elle a un caractère contagieux et épidémique, ou, si l'on veut, une tendance à sévir de préférence sur une commune, sur un village, sur une famille.

Selon l'auteur, la fièvre typhoïde est rémittente de sa nature. Si elle est rémittente comme la fièvre inflammatoire ou la pneumonie, parce qu'il y a chaque matin une rémission, il n'a pas fait là une grande découverte; mais si elle est rémittente comme les fièvres miasmatiques, septiques et paludéennes, cela vaut la peine d'être observé et étudié, afin d'employer les préparations de quinquina, auxquelles est incontestablement dû le salut de plusieurs de ces malades, et qui comme il le dit, a peut-être fait plus de bien à l'humanité que la vaccine. S'il est utile dans la fièvre typhoïde, inflammatoire ou biliense de l'auteur, à plus forte raison dans la fièvre typhoïde, putride, adynamique ou ataxique.

Avec l'amalgame de toutes les fièvres sous le nom de fièvre typhoïde, il était impossible de faire une symptomatologie claire et précise; aussi n'est-elle que verbeuse. Devinez quel tableau a dû faire notre auteur avec des choses si disparates, et de plus avec une mauvaise méthode!

Nous abordons enfin le traitement de la fièvre typhoïde, qui fait le désespoir des médecins les plus expérimentés, parce que ni les émissions sanguines, ni les vomitifs, ni les purgatifs, ni les toniques, ne réussissent comme méthode générale, et indépendamment de la constitution médicale et de la diathèse. De telle sorte que la prudence, qui est la première qualité du médecin, l'est surtout à l'égard de la fièvre typhoïde.

Mais au lieu de commencer l'exposition du traitement par la méthode expectante, l'auteur s'élançe bien vite à la suite de l'école de Broussais sur les émissions sanguines, à quelque époque de la maladie qu'il soit appelé. Doucement, docteur, doucement *Indicatione incertâ maneat in generalibus; febre nondum determinatâ ab usu remediorum heroicorum abstineto : utere methodo solùm indirectâ; subindè solùm licet hac negativâ medicatione uti..... Si dubites de evacuatione instituendâ, evacuationes fiant exploratoriæ per enemata, eccoproctica, exiguas phlebotomias, etc. Ne maneat totus in unius febris ideâ, sed esto perattentus et cautus in diversarum febrium differentes methodos requirentium commistione* (STOLL).

Telle n'est pas l'école à laquelle appartient l'auteur. Pour cette école, point de médecine expectante, point de médecine exploratrice, *evacuaciones exploratoriæ*. Dans toutes les maladies, ils saignent largement et mettent des sangsues en abondance. Les paysans de certaines campagnes ayant fait cette remarque, il s'est établi en plusieurs communes des hommes et des femmes qui font profession de saigner les malades chez eux et à domicile et d'appliquer les sangsues, bien entendu sans l'avis des médecins qui est connu d'avance. Ces personnes commencent souvent le traitement par ces mots : « Puisque le « médecin vous saignerait et ordonnerait des sangsues, je vais « le faire à sa place, cela ne vous coûtera pas aussi cher. » Et comme c'est surtout dans les cas peu graves qu'on appelle ces saigneurs et ces *saigneuses*, le succès est tellement merveilleux que leur vogue et la vogue des saignées faites par eux éclipsent

la médecine et les médecins, qui n'ont guère que les cas graves et qui ne sont appelés que trop tard. Des curés même, sûrs d'avance que le médecin saignera ou ordonnera les sangsues, envoient chercher le saigneur ou la saigneuse au lieu d'envoyer chercher le médecin. Ne demandez donc pas d'autre médication à l'auteur, dans la fièvre typhoïde, que les émissions sanguines et le sulfate de quinine; ce sont là ses deux médications héroïques, tout le reste est accessoire, même les vésicatoires, qui ne lui servent guère qu'à donner du sulfate de quinine par la méthode endermique. Il a tellement peu l'idée de la médecine expectante, qu'il est bien loin de s'imaginer en faire quand il ordonne la diète et les boissons délayantes; mais la diète et les boissons délayantes, n'est-ce pas là, je n'ose le dire parce que personne n'en voudra plus, ni public ni médecins, n'est-ce pas de la médecine expectante, à moins que nous n'aimions mieux dire avec notre auteur que le bouillon de poulet est excessivement antiphlogistique. Page 288. Quant aux partisans de la médecine expectante, ils prétendent que l'eau est excessivement antiphlogistique, l'antiphlogistique le plus commun, le plus du goût des malades et le plus innocent. Broussais aimait mieux donner la glace que l'eau froide, c'est plus rare, surtout en été; la glace était à ses yeux un excellent antiphlogistique, non pas dans la fièvre typhoïde, il n'y en avait point de son temps, mais dans la gastro-entérite que le docteur Waton, à l'exemple de *tutti quanti*, rebaptise du nom de fièvre typhoïde. Page 73.

L'auteur proscrit les vomitifs, les purgatifs et les toniques, sans les avoir essayés. M. Andral, qu'il dit prendre pour modèle, n'est pas aussi exclusif; il emploie selon les cas (et il s'applique à les distinguer) les vomitifs, les purgatifs, les émissions sanguines, les toniques et surtout la médecine expectante (*Clinique médicale*, tome III, pages 622, 650 et *passim*). Il y a toutefois, dans l'appréciation du succès des toniques, une remarque à faire, c'est qu'on ne les emploie généralement que dans les cas désespérés et après que toute autre médication a échoué, tandis que les

émissions sanguines s'emploient dans des circonstances tout opposées.

Si l'auteur proscrit les toniques, en revanche il donne le sulfate de quinine, *plenis manibus*, 2, 3, 4 et 5 grammes par jour, et cela pendant plusieurs jours de suite; mais il a grand soin de dire que c'est comme anti-périodique et non comme tonique; son intention doit y faire beaucoup sans doute. Toujours est-il qu'il cite beaucoup de cas où il a obtenu des succès remarquables en agissant ainsi, et il ne se contente pas de donner le sulfate de quinine à l'intérieur, il le donne en lavements, en frictions et sur les vésicatoires; et cela pour les pauvres comme pour les riches, à ce qu'il paraît, ce qui annonce une grande conviction et un grand dévouement. Tant de belles qualités de l'auteur font oublier tous les petits défauts du livre.

VERGER, D. M. P., à Châteaubriant.

L'art du dentiste considéré chirurgicalement, et nécessité de forcer les nouveaux dentistes, exerçant sans diplôme, à se faire recevoir, après avoir subi les examens voulus par les réglemens : Mémoire adressé à MM les ministres de l'instruction publique, du commerce et de l'agriculture, etc.; par M. AUDIBRAN, membre de la société de médecine, etc., etc. Paris, 1844. Brochure in-8°.

Le mémoire que nous avons sous les yeux a pour objet de signaler l'un de ces mille abus dont fourmille la profession médicale. A côté d'hommes laborieux et instruits, on rencontre d'audacieux fripons ou d'adroits menteurs, qui, usurpant les titres dus seulement aux vrais savants, s'en parent avec orgueil, et, sous ce masque, font une concurrence parfois redoutable à ceux qui sont le plus dignes de la confiance de leurs concitoyens. Qui le croirait? c'est à Paris même, au centre de la capitale, sous les yeux de ses magistrats, que ces déplorables abus se

multiplient de la manière la plus effrontée. M. Audibran, entraîné par une bonne inspiration, a pensé qu'il suffirait, pour les étouffer, de signaler ces singulières anomalies, et il s'est en conséquence adressé aux ministres de l'instruction publique, du commerce et de l'agriculture. M. Audibran avait compté, comme on le dit, sans son hôte. Sa pétition fut remise à qui de droit; mais messeigneurs de l'instruction publique firent une réponse qu'on pourrait traduire par ces mots : « Ce dont vous vous plaignez ne nous regarde pas. » M. Audibran en a été pour ses frais : les choses sont restées dans le même état, et MM. les dentistes *non pourvus de diplôme* continuent, comme par le passé, à exercer leur illégale industrie. Quelques personnes seront tentées sans doute de dire à M. Audibran : *Vous êtes orfèvre, M. Josse.* Mais peu importe. L'abus est palpable, l'illégalité réelle; des hommes sans instruction, souvent même sans éducation, se posent hardiment sur la même ligne que les travailleurs honnêtes et honorables qui ont passé par tous les grades, et ont acquis leur diplôme au prix de beaucoup de travail et de grands sacrifices d'argent. Tout cela est-il fort édifiant? Est-il du devoir de l'autorité de s'opposer à de tels abus? Nous nous contenterons de poser la question. X.

Des passions dans leurs rapports avec la religion, la philosophie, la physiologie et la médecine légale; par P. BELOUINO, docteur-médecin. 2 vol. in-8°. Paris, 1844. Chez Waille, libraire, rue Cassette, 6 et 8.

En composant cet ouvrage, M. Belouino a voulu, nous dit-il dans sa préface, faire un livre où la science et le dogme marchassent de front, appuyés l'un sur l'autre; un livre duquel le catholicisme fût le fondement tout entier : « Je voulais, ajoute-t-il, sinon proclamer, du moins reproduire scientifiquement, autant que le comportent les questions que je traite, que les

« croyances de notre religion, que les récits de nos livres saints,
« sont complètement d'accord avec les besoins de notre nature,
« avec les lois qui président à la vie morale et physique de
« l'homme. Je voulais faire l'histoire de nos passions sous ce
« double point de vue religieux et physiologique ; les étudier
« dans leurs rapports avec la vie présente, dans leurs tendances
« vers la vie future. Pour faire ce travail, que je donne au
« public comme une œuvre de conscience avant tout, je me
« suis inspiré des croyances de la foi chrétienne. S'il m'avait
« fallu m'isoler de cette lumière, pour parler le langage de la
« science livrée à elle-même, certes le courage m'eût manqué. »

Nous ne voulons aujourd'hui qu'annoncer cet ouvrage et dire
l'esprit dans lequel il a été conçu. Dans un prochain article,
nous en donnerons une analyse un peu détaillée.

A. F.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité élémentaire et pratique de pathologie interne, par
A. GRISOLLE, D. M. P., médecin des hôpitaux et hospices
civils, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre titu-
laire de la Société médicale d'observation et de la Société de
médecine, membre honoraire de la Société anatomique, membre
correspondant de l'Académie de médecine de Paris, etc. Ou-
vrage complet en deux forts volumes in-8. Prix : 16 fr.—Chez
Fortin, Masson et comp., place de l'École de Médecine, 1.
Même maison, chez L. Michelsen, à Leipsig.

*Mémoires de chirurgie pratique, comprenant la cataracte,
l'iritis et les fractures du col du fémur*, par le docteur PAMARD,

chevalier de la Légion-d'Honneur, chirurgien en chef des hôpitaux d'Avignon, professeur de clinique chirurgicale et d'accouchements, etc. In-8 avec 4 planches. Prix 4 fr. A Paris, chez J. B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'École de Médecine, 17. A Londres, chez J. Baillière, 219, Regent-street.

De l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde, par C. E. S. GAULTIER DE CLAUSTRY, chevalier de l'ordre royal de la Légion-d'Honneur, docteur en médecine et agrégé libre de la faculté de Paris, membre de l'Académie royale de médecine, etc. In-8. Prix : 6 fr. A Paris, J. B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'École de Médecine, 17. — A Londres, chez L. Baillière, 219, Regent-street.

Recherches physiologiques sur la vie et la mort, nouvelle édition ornée d'une vignette sur acier, précédée d'une notice sur la vie et les travaux de Bichat, et suivie de notes par le docteur CERISE. 1 vol. grand in-18. Prix : 3 fr. 50. — Chez Fortin, Masson et comp., place de l'École-de-Médecine, 1. Même maison, chez L. Michelsen, à Leipsig.

Guide du médecin praticien, ou Résumé général de pathologie interne et de thérapeutique appliquée, par F. L. VALLEIX médecin des hôpitaux de Paris, etc., etc.

Mise en vente du tome 4^e : *Maladies des voies digestives*. 1 vol. in-8 broché. Prix : 8 fr. 50 c. — Par la poste, franc de port, 10 fr. — A Paris, librairie de veuve Lenormant, rue de Seine, 8.

IMPRIMERIE DE HAUQUELIN ET BAUTRUCHE,

RUE DE LA HARPE, 90.

REVUE MÉDICALE.

(Juillet 1844.)

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

OBSERVATION

D'UN CAS REMARQUABLE

DE

VARIOLE APRÈS LA VACCINE;

Par M. le docteur CORBY.

Variol chez une dame vaccinée seize ans auparavant, et allaitant un enfant vacciné quatre jours avant le développement de l'éruption. — Continuation de l'allaitement. — Développement régulier de la vaccine de l'enfant qui reste préservé de la variole. — Revaccination sans résultat d'une sœur de la malade qui avait été vaccinée dix-neuf ans auparavant, et qui l'assista pendant toute la durée de sa variole sans contracter alors, ni plus tard, cette maladie. — Quelques réflexions sur ces divers faits.

Madame B^{***}, âgée de 16 ans et quelques mois, grande, forte, bien constituée, quoique lymphatique, à peau fine et blanche, à chevelure blonde, offrant un embonpoint assez notable, et même une disposition à l'obésité, mariée à 15 ans, mère à 16, accoucha de son premier enfant le 19 septembre 1843. Le travail de la parturition fut naturel, d'une durée de 9 à 10 heures, la couche fut heureuse. L'enfant, du sexe féminin, d'une force moyenne, bien portant, fut allaité par sa mère, et cet allaitement se fit sans

1844. Juillet. T. II.

21

difficulté de la part de la mère et de l'enfant, quoique la conformation des seins à mamelons rentrés me fit craindre que l'enfant ne pût les saisir et exercer convenablement la succion. Le samedi 2 décembre, je vaccinaï de bras à bras la petite fille de madame B*** avec du vaccin recueilli sur un enfant vacciné huit jours auparavant. — Le mercredi 6 décembre, après quatre jours révolus depuis la vaccination de son enfant, je fus appelé auprès de madame B*** qui était prise de fièvre depuis deux jours, et en avait eu encore la nuit et toute la matinée une très-intense, avec agitation vive, violent mal de tête, quelques apparences même de délire, vomissements pénibles et à deux ou trois reprises vers le milieu de la journée, mal de gorge avec sentiment de strangulation, déglutition douloureuse, étouffements et douleurs confusives fortes dans la région des lombes. Au moment où j'arrivai, vers 4 heures de l'après midi, tout l'appareil violent des symptômes qu'on m'avait dépeint tel que je viens de le rapporter, avait en grande partie cédé; je trouvai la fièvre modérée, le pouls plein, large et mou, la peau habitueuse; la douleur de reins persistait avec assez de force. La face était assez colorée, et je crus remarquer sur le fond généralement rouge de la peau du bas de la figure et des mains quelques petits boutons naissants, et faisant une saillie à peine sensible. L'invasion brusque de la fièvre, sa rémission déjà très-prononcée concordant avec l'apparition d'un mouvement à la peau, firent naître aussitôt en moi l'idée d'une fièvre éruptive, et la nature des prodromes me parut plutôt appartenir à la variole qu'à toute autre éruption. Pourtant, comme les boutons n'étaient qu'à l'état naissant et à peine visibles, surtout à la chute du jour et à la lumière artifi-

cielle, et que je savais avoir vacciné madame B*** dans son enfance, j'émis quelques soupçons sur le caractère de l'éruption, ajournant au lendemain à me prononcer d'une manière plus catégorique. Il est bon de dire que madame B***, qui malgré l'allaitement avait eu son retour de règles la veille avec assez d'abondance, n'éprouva aucun dérangement, ni aucune diminution dans leur écoulement pendant la violence des prodrômes, non plus que pendant le développement consécutif de l'éruption. Je prescrivis une simple infusion tiède de fleurs de mauve et de bourrache miellée, et la diète.

Le lendemain 7, l'éruption se complète et se caractérise. Plus de doute sur sa nature : petits boutons ombiliqués au sommet, abondants, rapprochés, surtout aux joues, quelques-uns aux paupières, ayant tous les caractères de ceux de la variole; absence complète de fièvre, cessation de tout malaise; la malade accuse même de l'appétit, les règles suivent leur cours naturel : je constate aux deux bras les cicatrices très-apparentes de l'ancienne vaccine, et je fais part à la famille de ce que cette circonstance m'offre de rassurant, et de l'influence heureuse que la vaccine autrefois pratiquée avec succès aura sans nul doute sur la marche et les suites de l'éruption variolique actuelle.

Les 8 et 9, l'éruption continue à se développer sans le moindre accident, les boutons sont très-multipliés et très-rapprochés à la face et aux mains; il y en a sur les bords de la langue, au palais et dans la gorge. La malade est toujours sans fièvre, elle éprouve le sentiment de la faim. Elle a continué sur mon conseil à donner à téter à sa petite fille dont l'éruption vaccinale marche pendant que la va-

riole suit son cours chez la mère. Je permets du lait coupé.

Le 10 décembre, cinquième jour de l'éruption, la malade est tourmentée par un état général de malaise, elle a peu dormi, se plaint de démangeaisons, surtout aux mains et aux jambes, manifeste de l'inquiétude sur les suites de son mal, et principalement sur les empreintes désagréables qu'il doit laisser. Les paupières sont légèrement gonflées, le gonflement n'est pas sensible aux mains. Le pouls est un peu plus fréquent et un peu plus élevé. Les règles ont cessé de couler la veille au soir, après avoir offert la durée et l'abondance d'une époque ordinaire.

L'enfant a continué de têter, et la vaccine de fournir son développement naturel.

Le 11, embarras assez prononcé de la gorge, salivation, gonflement plus marqué des paupières, sans pourtant qu'il en résulte une occlusion des yeux ; il y a eu peu de sommeil la nuit, un état d'impatience et d'irritabilité générale, sans fièvre sensible, et sans aucun trouble notable dans les fonctions.

Le 12, septième jour de l'éruption, les paupières sont dégagées, l'état général satisfaisant, quelques boutons du tour des lèvres, du nez et du menton prennent une teinte blonde, l'éruption subit un mouvement général d'affaissement, et la période de dessiccation commence d'une manière évidente, et a déjà fait des progrès fort sensibles le lendemain. L'appétit se prononce, je permets quelques aliments.

Le 14, la dessiccation est complète à la face, de petites squames se soulèvent déjà sur les bords. Il n'y a plus nulle part de rougeur entre les boutons qui partout sont plats, affaissés, et convertis en croûtes lenticulaires, ou en squames à peine élevées au-dessus du niveau de la peau.

La maladie peut être considérée comme terminée, et je ne m'arrêterai pas à décrire la marche de la desquamation qui se fit du reste assez rapidement. Elle laisse au front, sur le nez et les lèvres, quelques marques peu profondes qui ne seront certainement que très peu apparentes, lorsque la peau aura repris sa coloration et son poli naturel.

Le 11 décembre, lorsque madame B*** était au sixième jour de son éruption, et la vaccine de son enfant au neuvième de son développement, une de ses sœurs, âgée de 19 ans, non mariée, qui avait depuis le commencement donné des soins assidus à sa sœur, et que comme elle j'avais vaccinée dans son enfance, me témoigna le désir de l'être de nouveau. Elle portait aussi aux deux bras des traces évidentes de sa première vaccine. Bien que cette opération me parût doublement inutile en raison de l'opération première et de l'influence variolique à laquelle elle venait d'être soumise en soignant et touchant sans cesse sa sœur malade depuis huit jours, je cédai néanmoins à son désir. Je lui insérai aux bras, par six piqûres, le virus vaccin au neuvième jour de sa petite nièce. Je n'obtins d'aucune de ces piqûres un seul bouton de vaccine vraie. Deux n'offrirent aucun travail quelconque, trois furent le siège d'une démangeaison vive avec rougeur et dureté, le tout assez analogue à l'effet de la morsure d'un cousin. Enfin, une dernière piqûre donna lieu à une pustule ecchymatoïde, de forme irrégulière, dans laquelle le pus fut formé dès le quatrième jour, et changé en une croûte inégale, informe avant le huitième jour.

Il est bon d'ajouter qu'elle ne contracta pas non plus la variole.

Une dernière circonstance à noter, c'est que madame B*** qui avait pu continuer l'allaitement de son enfant pendant toute la durée de l'éruption de sa varioloïde, m'annonça quelques jours après que son lait diminuait tous les jours de quantité, et qu'elle prit sur elle de cesser de donner à éter et de substituer l'allaitement artificiel à l'allaitement maternel. J'ai su depuis, par l'indiscrétion d'une parente, que le lait de madame B*** n'avait diminué de quantité et fini par se perdre tout à fait que parce qu'elle avait volontairement renoncé à nourrir son enfant, et trouvé les devoirs complets de la maternité trop pénibles et incompatibles avec les distractions du monde et les plaisirs de l'hiver. Je dus dès lors renoncer à l'explication toute naturelle que j'avais cru pouvoir trouver de la perte du lait dans le développement de la fièvre éruptive, concordant surtout avec la persistance de la menstruation. — Avis aux médecins qui s'en rapportent aveuglément au dire de leurs malades, font appel à leur science physiologique pour s'expliquer des mensonges, et ajoutent ainsi à leur insu une page à l'histoire de la dent d'or.

Les faits que nous venons de raconter nous ont paru offrir quelque intérêt, et mériter d'autant plus d'être rapportés que, soit isolément, soit dans leur ensemble, ils touchent à plusieurs questions qui ont beaucoup occupé le monde médical depuis un certain nombre d'années, je veux parler surtout du degré de l'action préservatrice de la vaccine, de l'apparition des petites-véroles chez les vaccinés, et des revaccinations.

Et d'abord nous avons ici trois personnes vaccinées : madame B***, vaccinée depuis plus de seize ans, chez laquelle j'ai pu constater alors la légitimité de l'éruption, et qui

présente encore à ses deux bras des cicatrices d'un caractère non douteux. Eh bien, la variole se développe chez elle spontanément, sans qu'elle ait eu, à sa connaissance du moins, de contact immédiat, ou même éloigné avec un varioleux. Il faut dire tout de suite que si la vaccine n'a pas préservé complètement et à toujours madame B*** de la variole, elle a eu une influence évidente et bien marquée sur la marche et la durée de cette éruption. Peut-on douter qu'elle n'ait influé en même temps sur son intensité, lorsqu'on voit tous les symptômes concomitants tellement bénins, qu'aucune fonction, pas même des fonctions transitoires, telles que la lactation et la menstruation, ne subit la moindre entrave, la plus légère modification. Et cependant la multiplicité, le rapprochement des boutons paraissent dès le début devoir donner à l'éruption un caractère de confluence très-prononcé. Loin de là, il n'y a pas même eu de période de suppuration.

2^o L'enfant de madame B***, vaccinée depuis quatre jours, au moment où l'éruption commence à poindre chez la mère depuis à peine deux jours seulement, lorsque celle-ci éprouve les premiers symptômes de la fièvre d'invasion de la variole, cet enfant non-seulement est dans un contact presque perpétuel et immédiat avec sa mère, mais encore elle suce son lait, elle suce en même temps sa respiration, elle suce les boutons varioleux qui entourent le mamelon. Eh bien, sa vaccine à peine apparente au moment où l'éruption varioleuse commence à se faire voir chez la mère, continue de se développer, et suit sa marche ordinaire et naturelle, sans que les circonstances au milieu desquelles elle se trouve y apportent la moindre apparence d'irrégularité. Bien entendu que ni alors, ni plus tard, elle

ne présente aucun symptôme général, ni local de variole.

3^e Enfin, la sœur de madame B***, vaccinée aussi par moi et avec succès depuis 19 ans, présentant encore les cicatrices caractéristiques de cette opération : celle-ci soigne sa sœur, couche dans sa chambre, la touche sans cesse et la main nue, sans éprouver aucun symptôme. Au bout de six jours on lui parle de la possibilité qu'il y avait pour elle de contracter la variole; sans s'effrayer beaucoup de ce qu'on lui dit à ce sujet, elle me prie pourtant de la revacciner avec le vaccin de sa petite nièce. L'opération ne réussit pas, mais elle n'a ni vaccine ni variole.

Si la petite fille de madame B. n'eût pas été vaccinée, eût-elle contracté la variole? en eût-elle été également préservée si elle n'eût été vaccinée que deux jours avant, que le jour même du développement de l'éruption chez la mère, ou que le jour seulement où se déclarèrent les premiers symptômes de la fièvre d'invasion varioleuse? Que serait il arrivé si, au lieu de se trouver en contact avec une varioloïde ou variole chez une personne vaccinée, l'enfant vacciné eût sucé le lait d'une mère atteinte de variole et non précédemment vaccinée? et dans ce cas eût-il été nécessairement préservé, pourvu que l'insertion vaccinale eût précédé, soit la fièvre d'invasion variolique, soit le début de l'éruption chez la mère?

En d'autres termes la varioloïde, ou variole, modifiée par la vaccine, jouit-elle de propriétés contagieuses au même degré que la variole franche qui se développe chez les gens non vaccinés? Il semble que l'analogie conduit tout naturellement à une réponse négative. L'expérience, en dehors des probabilités de l'analogie, a déjà du reste répondu, au moins en partie, à cette question. Nos lecteurs se souvien-

ment peut-être d'une communication faite à l'Académie en 1827 par M. Kergaradec au nom de M. le docteur Guillon, ancien chirurgien de la marine et résidant à Saint-Pol-de-Léon (Finistère). Ce praticien, en pénurie de vaccine et ne pouvant s'en procurer au milieu d'une épidémie désastreuse de petite-vérole, s'avisa d'inoculer le virus de la varioloïde au lieu et place du vaccin. Il obtint, dit-il, de ces opérations pratiquées sur plus de deux cents individus des boutons de vaccine qui eurent les caractères et les propriétés préservatrices de la vaccine véritable. Qu'il se soit trompé ou non sur le caractère de l'éruption développée par ces inoculations, que les boutons aient eu l'aspect de la vaccine ou de la petite-vérole, ou de la petite-vérole modifiée appelée varioloïde, qu'il ait été blâmé à tort ou à raison par l'Académie, toujours est-il que l'éruption qu'il provoqua fut presque constamment locale et bornée aux piqûres, que dans quelques cas seulement on remarqua quelques petits boutons de varioloïde dans l'intervalle des piqûres, ou même épars sur toute l'habitude du corps, ce qui alors donnait lieu à une fièvre d'incubation, et qu'il ne cite pas parmi les inoculés un seul cas d'éruption confluente et grave. J'aime à croire qu'il ne les aurait pas dissimulés, ou que ses confrères témoins de ses expériences, et dont plusieurs les répétèrent eux-mêmes, n'eussent pas manqué d'en signaler les revers aussi bien que les succès. On peut donc déjà tirer de ces faits la conclusion que la varioloïde, si elle se communique par l'inoculation sur des sujets non vaccinés, aussi bien que la variole elle-même, a des effets plus locaux, moins étendus. Se communiquerait-elle avec la même facilité et aussi fréquemment que la variole par le contact immédiat, ou à distance par

la voie de l'atmosphère? Enfin la propagation par ces divers modes aurait-elle lieu, comme est observée quelquefois la propagation de la variole chez les individus antérieurement vaccinés? Il fut un temps où la confiance dans la vertu préservatrice de la vaccine était tellement absolue, que pas un médecin n'eût hésité à inoculer la variole chez un vacciné. Aujourd'hui que cette confiance a été fortement ébranlée par la publicité donnée aux cas exceptionnels de variole chez les vaccinés, par les discussions peut-être imprudentes et intempestives des académies sur ce sujet et sur la question des revaccinations, dont l'utilité, comme remède à ces cas exceptionnels, est loin d'être encore démontrée, qui oserait tenter une pareille expérience? L'Académie n'a-t-elle pas prononcé des paroles d'un blâme sévère comme les inoculations de M. Guillon? N'a-t-il pas été dit dans une des dernières séances que les expériences d'inoculation de la variole chez les vaccinés, comme moyen de juger de la durée de la période préservatrice du vaccin, répugnent à l'humanité? Répugnerait-il donc à l'humanité de pratiquer l'inoculation d'une varioloïde ou variole modifiée par une vaccine sur un sujet vacciné? Il y a ici deux vaccines pour combattre l'action variolique, deux motifs pour que la contagion perde sa force, et pour qu'une pareille opération n'ait aucun résultat. J'étais vivement tenté de la pratiquer sur la sœur de madame B. au lieu de la revaccination. Je ne saurais trop dire ce qui m'a empêché de céder à ma tentation. J'affirme seulement que ce n'est pas la crainte du blâme académique. Je n'eusse probablement pas non plus produit la variole, qu'un contact incessant n'avait pas eu la puissance de développer.

Dans ces quelques réflexions dont j'ai fait suivre la rela-

tion d'un fait de ma pratique, j'ai posé bien plus de questions que je n'en ai résolu. La raison est que je ne suis pas en mesure de les résoudre; et surtout de les résoudre tout seul. Cette solution demanderait des recherches nombreuses sur l'inoculation et la vaccine, et des expériences multipliées de la nature de celles que j'ai indiquées, que je n'ai ni le temps ni les moyens de faire. Je me trouverai trop heureux si je puis avoir fait naître l'idée de s'en occuper à quelqu'un de plus favorablement placé et ayant plus de loisir à y consacrer.

ÉTUDES PRATIQUES

sur

L'AFFECTION SCROFULEUSE
CHEZ LES ENFANTS,

PAR M. GUIET,

Docteur en médecine, ancien interne de l'hôpital des Enfants-Malades,
membre de la Société anatomique de Paris.

(Suite et fin). (1).

§ IV.

CARIE ET NÉCROSE.

Après avoir traité des tumeurs blanches, il me reste à parler de la nécrose et de la carie scrofuleuse dans la continuité des os; mais ce sujet ne m'occupera pas longtemps.

(1) Voir la *Revue médicale* du mois d'avril dernier, page 528.

En effet, que la lésion qui constitue la maladie existe aux articulations, ou qu'elle se montre, au contraire, dans la diaphyse des os, la maladie est toujours la même; comme lésion, elle ne diffère que dans la manière dont les parties voisines réagissent, et dans l'importance et la disposition des parties affectées. Aussi ce que j'ai dit relativement aux tumeurs blanches doit-il se rapporter exactement à la carie ou à la nécrose des os dans leur continuité, abstraction faite de la gravité du diagnostic et du pronostic, qui est toujours moindre dans ces derniers cas, à moins que l'os tout entier ne soit frappé de maladie: la conduite à tenir, pour moi, est absolument la même; car ce que je veux avant tout établir, c'est que la chirurgie ne soit pas aussi exclusive qu'elle l'est, qu'elle daigne s'occuper un peu plus de l'état général dont on ne se joue pas impunément, qu'elle mette, en un mot, un peu plus de réserve dans l'exécution de ses hautes œuvres, quand il existe une inconnue que le bistouri ne peut atteindre. Qu'on ne me dise pas que je rejette toute opération dans les affections scrofuleuses; telle n'est pas ma pensée, car quelquefois il est nécessaire d'intervenir avec l'instrument tranchant. Mais je demande que cette intervention soit sage, raisonnée, prudente, fondée sur une connaissance plus approfondie des affections scrofuleuses. Je ne veux pas d'une intervention brutale, inintelligente; je ne veux pas qu'on s'expose à commencer une opération sans pouvoir la finir, comme je l'ai vu faire; je veux enfin qu'on s'occupe de l'état général du malade ailleurs que dans les traités de pathologie générale; car à voir agir un grand nombre de chirurgiens, on dirait qu'ils ne le soupçonnent pas.

§ V.

ULCÈRES SCROFULEUX.

Les ulcères scrofuleux sont très-fréquents chez les enfants ; et il n'est peut être pas une partie du corps qui n'en puisse être le siège. Ces ulcérations sont très-rebelles ; elles cèdent très-difficilement aux moyens locaux dirigés contre elles. Quoique toutes dépendantes de la diathèse scrofuleuse, elles sont loin d'avoir la même gravité et d'obéir aux mêmes indications thérapeutiques ; d'où il suit qu'il importe, dans la pratique, d'en distinguer plusieurs variétés.

Ainsi, parmi ces ulcères, les uns succèdent à la lésion de la peau, qui seule est affectée (scrofule cutanée du docteur Lugol). A cette espèce appartiennent certaines variétés d'estiomène et d'impétigo. Ce sont les *ulcères scrofuleux cutanés*.

2° Les *ulcères scrofuleux proprement dits* résultent de l'ouverture des abcès scrofuleux froids, qui se sont développés dans le tissu cellulaire sous-cutané.

3° Les *ulcères tuberculeux* succèdent à l'ouverture des tumeurs tuberculeuses sous-cutanées, arrivées à la période de suppuration ; ici l'ulcération de la peau est soumise à la fonte du tubercule. C'est au col que ces ulcérations sont le plus fréquentes.

4° Enfin, les *ulcères scrofuleux symptomatiques* de nécrose ou de carie. Cette espèce comprend deux variétés, suivant que la lésion de l'os est voisine, ou bien éloignée de l'ulcération.

Ces distinctions sont fort importantes pour bien fixer le

pronostic des ulcérations scrofuleuses, et pour en bien ordonner le traitement : en effet, on comprend sans peine que les indications à remplir dans le traitement des ulcères scrofuleux symptomatiques s'adressent à la carie ou à la nécrose, dont ces ulcères ne sont qu'une dépendance ; tandis que dans les ulcères scrofuleux cutanés, par exemple, les indications locales sont bornées à la peau.

La chirurgie n'a en définitive que peu de moyens à opposer aux ulcérations scrofuleuses. Le plus souvent ces ulcérations semblent se jouer de tous ses efforts. Dans les ulcères symptomatiques on doit se borner aux soins de propreté ; car en pareil cas les applications émollientes ou topiques sont le plus souvent inutiles, parfois nuisibles.

Dans les abcès scrofuleux cutanés, l'ouverture opportune de ces collections peut prévenir la formation d'ulcères, ce qui arriverait inévitablement, si l'ouverture en était abandonnée à la nature.

Les ulcérations tuberculeuses sont les plus difficiles à cicatriser ; car comme l'a fait remarquer avec raison M. Lugol, la suppuration ne dégorge pas le tubercule. Une fois la peau ulcérée, il semble, dans une foule de cas, que cette ulcération soit devenue un exutoire indispensable à l'élimination de la matière tuberculeuse, élimination qui persiste, tant que la diathèse tuberculeuse n'est pas modifiée.

§ VI.

OPHTHALMIE SCROFULEUSE.

Pour ceux qui nient l'existence de la maladie scrofuleuse, l'ophtalmie n'existe pas comme symptôme de cette

maladie ; mais heureusement les hommes qui soutiennent une telle opinion sont rares à notre époque, qui brille surtout par son esprit d'observation, et ce serait en vérité faire tort à son esprit d'observation que de soutenir une pareille erreur. Il s'est trouvé pourtant des praticiens distingués qui n'ont pas craint de le faire, tant il est vrai que les meilleurs esprits se laissent quelquefois égarer par le désir de nier même ce qui est apparent pour tout le monde, espérant se donner par là un air d'originalité.

Nous essaierons d'esquisser rapidement le tableau de l'ophtalmie scrofuleuse, telle qu'on l'observe à l'hôpital des Enfants, où ceux qui la nient ne l'ont certes pas observée.

Les tissus envahis par l'ophtalmie scrofuleuse sont la muqueuse palpébrale et la conjonctive oculaire, quelquefois et comme par extension la cornée : c'est surtout la conjonctive qui paraît être son siège de prédilection. La rougeur de ces différents tissus peut être plus ou moins intense ; elle peut présenter des variétés de coloration et d'intensité que nous ne chercherons pas à faire connaître. Qu'importe, après tout, le plus ou moins de tissus affectés, la disposition plus ou moins régulière de la vascularisation, qu'importe que la rougeur soit plus foncée au niveau du bord libre des paupières qu'au niveau du repli de cette membrane, que la conjonctive forme un chémosis autour de la cornée, que la maladie soit une blépharite simple ou une blépharo conjonctivite, ou bien encore une kérato-conjonctivite, que la blépharite, ainsi qu'on l'a dit, soit *ciliaire*, *muqueuse*, *granuleuse* ou *glanduleuse*, etc., la conjonctivite *partielle*, *générale*, *papuleuse*, etc. ? Est-ce que c'est là qu'il faut chercher les véritables éléments du diagnostic dans

une maladie comme celle qui nous occupe? Non. Mais ce qu'il y a de véritablement pratique dans l'étude de l'ophtalmie scrofuleuse, c'est de savoir comment elle se lie à l'affection générale, dont elle est un symptôme important; car souvent elle en marque le début, en tant du moins que manifestation symptomatique; c'est de bien connaître les particularités qu'elle présente, soit dans son début, soit dans sa marche, soit dans ses terminaisons, soit enfin dans la manière dont elle répond aux moyens thérapeutiques dirigés contre elle.

Les phénomènes principaux que présente l'ophtalmie scrofuleuse se rapportent à son début, à sa marche et à son traitement.

Presque toujours l'ophtalmie scrofuleuse débute sans cause extérieure apparente. C'est souvent le premier symptôme qui indique chez un enfant l'état scrofuleux. Dans le principe elle est fort peu de chose, et souvent les parents ne s'en aperçoivent pas : leurs enfants ont alors ce qu'ils appellent *les yeux tendres*. L'inflammation ou plutôt la rougeur se borne au bord libre des paupières et y dessine un liseré rouge, quelquefois à peine appréciable; les yeux sont plus sensibles que d'ordinaire. La sécrétion des glandes de Meibomius est activée, et se dépose, sous forme de plaques concrètes, à l'angle des paupières. Bientôt la maladie, qui jusqu'alors avait peu inquiété les parents, prend un caractère plus grave; la sensibilité de l'œil devient vive; il survient de la douleur, du larmolement, etc.; la rougeur augmente, s'étend à la paupière tout entière et à la conjonctive scléroticale. Les premières recrudescences sont assez faciles à vaincre; mais, quoi qu'on fasse, la maladie ne disparaît jamais complètement; il reste tou-

jours une rougeur au bord libre des paupières, qui prouve que la cause première qui a motivé les premiers accidents sommeille, mais qu'elle n'a pas complètement disparu : ce qui le prouve, c'est que peu de temps après une nouvelle recrudescence arrive, et qu'à mesure qu'elles se multiplient elles deviennent de plus en plus rebelles; il arrive alors que la cornée se prend, s'ulcère, et que la vue peut se trouver grandement endommagée, sinon complètement perdue.

Quand l'ophtalmie scrofuleuse est *primitive*, c'est-à-dire qu'elle se présente comme premier symptôme de l'affection strumeuse chez un enfant, elle persiste rarement seule, et l'on ne tarde pas à voir apparaître des engorgements tuberculeux du col, des toux inquiétantes, des coryzas ou des otites rebelles, des diarrhées ou des caries et tumeurs blanches, suivant le mode de manifestation de la maladie principale. C'est surtout dans ces circonstances, alors que l'ophtalmie primitive existe comme première manifestation de la scrofule chez un enfant en apparence bien constitué, que le diagnostic de ce symptôme peut être difficile, surtout lorsque l'ophtalmie, comme cela arrive quelquefois, affecte des allures aiguës, ou du moins qui paraissent l'être, si, comme presque toujours, le début de la maladie a échappé aux parents; mais bientôt les accidents aigus cessent, et l'ophtalmie prend alors son caractère de chronicité, qui empêche de la méconnaître.

Dans l'ophtalmie qui apparaît comme symptôme secondaire de l'affection scrofuleuse, le diagnostic ne peut être longtemps douteux.

D'autres fois c'est après une fièvre éruptive telle que la
1844. *Juillet*. t. II.

rougeole, et surtout la variole, que l'ophtalmie scrofuleuse se déclare avec les caractères qui lui sont propres; il est à remarquer qu'alors elle acquiert une malignité remarquable, et qu'elle a, si je puis m'exprimer ainsi, une tendance plus grande à envahir les tissus importants de l'œil, et par conséquent à compromettre plus sérieusement les fonctions de cet organe : c'est alors qu'on observe les abcès, les ulcérations de la cornée, la perforation de cette membrane, la procidence de l'iris, et quelquefois la fonte de l'œil. C'est une chose bien remarquable et bien digne de fixer l'attention du praticien, que cette gravité effrayante et cette rapidité funeste imprimée aux affections scrofuleuses par les fièvres éruptives, et la variole en particulier. Sous l'influence de l'intoxication varioleuse, en effet, les accidents scrofuleux grandissent et acquièrent une funeste activité; les manifestations de cette maladie deviennent plus graves, plus envahissantes, comme s'il existait un lien mystérieux entre la cause première de ces affections, de telle sorte que l'une viendrait embarrasser l'autre et lui donner un degré d'activité plus grand. Quoiqu'il en soit, il n'en reste pas moins un fait pratique de la plus haute importance, c'est que, s'il est utile de vacciner tous les enfants, cette pratique doit être encore plus sévèrement suivie pour les enfants scrofuleux.

Ainsi donc le début de l'ophtalmie scrofuleuse est, dans l'immense majorité des cas, caractéristique; et si elle semble quelquefois débiter d'une manière aiguë, c'est que jusqu'alors elle avait été inaperçue. Presque toujours indépendante des causes extérieures, cette maladie commence d'une manière insidieuse, et il n'y a qu'un observateur attentif qui puisse la deviner, alors qu'elle s'essaie, pour

ainsi dire, sur le bord libre des paupières. Comme alors elle est exempte de toute douleur et qu'elle n'entraîne d'autres inconvénients pour les enfants que quelques croûtes légères, qui se déposent aux angles des paupières, et l'adhésion le matin de ces voiles membraneux, à l'aide de petites plaques squameuses jaunâtres, il n'est pas étonnant que son début passe le plus souvent inaperçu.

L'ophtalmie peut rester à cet état de simplicité pendant un temps plus ou moins long; mais bientôt la maladie, comme nous l'avons déjà dit, prend de l'intensité. Ces recrudescences offrent en général peu de gravité dans le principe; elles paraissent et se dissipent au bout de quelques jours. Leur bénignité est telle, que c'est à peine si l'on consulte un médecin; on se contente de laver les yeux à l'eau fraîche, et la rougeur ne tarde pas à se dissiper. Pour les parents la maladie est guérie. Dans quelques circonstances l'ophtalmie disparaît brusquement, et l'on voit surgir une autre manifestation de la maladie mère, qui la tient sous sa dépendance: c'est ainsi que nous avons vu chez un jeune enfant, affecté d'une ophtalmie scrofuleuse bien caractérisée, la rougeur des yeux disparaître presque entièrement pour faire place à une bronchite assez persistante pour faire craindre l'apparition d'un mal plus grave dans le poumon. Au bout de quatre mois environ, la toux disparut, et le genou droit devint le siège d'une tumeur blanche qui continue ses progrès.

Dans le cas où la fluxion scrofuleuse continue de se fixer sur les paupières, l'ophtalmie prend un caractère plus tranché, la rougeur devient permanente, les recrudescences sont plus marquées, plus fréquentes, plus rebelles; c'est, pour ainsi dire, une ophtalmie permanente,

présentant de temps à autre un surcroît d'activité et offrant ceci de remarquable, qu'elle a une marche que rien n'arrête, et qui ne paraît nullement influencée par les influences extérieures. Cette marche, au contraire, répond exactement à celle des autres symptômes de la scrofule; on peut la formuler ainsi : « Exacerbation des symptômes « dans l'hiver et au commencement du printemps, amélioration, ou plutôt sommeil de la maladie dans l'été et pendant la saison chaude. »

L'ophtalmie scrofuleuse est ordinairement indolente et s'accompagne rarement des symptômes généraux; ce n'est qu'à l'époque des recrudescences, ou lorsque la maladie attaque la cornée, que l'on voit se manifester la douleur, ainsi que la photophobie et les symptômes fonctionnels qui se rattachent à la lésion de cette membrane. Mais, en dehors de ces conditions, la maladie fait élection de domicile sur la paupière du scrofuleux sans qu'il en résulte grande gêne ou grande douleur pour lui : c'est encore là une particularité de son histoire, qui n'est pas sans importance.

La maladie se fixe quelquefois sur le bord libre des paupières, où elle semble épuiser son activité; elle s'attache aux bulbes des cils, les ulcère, les détruit, et forme ces liserés rouges saillants, boursoufflés, qui bordent chaque paupière, surtout l'inférieure, et donnent un aspect si hideux à certaines physionomies.

Par cela même qu'elle entraîne avec elle peu de douleur et de gêne, et que l'œil de l'enfant s'y habitue sans peine, certains parents s'en préoccupent peu et ne réclament l'intervention du médecin que lorsque la maladie a pris un grand développement sous l'influence de cette irritation chronique fixée sur la muqueuse palpébrale. Cette mem-

brane s'hypertrophie, s'ulcère, se couvre de fongosités d'un rouge livide, et forme un bourrelet saillant et dur, qui débordé la paupière en la renversant, et semble former une végétation considérable aux dépens de cette muqueuse. C'est l'*ectropion* scrofuleux qui se montre plus fréquemment à la paupière supérieure. Nous avons actuellement un bel exemple de cette disposition chez une jeune scrofuleuse, couchée au n^o 10 de la salle Sainte-Thérèse.

Le diagnostic de l'ophtalmie scrofuleuse offre rarement des difficultés, surtout quand on a bien présents l'aspect, la marche et le début de cette maladie. Toutes les fois qu'elle se présente comme symptôme secondaire, elle coïncide presque toujours avec d'autres lésions symptomatiques plus expressives, des tubercules cervicaux par exemple, et, à notre époque, on trouve encore beaucoup de médecins qui ne reconnaissent la scrofule que lorsque les enfants ont ce qu'on nomme vulgairement les *écrouelles*. Dans ce cas l'erreur n'est pas possible, et le diagnostic est presque toujours bien porté. Mais il n'en est pas de même quand la maladie apparaît comme symptôme primitif, surtout si elle affecte une marche aiguë; il faut alors scruter avec soin les antécédents du petit malade, et, si le diagnostic ne peut être établi immédiatement, laisser marcher un peu la maladie, qui ne tardera pas à se dessiner avec ses traits caractéristiques. C'est alors qu'il faut s'attaquer à l'état général; car on a toutes chances de le modifier avant que la maladie même se soit localisée d'une manière plus funeste.

Le traitement de l'ophtalmie scrofuleuse offre encore une particularité importante: c'est que la méthode antiphlogistique ne lui réussit pas plus qu'aux autres expressions

symptomatiques de la même maladie. Il faut de suite recourir aux topiques astringents, et, en première ligne, au nitrate d'argent, qui triomphe assez bien des premières crudescences.

Dans les ophthalmies scrofuleuses invétérées, les topiques échouent le plus souvent ; en pareil cas, l'application d'un séton à la nuque, vigoureusement entretenu, nous a paru utile.

§ VII.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LE TRAITEMENT INTERNE DES AFFECTIONS SCROFULEUSES.

Comme on a pu le voir dans le cours de ce travail, la chirurgie n'a que des ressources secondaires à opposer aux différentes manifestations de l'affection scrofuleuse. Qu'a-t-on fait, en vérité, quand on a ouvert un abcès ? quand on a retranché un membre affecté de tumeur blanche ? Qu'a-t-on fait, si l'on s'arrête là, contre l'affection générale qui commande ces différentes lésions ? Rien, absolument rien. Tant il est vrai que la chirurgie ne peut exister sans la médecine, et qu'il est impossible, dans la pratique surtout, de les séparer sans qu'il en résulte dommage pour le malade. Trop de chirurgiens, en effet, ne sont que chirurgiens ; le plus souvent ils ne voient rien au-delà du symptôme ; pour eux, la lésion locale est tout : c'est elle qui, *dans tous les cas*, rend raison des accidents généraux ; c'est donc à elle que, *dans tous les cas*, il faut s'adresser pour remédier à ces accidents. Cette confiance dans les procédés chirurgicaux, pour les affections scrofuleuses du moins, est encore augmentée par un certain nombre de

succès apparents : car à notre époque, on ne publie que les succès. En effet, bon nombre de sujets sont amputés pour des tumeurs blanches scrofuleuses : l'opération est pratiquée avec toute l'habileté possible ; c'est le point auquel on tient le plus. Supposons que le moignon se cicatrise promptement et que le malade échappe à toutes les chances de l'opération : il sort guéri ou du moins débarrassé de son membre. Toutes les gazettes médicales retentissent de ce beau succès. Mais souvent il arrive que la maladie récidive et qu'elle semble même, dans un grand nombre de circonstances, acquérir une activité plus grande par le fait seul de l'ablation de l'une de ses expressions symptomatiques. Nous avons trop insisté sur ces récidives pour qu'il soit nécessaire d'y revenir. Voilà pourquoi il faut se tenir, jusqu'à un certain point, en garde contre ces prétendus succès que l'on entend prôner partout. Pour notre part, nous avons pu voir pendant une seule année à l'hôpital Saint-Louis quatre scrofuleux amputés pour tumeurs blanches, et chez lesquels une ou deux maladies pareilles ont reparu ailleurs. Que les chirurgiens, qui guérissent les tumeurs blanches scrofuleuses par l'amputation, ne dédaignent pas de visiter quelquefois ce triste repaire de la scrofule, et ils apprendront qu'avant d'en venir à un moyen aussi extrême, aussi dangereux et, le plus souvent, aussi inutile que l'amputation, il faut avoir tenté de modifier l'organisme par tous les moyens qu'une thérapeutique bien instituée et l'hygiène surtout mettent à notre disposition.

Quelles sont maintenant les indications radicales à suivre dans le traitement des affections scrofuleuses ?

Ces indications dérivent nécessairement de la manière

dont on comprend la nature et l'étiologie de ces affections. Pour nous, qui regardons la scrofule comme une affection générale, le plus souvent directement héréditaire, et toujours liée à des causes débilitantes qui ont agi sur la santé des pères, de manière à créer chez l'enfant ce qu'on nomme la prédisposition, nous admettons :

1° *Un traitement prophylactique*, résumant l'ensemble des conditions à l'aide desquelles on pourra combattre chez les parents l'aptitude à la production de la prédisposition scrofuleuse.

2° *Un traitement curatif*, s'adressant à l'enfant scrofuleux, et comprenant l'ensemble des conditions *hygiéniques et thérapeutiques*, qui peuvent, chez lui, modifier l'organisme tout entier et triompher du principe héréditaire.

§ VIII.

PROPHYLAXIE.

Toutes les fois que l'homme ou la femme présentent, à l'époque où ils sont aptes à contracter mariage, des symptômes actuels de scrofule, quelle que soit la manifestation symptomatique de cette maladie, le mariage doit être sévèrement proscrit, sous peine de voir les branches participer plus ou moins aux infirmités de la souche.

La même interdiction doit exister encore, à bien plus forte raison, lorsque cette maladie sévit chez les deux conjoints : à notre avis, un médecin consulté sur l'opportunité d'un pareil mariage serait blâmable s'il en laissait ignorer les suites probables, pour ne pas dire certaines.

Il est également important de bien connaître qu'il ne

suffit pas d'avoir été guéri d'une affection scrofuleuse, pour n'être plus apte à la transmettre à sa postérité. Nous avons cité, plus haut, l'exemple de cette femme qui, guérie depuis deux ans d'une coxalgie, n'en avait pas moins transmis à son fils, âgé de 7 ans, la même maladie dans la même articulation. Cet exemple et mille autres semblables qu'on pourrait citer doivent engager à défendre le mariage à tous ceux qui ont présenté dans leur jeunesse des symptômes importants de scrofule, bien qu'en définitive nous ayons vu des enfants scrofuleux naître de parents qui n'avaient jamais présenté, comme symptôme de cette affection, qu'une *ophthalmie chronique continue*.

Quand un sujet scrofuleux n'a pas assez d'énergie morale pour renoncer à une postérité qui devra être plus ou moins avariée, il est de la plus haute importance de corriger, autant que possible, le vice héréditaire qu'il peut lui transmettre par le choix d'une femme vigoureuse, bien constituée, exempte de tout vice héréditaire ou acquis.

L'éducation physique et morale de la jeunesse doit être surveillée avec beaucoup de soin : par la première, on corrobore la constitution et l'on rend les hommes vigoureux ; par la deuxième, on les préserve de la corruption, qui, à notre époque, nous ne craignons pas de le dire, est l'une des causes les plus énergiques de la scrofule. Soignez le moral de vos enfants ; inspirez leur l'horreur de l'onanisme et de cette volupté bâtarde qui ne tend qu'à assouvir les sens ; préservez-les de tous les écueils de notre société dépravée en développant leur esprit et leur intelligence, en leur inspirant l'amour du beau et de la vertu : vous en ferez alors des hommes capables de se reproduire, qui n'auront pas annihilé leurs facultés procréatrices par des

jouissances anticipées ou des maladies plus terribles encore, et vous aurez trouvé le vrai moyen de diminuer le nombre des affections scrofuleuses.

Nous voyons d'ici quelques médecins sourire complaisamment, et, du haut de leur intelligence superbe, nous demander de quel droit nous voulons nous faire les réformateurs de la société moderne, comme si les choses n'avaient pas toujours existé telles qu'elles sont. Nous répondrons à cela que, parce qu'une chose mauvaise existe depuis longtemps, ce n'est pas une raison pour ne pas la dévoiler et la laisser subsister toujours. N'est-il pas étonnant que les hommes soient moins soigneux de la propagation de leur espèce, qu'ils ne le sont de la propagation des animaux domestiques, qui peuvent servir leurs intérêts matériels ? Demandez au premier propriétaire venu la manière d'obtenir les plus beaux produits chevalins : vous êtes assuré d'avance de le trouver suffisamment instruit à cet égard.

Encore une fois, quand on croit connaître la cause d'un mal aussi profond, aussi invétéré que le vice scrofuleux aucune considération ne doit porter à la taire. Oui, la corruption de notre époque, qui tend à tout sacrifier aux sens, est l'une des causes les plus puissantes de la dégradation de l'espèce dont l'affection scrofuleuse n'est qu'une manifestation. C'est donc à cette corruption qu'il faut s'adresser pour faire disparaître les sources du mal. Cette corruption, du reste, reconnaît elle-même des causes d'une portée plus élevée, et qu'il importe au médecin de faire connaître. C'est l'absence de tout principe, de tout lien moral et religieux, tranchons le mot, qui se fait sentir aussi bien dans

les classes élevées que dans les classes subalternes de la société; là est le mal : cherchez-lui un remède.

§ XII.

TRAITEMENT CURATIF.

Ce traitement comprend deux ordres de moyens qui, suivant nous, sont bien loin d'avoir la même importance : les uns on les prend dans l'hygiène, les autres dans la matière médicale.

1° MODIFICATEURS HYGIÉNIQUES.

« Dans la maladie scrofuleuse, » dit M. Baudelocque, « toutes les parties du corps sont formées d'éléments de mauvaise nature : c'est un édifice construit tout entier avec de mauvais matériaux. » Eh bien! si ce que vous dites est vrai, et pour nous, nous en sommes convaincus, les seuls moyens véritablement efficaces pour combattre cette cruelle maladie seront ceux qui tendront à reconstruire cet édifice; et si nos idées en physiologie sur les mouvements de composition et de décomposition du corps humain sont fondées, nous avons à notre disposition les moyens les plus puissants pour combattre cette mauvaise nature, pour modifier et changer même ces mauvais matériaux; je veux parler de l'alimentation et des autres ressources hygiéniques que nous puisons dans les différents modificateurs extérieurs qui agissent sur l'organisme. Ainsi donc, en règle générale et à moins d'indications particulières, tout ce qui peut débiliter doit être sévèrement proscrit du traitement des affections scrofuleuses, tout ce

qui peut reconstituer la machine, et, en première ligne, une alimentation substantielle est, au contraire, indiqué. C'est dans les moyens de cet ordre qu'il faut chercher les principaux anti-scrofuleux; et s'il existe un spécifique de la scrofule, comme le croient certains praticiens de renom, ce n'est pas à coup sûr dans les drogues qu'il faut le chercher. Cette vérité est tellement évidente pour nous, que nous pourrions défier qu'on nous montre un seul cas de guérison de scrofule par l'iode seul ou ses préparations; et nous avons vu à l'œuvre les principaux partisans de ce médicament. Pour quiconque est de bonne foi, est-ce à l'hôpital des Enfants qu'on guérit les affections scrofuleuses du jeune âge? est-ce à l'hôpital Saint-Louis qu'on guérit la même maladie chez l'adulte? Non certes. On remédie à certaines manifestations symptomatiques, et voilà tout. Pourquoi? C'est que là où les modificateurs hygiéniques manquent, les ressources thérapeutiques sont sans effet.

Nous allons passer rapidement en revue les modificateur hygiéniques.

L'alimentation doit être substantielle, nourrissante; elle doit consister principalement dans des viandes de bonne qualité, rôties ou grillées. Pour boisson, le vin rouge vieux, et en première ligne le vin de *Bordeaux*, doit être conseillé.

L'exercice doit être fortement recommandé; il faut que dans de certaines limites il contribue avec l'alimentation à la reconstruction de l'*édifice*. Sous ce titre nous comprenons encore les voyages et tous les moyens conseillés par la *gymnastique* pour corroborer et fortifier les organes.

Ajoutez à cela l'habitation à la campagne dans des sites

aérés, bien exposés, montueux et agréablement accidentés.

Les *bains toniques* : ainsi les bains froids pendant l'été, les bains de mer, les bains d'eaux thermales sulfureuses.

Les *frictions* sur les différentes parties du corps avec la flanelle sèche ou imbibée de liqueurs aromatiques ; les soins de propreté, etc.

Il est de la plus haute importance de surveiller attentivement les habitudes des enfants scrofuleux ou prédisposés à cette affection, surtout si, comme cela arrive presque toujours, ils ont de la tendance à l'onanisme. Cette surveillance doit être faite avec habileté et sans qu'ils s'en doutent, afin de ne pas leur apprendre ce qu'ils ignorent, comme semblent le craindre certains médecins, qui alors conseillent pour s'en assurer le procédé de M. Donné, qui consiste à rechercher les éléments du sperme dans les urines des enfants, à l'aide du microscope. Quel singulier abus on fait de cet instrument à notre époque ! Il est convenable d'occuper continuellement les enfants dans la journée et de les avoir toujours sous les yeux, de ne les coucher que quand ils sont fatigués et que le besoin du sommeil se fait fortement sentir. Le matin, on doit les éveiller de bonne heure et les lever aussitôt après leur réveil.

Dans le cas d'hérédité suspecte, surtout quand le mal existe chez la mère, le médecin doit d'abord imposer à l'enfant une nourrice saine, vigoureuse, bien constituée ; il doit, de plus, aussitôt qu'il peut soutenir une alimentation fortifiante, ne pas manquer de l'y soumettre.

Plus la maladie est prise au début, plus elle est curable

et susceptible d'être mollifiée par le traitement. Il ne faut donc pas attendre qu'elle soit définitivement déclarée pour y remédier ; il faut la deviner, pour ainsi dire, dans la physionomie extérieure de l'enfant, et la combattre avant qu'elle n'ait eu le temps de se localiser d'une manière funeste.

§ IX.

MODIFICATEURS THÉRAPEUTIQUES.

Il n'est peut-être pas un médicament important qui n'ait été prôné dans la maladie dont nous avons essayé de tracer une imparfaite esquisse, ce qui tendrait à prouver qu'elle se montre en général rebelle à toutes les batteries thérapeutiques dirigées contre elle. On le comprendra sans peine, si l'on a présent à l'idée que dans cette maladie l'indication principale est de refaire une organisation défectueuse.

Nous allons rapidement passer en revue les principaux médicaments préconisés contre les scrofules ; car, sans nier leur utilité, nous ne les regardons que comme des adjuvants.

En tête de ces médicaments il faut placer l'iode et ses préparations, qui certes ne méritent pas les éloges exagérés qu'on leur a donnés dans ces derniers temps.

Après l'iode viennent le *quinquina*, le *fer*, les *toniques amers*, l'*huile de foie de morue*, qui peut-être n'agit que par l'iode qu'elle contient, le *soufre*, le *chlorure de sodium*, dont l'emploi peut être d'une certaine utilité.

Quant au *charbon animal*, au *sulfure noir de mercure*, à l'*hydrochlorate de baryte*, etc., ils paraissent n'avoir d'autre

mérite que d'avoir été préconisés par des médecins plus ou moins recommandables.

Ces différents médicaments peuvent être administrés sous des formes très-variées; nous ne pouvons à cet égard que renvoyer aux ouvrages qui traitent de cette matière.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES

SUR

LES TUMEURS CANCÉREUSES,

Présentées à la Société de médecine pratique, le 27 mai 1844.

Par le docteur V.-L. STÉFANI.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES TUMEURS CANCÉREUSES.

L'affection cancéreuse est une des plus terribles maladies de l'espèce humaine; elle attaque le plus souvent les organes les plus importants à la conservation de la vie: il n'y a aucune partie du corps qui en soit exempte, et sur laquelle elle ne puisse se montrer avec les caractères qui lui sont propres.

Les anciens s'effrayaient à juste raison de la manière horrible dont cette maladie se propage: car les tissus envahis par le cancer sont altérés au point de devenir méconnaissables, et le malade n'arrive à son dernier moment qu'après avoir passé par une longue série de souffrances.

Les hommes les plus distingués de toutes les époques se sont beaucoup occupés de cette maladie; mais malheureusement ils n'ont pas atteint le but désiré.

S'il est incontestable que la médecine, en général, a fait des progrès réels dans ces dernières années, il me semble que ces progrès sont plus évidents et réels en Italie où les modernes pathologistes et surtout le professeur Bufalini, secouant à la fois le joug des *phlogosistes* et des *dynamistes*, ont apporté un notable perfectionnement aux doctrines proclamées par les anciens maîtres.

Si je ne me trompe, il me semble que le contraire est arrivé en France, où les médecins, n'attachant de l'importance qu'au seul diagnostic, ont fait consister la maladie dans la lésion locale appréciable aux sens. Il en résulte que, dans ce pays, la véritable thérapeutique est généralement négligée et mal dirigée; car le médecin, au lieu de diriger le traitement contre la maladie elle-même, ne combat que les phénomènes morbides, comme nous en avons une preuve évidente dans la maladie dont nous allons nous occuper.

Afin d'exposer avec le plus de méthode possible nos recherches sur les maladies cancéreuses, nous réunirons ce travail dans les questions suivantes.

- 1° Les tumeurs squirrheuses, encéphaloïdes, polypeuses différent-elles du cancer?
- 2° Le cancer est-il héréditaire?
- 3° Le cancer est-il primitif ou consécutif, local ou général? Quel est son mode de développement et de propagation?
- 4° La matière cancéreuse est-elle contagieuse?

5° Quelles sont les causes du cancer et ses signes diagnostiques?

6° Le cancer est-il susceptible de guérison par les seules forces de l'économie animale, ou par des moyens pharmaceutiques?

7° Enfin dans quel cas, et à quelle période faut-il opérer le cancer?

1° *Les tumeurs squirrheuses encéphaloïdes différent-elles du cancer ?*

Nous disons avec l'illustre Monteggia (1), que le squirrhe n'est que la première période du cancer, c'est-à-dire le cancer non encore passé à l'état de suppuration ; il vaudrait mieux effacer de la nomenclature des produits organiques accidentels le nom de squirrhe, et lui substituer le nom de cancer pour désigner le *cancer non ulcéré* ; et nommer cancer en suppuration le *cancer ulcéré*.

Pour nous le cancer est toujours cancer, depuis son début jusqu'à sa terminaison. La tumeur cancéreuse n'est qu'un phénomène de l'affection générale ou de la *diathèse cancéreuse* ; le cancer peut avoir son siège dans toutes les parties de notre corps, selon qu'une cause accidentelle ou une disposition anatomique en favorise le développement.

La tumeur encéphaloïde est considérée par presque tous les pathologistes comme une variété du cancer : toutefois

(1) Se dal cancro ne viene lo scirro, come dallo scirro ne viene il cancro, si può conchiudere che sia l'uno che l'altro sono la stessa malattia, e non differiscono tra loro che nella forma et nel grado. Istit. Chir., v. II, pag. 201.

1844. Juille. T. II.

il me semble plus rationnel de la regarder comme un produit d'une *diathèse* particulière, comme je crois, ou selon quelques auteurs, une variété de la tumeur tuberculeuse plutôt que de la cancéreuse; car si nous suivons cette tumeur dans son développement, dans sa marche, dans sa terminaison, et même dans la nature de son tissu, nous ne lui trouvons de commun avec le cancer que le seul caractère de la reproductibilité. Nous trouvons d'abord que la tumeur encéphaloïde est souvent congéniale, tandis qu'autant que je sache le cancer ne l'est jamais. Dans le cabinet d'anatomie pathologique de Florence on trouve des pièces pathologiques prises sur des enfants nouveau-nés, et représentant des tumeurs encéphaloïdes.

La tumeur encéphaloïde se rencontre à toutes les époques de la vie : elle est fréquente dans l'enfance aussi bien que dans l'âge adulte et dans l'âge mûr; tandis que le cancer attaque ordinairement les individus adultes, et les femmes vers l'âge critique.

On croit généralement que la tumeur encéphaloïde se rencontre souvent au sein : je pense au contraire qu'elle n'y est pas très-fréquente; en effet on croit avoir affaire à une tumeur encéphaloïde lorsque la tumeur cancéreuse présente quelque point ramolli, ou que de la matière accidentelle de différente consistance y est accumulée. Pendant mon séjour à Paris, j'ai vu souvent des professeurs, d'un grand mérite d'ailleurs, extirper du sein plusieurs cancers à l'état cru, qui avaient été considérés comme des encéphaloïdes à cause des particularités que je viens de citer. J'ai soumis au microscope ces pièces pathologiques, et les ai même fait observer à un de mes amis, micrographe très-distingué, qui a confirmé le résultat de

mon examen. La tumeur encéphaloïde semble être plus fréquente chez les hommes que chez les femmes; tandis que le cancer est aussi fréquent chez les uns que chez les autres.

La tumeur encéphaloïde enlevée se reproduit dans la même région plus fréquemment que le cancer. Le cancer se reproduit toujours après un temps plus long que l'encéphaloïde; j'ai observé plusieurs fois des individus, opérés de tumeurs encéphaloïdes qui n'ont pas quitté l'hôpital, car au moment de la cicatrisation de la plaie, apparaissaient des phénomènes qui démontraient que la matière morbide allait se déposer dans des organes internes et particulièrement dans le mésentère. Les *nécropsies* qui eurent lieu quelque temps après, confirmèrent notre diagnostic. (Il faut noter que six individus chez lesquels la reproduction morbide a été si prompte, n'avaient pas encore atteint l'âge de la puberté.)

La tumeur encéphaloïde ne parcourt presque jamais une longue période à l'état de crudité, elle suppure plus promptement que le cancer, et surtout le ramollissement et la suppuration commencent par l'intérieur même de la tumeur, à la manière des tubercules; nous voyons quelquefois le cancer rester à l'état cru pendant toute la vie, ce qui n'arrive pas ordinairement pour l'encéphaloïde. Le tissu encéphaloïde n'a jamais la consistance ni la densité du tissu cancéreux, les vaisseaux du tissu où le cancer se développe diminuent de calibre, et souvent s'atrophient à cause de la densité qu'acquiert le tissu de l'organe où la tumeur s'est développée; il en résulte que le travail de suppuration est moins actif que dans l'encéphaloïde, parce que la vitalité partielle de l'organe étant affaiblie, la réaction inflammatoire l'est aussi dans la même proportion.

Scarpa (1) injectant des tumeurs cancéreuses à l'état cru, observait qu'il n'injectait que de gros vaisseaux à la circonférence et jamais dans l'épaisseur de la tumeur.

Si, après avoir passé en revue une partie des caractères physiques et rationnels de l'une et de l'autre espèces ou variétés de tumeur; nous consultons le microscope, nous trouvons que le tissu élémentaire change aussi bien que les globules qui forment la tumeur encéphaloïde. En outre, les caractères microscopiques ne sont pas les seuls qui nous font croire que probablement la tumeur encéphaloïde est un produit de la *diathèse* tuberculeuse plutôt que de la cancéreuse. Cette doctrine se fonde aussi sur l'analogie qui existe entre les caractères étiologiques de l'une et de l'autre affection. Il m'est impossible maintenant de publier mes observations microscopiques sur les différents produits organiques, et surtout sur le cancer, parce qu'un de mes amis, micrographe très-distingué, m'a communiqué certaines observations sur le cancer qui sont encore inédites; je me propose de les mettre au jour, lorsque j'essaierai de faire une nouvelle classification qui comprendra toutes les dégénération et nouvelles productions organiques chez l'homme; car il est évident que, jusqu'à présent, on confond les produits morbides de la nutrition avec ceux de la sécrétion, ceux de la sécrétion avec ceux de l'exhalation, et la dégénération avec la nouvelle production.

Parmi les affections cancéreuses nous voyons figurer les végétations, les excroissances, les polypes proprement dits; et lorsque ces produits acquièrent une consistance

(1) *Archives générales de chirurgie et de médecine*, tom. X, p. 283.

plus ou moins compacte, nous les voyons appelés corps charnus, fibreux, fibrineux, etc.; c'est ainsi qu'on fait pour les corps durs qui se développent dans la cavité de l'utérus. Je crois que les modernes auraient mieux fait de conserver à ces corps l'ancienne dénomination de polypes durs et polypes mous. Levret (1), dans son *Traité des polypes*, a bien dit que ces tumeurs présentent différentes formes, selon le système d'organes qui les a produites, et selon le lieu où elles se sont développées.

L'académie royale de médecine s'est sérieusement occupée longtemps de la question des corps fibreux de la mamelle. Nous avons suivi avec un vif intérêt ces discussions très-animées, auxquelles prirent part seulement les chirurgiens. La discussion avait été provoquée par la lecture d'un mémoire sur les corps durs de la mamelle, du professeur *Cruveilhier*; et, comme ce travail avait pour but de diminuer les nombreuses opérations qu'on pratique sur le sein, les chirurgiens s'élevèrent en masse pour combattre cette doctrine. J'espérais qu'une vive lumière se serait répandue sur l'étiologie et la thérapeutique des tumeurs; mais il n'en fut pas ainsi; les choses restèrent au même point où elles étaient auparavant. On a admis l'existence des corps fibreux de la mamelle, tout en niant leur fréquence. Mais est-il probable que, dans l'organisme, il se forme du tissu fibreux accidentel? La nouvelle formation est-elle possible? Voilà une des plus importantes questions d'anatomie pathologique.

Pour nous, les tumeurs qui se développent dans l'utérus

(1) Levret, *Traité des polypes*, p. 290.

et qui sont désignées sous le nom de corps fibreux, charnus, durs, ainsi que celles qui se développent dans certaines cavités du corps, ne sont que des excroissances qui présentent différentes formes, selon la profondeur à laquelle elle sont implantées, selon la nature et la consistance de la matière qui s'y est accumulée, et selon la nature des organes qui les ont produites.

Lorsqu'on veut examiner une série de faits, pour voir s'ils sont en rapport entre eux, il faut toujours commencer cette analyse par les plus simples. Si nous examinons les polypes mous du nez, nous trouvons qu'ils n'ont aucune consistance; ce sont des corps non organisés et formés d'une matière presque homogène; ils ne contiennent point de vaisseaux, et, en se desséchant, ils laissent à peine pour toute trace une pellicule qui, en s'imbibant d'eau, reprend presque son volume primitif. Ces tumeurs siègent très-superficiellement, et la matière, en suintant à la superficie de la muqueuse, ne refoule devant elle que le seul épithélium épaissi dans ces circonstances-là. Au contraire, si de la matière produite par l'exhalation ou par une sécrétion morbide s'accumule dans l'épaisseur du tissu, alors la tumeur, commençant à s'accroître, refoule devant elle les couches des tissus superposés: ces tumeurs sont environnées d'un véritable tissu fibrillaire, très-évident dans certaines tumeurs qui siègent entre les parois du tissu de la dure-mère. Ces tumeurs ainsi formées deviennent saignantes à la plus légère pression par la rupture ou ulcération des vaisseaux qui se rompent à leur surface, car dans leur intérieur on ne trouve pas ordinairement de vaisseaux.

Il y a pourtant des praticiens qui, ayant fait des injec-

tions, ont pu trouver même des artères et des nerfs dans l'intérieur de ces tumeurs; je ne conteste pas ces faits, mais je dirai que, ayant injecté deux sujets qui portaient d'énormes tumeurs dans l'utérus, présentant tous les caractères assignés aux corps fibreux de cet organe, je n'ai pu rencontrer ni vaisseaux ni nerfs dans l'intérieur de ces tumeurs, tandis que les vaisseaux étaient très-nombreux à leur circonférence; une de ces tumeurs avait acquis des adhérences avec les parois de l'utérus. Ces deux individus avaient succombé à des hémorrhagies.

Les tumeurs de l'utérus s'ulcèrent très-fréquemment; il en résulte des sécrétions sanieuses et fétides; les ulcères ainsi formés sont fongueux, attendu que ces tumeurs sont des corps presque dépourvus de vitalité, et dans lesquels, par conséquent, il ne peut pas y avoir de réaction inflammatoire, si ce n'est à la périphérie. Si on détruit ces tumeurs avec des caustiques, on les voit s'exfolier par couches comme des oignons, et, lorsqu'on arrive à les détruire complètement, les individus guérissent radicalement.

Si nous soumettons à l'examen microscopique les différentes parties des tumeurs dites fibreuses de l'utérus, nous n'y trouvons pas de caractères particuliers; la matière liquide qu'on obtient n'offre de remarquable que des globules de graisse très-abondants, mêlés à des globules de lymphes; leur tissu n'offre rien de particulier: seulement on voit des cellules très-irrégulières, avec des parois très-épaisses différentes de celle du tissu cellulaire; quelquefois on croit voir du tissu fibrillaire, mais je pense qu'alors on n'aperçoit que les différentes couches de la matière accumulée. En effet, si l'on examine le même tissu en sens inverse, on ne rencontre plus la disposition fibrillaire; au

contraire, lorsqu'on examine la coque de la tumeur, on rencontre véritablement des fibres.

On rencontre souvent d'énormes tumeurs dont le poids arrive jusqu'à représenter le quart et le tiers du poids total du corps, comme en a observé *sir Astley Cooper* (1). Cette année M. Lisfranc, à l'hôpital de la Pitié, en a extirpé deux : une siégeant à la mamelle, et l'autre au dos; elles pesaient, autant que je me rappelle, la première 4 kilog., et 5 kilog. la seconde. Ces tumeurs ordinairement siègent au-dessus de l'aponévrose superficielle du corps, sont très-mobiles, sans adhérences intimes avec les parties environnantes, et faciles à extirper. Souvent ces tumeurs nous offrent la réunion de plusieurs produits accidentels différents; plusieurs fois il m'est arrivé d'observer, réunis dans la même tumeur, des produits *fibreux, fibrineux, athéromateux, stéathomateux, mélaniques et mélancériques*; la même tumeur contenait des kystes remplis seulement d'un liquide souvent limpide, d'autres fois opaque, sanguinolent, noirâtre, ou d'une matière comme du plâtre, de la graisse; les parois de ces kystes sont quelquefois à l'état fibreux, cartilagineux et même osseux. Pouvons-nous affirmer que toutes ces différentes affections étaient réunies ensemble? Il me semble plus rationnel de penser que la même matière, selon les époques plus ou moins éloignées auxquelles elle s'était déposée, avait acquis de la consistance et des formes diverses.

Or, si les tissus prétendus fibreux et fibrineux se rencontrent réunis dans la même tumeur avec la série sus-

(1) *Sir Astley Cooper, OEuvres chirurgicales complètes, p. 585. Paris, 1837 (traduction de Richelot et Chassaignac).*

mentionnée, il paraît rationnel de conclure que toutes ces formes d'affections se convertissent les unes dans les autres, et ne diffèrent que dans la forme et dans la densité.

D'après ce que nous venons de dire, il est permis de supposer que dans l'organisme il n'existe pas véritablement de tissu fibreux accidentel, et que nous ne pouvons en concevoir l'existence qu'en vertu d'un prolongement anormal du tissu déjà existant, ce qui n'est pas encore bien constaté, ni admis; mais, au contraire, le tissu attaqué par le cancer, quoique fibreux, dégénère par ses caractères propres, en s'identifiant avec le nouveau produit. Nous traiterons ailleurs cette matière avec plus d'étendue.

Disons pourtant quelques mots à ce propos, et voyons si rationnellement il est possible d'affirmer ce que nous venons de dire. Je ne sais par quelle raison les médecins furent conduits à considérer ces produits anormaux comme des corps fibreux; est-ce par des caractères anatomiques? Il est évident que, dans ces tumeurs, il n'existe pas de fibres; est-ce par les fonctions de ce tissu? Il me semble hors de doute que ce tissu ne jouit d'aucun des caractères propres du tissu fibreux; nous concluons donc que ces tumeurs ne sont pas fibreuses.

Les tumeurs, qu'à tort on appelle fibreuses, n'ont aucun rapport avec l'état général de l'organisme; mais comment concilier cette opinion, lorsque presque tous les praticiens admettent que ces tumeurs se convertissent en cancer! MM. Lisfranc (1) et Duparcque (2), qui ont très bien étu-

(1) Pauly, *Maladies de l'utérus* d'après les leçons de M. Lisfranc faites à l'hôpital de la Pitié. Paris 1838.

(2) Duparcque, *Altérations chroniques de la matrice*, t. I. Paris, 1838.

dié les maladies de l'utérus, admettent que ces tumeurs dégénèrent presque toujours en cancer, et ils admettent de plus qu'elles sont occasionnées par l'inflammation de cet organe. Nous pouvons affirmer que, toutes les fois que nous avons observé la matière purulente qui s'écoule de ces tumeurs, nous n'y avons jamais trouvé de globules cancéreux, comme on le rencontre ordinairement dans les cancers en suppuration; pourtant répugne-t-il d'admettre que quelquefois ces tumeurs ne puissent s'associer à des cancers? Il est possible que par l'action irritative du corps de nouvelle formation, il se forme tout autour de la tumeur une espèce de sphère congestive, qui favorise le dépôt de la matière cancéreuse dans la partie déjà malade, ou que le cancer préexistait à la nouvelle production morbide, et non comme pensent MM. Lisfranc, Duparcque et et d'autres, que le tissu anormal dégénère en cancer; cela n'arrive jamais, parce qu'aucune production anormale, quelle qu'elle soit, formée par sécrétion, par épanchement, ou par exhalation, ne peut devenir un cancer.

2° *Le cancer est-il héréditaire?*

Quant à savoir si le cancer est héréditaire, nous ne pouvons pas, quant à présent, nous prononcer à cet égard; pourtant nous pouvons dire que beaucoup de praticiens nous ont transmis des observations de cancers héréditaires, et tout le monde en a vu: dans ce moment nous ne précisons pas exactement la proportion dans laquelle l'hérédité a de l'influence sur cette maladie; mais nous dirons seulement que les chiffres qu'on donne à ce sujet ne sont presque jamais exacts, attendu que plusieurs praticiens

confondent même aujourd'hui certaines variétés de tumeurs avec le cancer. Nous concluons en disant que le cancer, tel que nous le concevons, n'a pas encore été rencontré à l'état congénial, tandis qu'on trouve dans la science plusieurs cas d'enfants nouveau-nés avec des tumeurs encéphaloïdes. Quant au cancer, nous admettons avec Hunter (1) la seule prédisposition à le contracter.

3° *Le cancer est-il primitif ou consécutif, local ou général ? Quel est son mode de développement et de propagation ?*

Beaucoup de praticiens, et surtout le plus grand nombre des chirurgiens de Paris, admettent le cancer local, c'est-à-dire ne dépendant en aucune façon de l'état général de l'organisme; et ils le regardent comme un produit d'un travail inflammatoire; ces illustres chirurgiens admettent aussi l'affection générale; mais ils pensent qu'elle se développe par suite de l'absorption de la matière cancéreuse, constituant ainsi la *cachexie* cancéreuse proprement dite.

Il est très-évident que ces chirurgiens confondent la *cachexie* avec la *diathèse*; or, on sait qu'il y a une grande différence entre ces deux états. En effet, la *diathèse* représente une affection générale dans laquelle la cause génératrice n'est pas encore bien connue, et sous l'influence de laquelle il existe dans l'organisme une aptitude à la formation d'un principe morbide *sui generis* qui se manifeste à l'extérieur sous différentes formes. La *cachexie*, au contraire, résulte de la progression d'une maladie générale

(1) Hunter, OEuvres complètes (traduction de Richelot), t. I, pag. 288. Paris 1843.

déjà existante, avec une diminution réelle de la *résistance organique* : en un mot, l'une exprime la cause, l'autre le dernier effet : voyons pourtant s'il est possible d'admettre l'existence de la *diathèse* cancéreuse.

Hunter (1) admet trois modes de formation pour le cancer; nous ne partageons pas cette doctrine. Pour prouver que le cancer n'est jamais local, il nous suffit seulement de citer la reproductibilité de cette affection, caractère mieux senti et apprécié par les anciens. Il me semble donc impossible d'admettre qu'une maladie qui, bien opérée, se reproduit presque constamment dans des organes plus ou moins éloignés, soit une maladie locale plutôt que générale; mais les *phlogosistes* répondent : Nous avons vu guérir et nous avons guéri nous-même radicalement, au moyen de l'opération et de la compression, des squirrhés, des cancers, des tubercules, des encéphaloïdes, etc. Pour toute réponse, nous leur demanderons si, avant l'opération, ils avaient bien conçu la nature de ces tumeurs, et nous leur rappellerons les discussions animées qui eurent lieu à cet égard dans le sein de l'académie royale de médecine, où ils n'hésitèrent point à avouer qu'il est difficile et même impossible, dans l'état actuel de la science, de distinguer les unes des autres les différentes tumeurs qui se développent dans la mamelle; et par conséquent, ils ne savent pas si les tumeurs qu'ils ont guéries étaient de véritables cancers ou bien des atrophies, des hypertrophies ou d'autres espèces de tumeurs de cet organe. Il est plus rationnel de penser que les vrais cancers se sont reproduits, tandis que les

(1) Hunter, *loc. cit.*

guérisons qu'ils proclament n'appartiennent pas toutes à cette catégorie d'affections.

L'observation nous démontre que les affections cancéreuses ne se reproduisent pas toujours à la même place, ni dans les organes accessibles à la vue ; mais que quelquefois, au contraire, la matière cancéreuse va se déposer dans des organes internes, et que souvent il s'écoule plusieurs années sans qu'il se manifeste des troubles notables dans les fonctions de ces mêmes organes ; mais pour donner des preuves plus convaincantes de ce que nous venons d'avancer, nous en appellerons aux faits, sur lesquels les médecins même de notre époque sont d'accord, savoir : que toutes les opérations pratiquées sur des individus affectés de cancer de la langue ont été suivies constamment de reproduction. Nous ne citerons pas les explications plus ou moins ingénieuses que tout récemment on nous a données à ce sujet, il nous suffit de mentionner que la langue n'est pas sujette au développement de certaines tumeurs qui peuvent être confondues avec le cancer, comme la mamelle et l'utérus ; ainsi donc, le cancer de la langue, à cause de sa mobilité et des fonctions de cet organe, devient apparent dès son début ; cela tient à la facilité du diagnostic.

Pourtant nous ne sommes pas absolus dans nos principes ; l'exception confirme la règle ; nous ne disons pas que le cancer ne soit point susceptible de guérison ; nous croyons au contraire qu'il est guérissable, comme il le fut dans les mains de Monteggia (1), Jacobi (2), Cal-

(1) Monteggia, Istit. Chir., t. I, p. 85 et suiv.

(2) Idem, p. 74.

dani (1), Flajani (2), Pouteau (3), Lambe (4) Clarke (5) et d'autres, qui, après avoir employé un traitement convenable à l'intérieur, et l'opération répétée même plusieurs fois, suivant les circonstances, ont fini par obtenir des guérisons radicales. Nous croyons même que le cancer est susceptible de guérison par les seules forces de l'économie toutes les fois qu'une modification générale de l'organisme arrive; en détruisant l'activité génératrice de la maladie, et par la destruction de l'affection locale.

On nous dit que l'affection locale devient générale : or, comment pouvons-nous comprendre la généralisation d'un cancer local ? par sympathie ? par transport des molécules cancéreuses ? ou par l'absorption de la matière purulente produite par le travail de suppuration, comme le pense Hunter ? A ce propos, il dit : « J'appelle le cancer « ainsi formé cancer consécutif, par opposition au cancer « primitif, d'où il tient son origine. L'absorption semble « s'effectuer pendant les deux périodes de la maladie : « 1^o sur la tumeur à l'état squirrheux, c'est-à-dire sur la « lymphe coagulable qui possède la propriété cancéreuse ; « 2^o sur la matière produite par le travail de la suppuration (6). »

Or, comment pouvons-nous comprendre la formation par simple sympathie ? par l'absorption des molécules

(1) Società italiana, t. II, part. II, memoria salianera.

(2) Idem, t. XVIII.

(3) Pouteau, OEuvres port., t. I, p. 200.

(4) Bibliot. Brit., *Annales de Gand*, vol. X.

(5) Idem, vol. XVIII.

(6) Hunter, OEuvres compl., t. I, p. 688.

cancéreuses? Les molécules cancéreuses, après avoir parcouru un trajet plus ou moins long et s'être fixées dans une glande ou dans un organe quelconque, ne produiront autre chose que de l'irritation, de la congestion, de l'inflammation et, pour dernier résultat, de la suppuration; mais jamais elles ne produiront un cancer proprement dit. Toute cette série d'altérations, qu'une matière absorbée peut produire, ne sera que l'effet de l'action mécanique de la matière absorbée, comme il arrive dans les *métastases*.

Nous envisageons la formation des *métastases* de deux manières: les unes selon les lois *mécanico-vitales*, les autres selon les lois *chimico-vitales*.

Nous ne pouvons concevoir autrement l'existence des *métastases* que par le transport des molécules impropres à l'économie, qui étant absorbées, s'arrêtent dans un point quelconque de l'organisation, produisant de l'inflammation et consécutivement des abcès. A mon avis, Hunter s'est trompé, lorsqu'il a comparé la lymphe à la matière cancéreuse; la lymphe sera absorbée et même facilement, se fixera dans un ou plusieurs points, et si la nature de la partie la rend susceptible d'altérations mécaniques, elle les produira, et voilà tout. Ce chirurgien a aussi comparé les affections cancéreuses à des affections spécifiques, et tous ceux qui suivent cette comparaison se trompent, parce que la syphilis, la gale, sont toujours les mêmes, et si à une certaine époque on inocule la matière syphilitique, elle produira une maladie semblable à celle qui a fourni la matière par l'inoculation; il arrive de même pour toutes les maladies spécifiques, qui se reproduisent toujours, à cause de la contagion, qui est le caractère de la *spécificité*.

Tout ce qui se passe dans les affections syphilitiques n'est pas applicable aux affections cancéreuses, tuberculeuses, etc.; la matière de ces affections, lorsqu'elle a été absorbée, ne peut agir que selon la règle générale indiquée ci-dessus, c'est-à-dire en produisant des abcès ou en agissant mécaniquement à la manière de corps étrangers, occasionnant des mouvements désordonnés; mais, pour qu'il en résulte une maladie générale, il faut que ces mouvements soient d'une telle intensité, qu'ils soient capables d'occasionner des troubles dans les actes de l'assimilation, en altérant la composition intime des liquides et des solides.

Quant à savoir si la matière cancéreuse jouit de la propriété contagieuse, il nous suffit de rappeler les expériences d'Alibert et de Bielt (1). Ces illustres médecins s'inoculèrent la matière cancéreuse avec les internes, MM. Fayet et Lenoble, sans en éprouver le moindre accident. Je pourrais encore citer des faits d'individus qui ont eu des relations avec des femmes affectées de cancer à la matrice, même en suppuration, et qui n'en ont éprouvé aucun accident contagieux. Je me borne à l'exposé de ces seules remarques, parce qu'on ne peut pas en trouver de plus convaincantes.

Si nous consultons le microscope, nous trouvons que le pus résultant du cancer en suppuration ne présente de remarquable qu'une petite quantité de globules cancéreux en suspension. Nous nous abstenons ici de parler du volume des globules cancéreux comparativement à ceux du

(1) Alibert, *Nosologie naturelle*, t. I, p. 368, Paris, 1817.

pus et des autres matières morbides, ainsi que de leur susceptibilité plus ou moins grande à être promptement absorbés.

Nous avons déjà dit quelques mots de la formation du cancer; voyons pourtant comment on peut expliquer, dans l'état actuel de la science, la manière dont la masse sanguine s'altère, et, par conséquent, l'existence de la *diathèse*.

Il est impossible de concevoir le travail morbide chimico-vital, sans le rapporter aux actes de composition et de décomposition organique, que nous appelons les actes de l'assimilation. Ces actes commencent par la digestion et finissent lorsque les matières alimentaires se sont converties en matière organique; ainsi, selon les différentes causes qui ont contribué à troubler ces actes, et les changements qui sont ensuite survenus, il en résulte une foule d'altérations différentes, de combinaisons et produits nouveaux, comme, par exemple, excès ou défaut de sels, d'acide ou de base d'albumine, ou de fibrine, etc. Enfin, nous concluons que la matière de formation du cancer dépend d'une disposition générale de l'organisme, exempte de toute cause locale, et loin de toute cause mécanique, et que la tumeur cancéreuse n'est qu'un phénomène concomitant de l'affection générale: ainsi donc la *diathèse* représente une affection générale qui se manifeste avec des phénomènes locaux, et non une affection locale avec tendance à devenir générale; enfin, pour nous, l'affection cancéreuse est guérissable par des moyens généraux qui agissent sur tout l'organisme, conjointement avec les moyens locaux capables de détruire l'affection locale (1).

(1) A ceux qui désirent avoir une idée bien exacte de la différence
1844. *Juillet*. t. II.

Après avoir jeté un coup d'œil sur la génération de ces maladies, nous pouvons facilement comprendre comment une partie de l'organisme, atteinte par une cause perturbatrice, ne guérira radicalement qu'à l'aide d'un traitement convenable.

C'est par ces moyens que l'organisme se débarrasse de la matière morbide; car les organes sont coordonnés à la conservation du tout comme de la partie; pour obtenir ce but, je le répète, il n'y a qu'un moyen, la modification de tout l'organisme et l'élimination de la cause morbide; et si les mouvements vitaux ne suffisent pas à cette expulsion, quoiqu'ils soient artificiellement excités, alors nous regardons la maladie comme incurable.

Dans les maladies qui dépendent d'une *diathèse*, nous ne pouvons pas comprendre comment la matière morbide, avant de se déposer dans un point quelconque de l'organisme, a déjà traversé plusieurs organes intermédiaires sans les léser, si cela n'arrive que dans le cas où leur cours est arrêté. Nous voyons dans l'*éléphantiasis*, après la compression, apparaître des phénomènes de *dyspnée* et d'*orthopnée*, annonçant que la matière morbide a été absorbée et portée dans la circulation, et que sa présence dans les poumons nuit à l'*hématose* et à la respiration, et les médecins sont obligés d'ôt les bandages, pour ne pas abréger la vie du patient. Nous rencontrons les mêmes effets chez des individus qui portent des cautères ou des ulcères anciens, et le médecin ne peut pas supprimer ces émonc-

qui existe entre les maladies locales et les maladies générales, et de la tendance qu'ont les premières à devenir générales, nous ne pouvons faire mieux que de leur recommander la lecture du sublime ouvrage de pathologie analytique du professeur Bufalini.

toires sans exposer les malades à de grands dangers. On observe constamment que les individus affectés de ces espèces de sécrétions sont exempts d'affections cancéreuses, attendu que ces ulcères sont devenus des moyens nécessaires pour l'élimination d'une matière impropre à l'organisme, qui ne peut pas être éliminée par les voies naturelles.

La *diathèse herpétique* et la *diathèse gouteuse* nous offrent ces phénomènes d'une manière remarquable; en effet, nous voyons que les produits de ces affections deviennent nuisibles et dangereux, si une cause quelconque empêche l'élimination qui auparavant se faisait par les voies de sécrétion ou d'exhalation. *Dechamps* (1) rapporte qu'il n'a pas rencontré de cancers chez les individus affectés d'ulcères chroniques.

De ce que nous venons de dire, il résulte que certains produits de la nutrition, impropres à l'organisme, sont expulsés de l'économie animale par les voies naturelles ou artificielles, et qu'ils ne deviennent nuisibles que lorsqu'ils se fixent dans un point quelconque de l'organisme, ou lorsqu'à l'époque de leur formation, ils sont de nouveau absorbés et portés dans le torrent circulatoire.

4° *Le cancer est-il contagieux?*

Il paraît suffisamment prouvé que la matière cancéreuse n'est pas contagieuse, ainsi qu'il résulte des expériences d'*Alibert* (2), et d'autres; par consé-

(1) *Biblit. Brit.*, vol. XVIII.

(2) *Alibert*, *loc. cit.*

quent, nous n'insisterons pas davantage sur ce point. Le docteur *Kleruke* de *Bronschweig* (1) fait un travail dans lequel il cherche à prouver que les inoculations s'effectuent par cellule; il dit en outre avoir obtenu des cancers par inoculation. Comme nous croyons fermement que les produits cancéreux, ni le pus résultant d'un cancer en suppuration, ne sont pas contagieux, nous attendons l'occasion favorable pour répéter ces mêmes expériences.

5° *Quelles sont les causes du cancer, et ses signes diagnostiques différentiels?*

En général, si nous consultons les ouvrages qui traitent de ces maladies, nous y trouvons partout les mêmes histoires du cancer, comme on le fait pour toutes les maladies, sans s'attacher aux véritables causes prédisposantes. Nous trouvons dans les auteurs qui traitent de cette matière une foule de causes contradictoires entre elles : par exemple, le froid, la chaleur, l'humidité, la sécheresse; en second lieu, toute espèce de violences exercées par des corps capables d'irriter, congestionner, percuter, blesser, etc. Nous nous dispensons de les énumérer; car il est évident que toutes ces causes ne peuvent être que des causes occasionnelles, favorisant par leur action mécanique la manifestation de l'affection générale déjà existante.

On doit à juste raison considérer la tristesse comme une des causes prédisposantes les plus puissantes de l'affection cancéreuse; et *Alibert*, à l'hôpital Saint-Louis, a bien constaté que les individus affectés du cancer avaient été pres-

(1) *Gazette Médicale.*

que tous en proie à de violents chagrins ; et tout le monde sait quel rôle jouent les affections morales dans les troubles apportés aux actes de l'assimilation.

On ne doit considérer les violences externes que comme de simples causes occasionnelles, tandis qu'on doit considérer les actions vitales internes comme une condition morbide qui précède, à laquelle nécessairement succède la transformation locale et la nouvelle production organique (1).

Il y a des médecins de bonne foi d'ailleurs qui nous disent : Nous voyons une petite plaie résultant d'une action mécanique quelconque se convertir en cancer. Nous leur répondrons que la maladie générale existait avant la formation de la petite plaie, et qu'elle n'avait pas acquis un degré d'intensité suffisant pour se manifester et se fixer ; ainsi nous considérons ces phénomènes morbides comme des causes qui favorisent la manifestation de la maladie, et non comme causes originaires du cancer.

Nous trouvons le cancer à toutes les époques de la vie aussi bien que dans tout individu, quels que soient le sexe et la condition sociale ; pourtant il ne faut pas perdre de vue les observations de certains praticiens, qui nous disent que le cancer est très-fréquent chez les blanchisseuses ; que l'âge critique nous offre les deux tiers de ces affections ; mais je crois avec Hunter (2) que certains individus ont la susceptibilité à contracter cette affreuse maladie, et naissent même avec la disposition héréditaire.

(1) Bufalini, Pathologie ane liliéd, p. 237.

(2) *Loc. cit.*

Nous concluons donc, en disant que dans l'état actuel de la science il est difficile de déterminer les véritables causes primitives et prédisposantes du cancer.

SIGNES DIAGNOSTIQUES.

Il est inutile de répéter tout ce qui est bien décrit à ce sujet dans les traités de pathologie externe sur la symptomatologie du cancer ; toutefois, nous sommes parfaitement d'accord avec tous les chirurgiens les plus distingués sur la difficulté et l'impossibilité même de distinguer un cancer de la mamelle, à l'état cru, d'une autre tumeur qui peut se développer dans le même organe.

On donne une grande importance à la douleur ; et en effet, le cancer est presque toujours accompagné de douleurs lancinantes. Comme le dépôt de la matière cancéreuse occasionne l'épaississement du tissu de la glande mammaire, les nerfs sont en quelque sorte serrés, tirillés, et le tissu perd de son élasticité propre : ainsi toute affection capable de produire ces altérations dans la glande mammaire sera accompagnée d'une douleur analogue à celle qui accompagne le cancer à la première période, comme il arrive dans l'atrophie de cet organe.

L'atrophie de la glande mammaire se rencontre le plus souvent chez les religieuses, les femmes non mariées et qui n'ont pas eu d'enfants. L'épaississement du tissu de la glande mammaire, et par conséquent le rétrécissement et l'atrophie des vaisseaux qui le traversent, occasionnent une espèce de turgescence autour de la glande, qui peut faire croire à l'existence d'un cancer. En effet, on trouve

l'aplatissement de la glande mammaire, la dépression du mamelon, la douleur, enfin tout le cortège de phénomènes qui accompagnent le cancer à la première période; mais, si on soumet ces tumeurs à la compression, plusieurs phénomènes disparaissent; on remarque tout de suite la diminution réelle de la glande. Au contraire, l'organe affecté de cancer, quel qu'il soit, est toujours accompagné d'augmentation réelle du tissu. Nous avons vu une vieille femme, d'une constitution très-maigre, chez laquelle l'induration de la glande mammaire était arrivée au point qu'une portion était devenue cornée. Cette mamelle a été extirpée par un des chirurgiens les plus distingués de Paris pour un squirrhe (1).

Les tumeurs de la mamelle, occasionnées par une altération de sécrétion, et non de nutrition, ne produisent presque pas de douleur; car la matière qui a été sécrétée, normale ou anormale, s'accumule petit à petit, distend graduellement les tissus, qui facilement cèdent à la distension. Nous démontrerons cela lorsque nous traiterons des produits occasionnés par altération de sécrétion et d'exhalation.

6o Le cancer est-il susceptible de guérison par les seules forces de l'économie ou par des moyens *pharmaceutiques*?

Tous les organes, en vertu d'une loi générale *organico-*

(1) Cette tumeur, observée avec tout le soin possible, n'a présenté aucun des caractères microscopiques du cancer, ni d'aucune autre affection générale; c'était tout simplement le type des atrophies de la glande mammaire.

vitale, ont une tendance à la conservation de leur intégrité; ainsi l'économie animale est susceptible de se délivrer, par ses propres forces, non-seulement de la *diathèse* cancéreuse, mais aussi de diverses autres maladies analogues; cela arrive par une modification générale de l'organisme; nous en avons vu plusieurs exemples, et tout le monde en a vu.

Or, si les seules forces de la nature suffisent à la destruction de la cause morbide, il sera plus facile d'obtenir ces mêmes résultats en y ajoutant le concours des moyens pharmaceutiques.

Nous n'en finirions pas, si nous voulions énumérer toutes les guérisons surprenantes de cancers enregistrées dans certains ouvrages; car, dans toutes les époques, nous voyons des guérisseurs de cancers vanter des pommades, des liqueurs et autres choses semblables; pourtant il y a des hommes dignes de foi et de grand mérite qui, par un traitement convenable à l'intérieur et à l'extérieur, ont souvent diminué, arrêté et même détruit l'affection cancéreuse.

Si nous examinons les agents pharmaceutiques que ces médecins ont employés, nous les trouvons presque tous aptes à combattre cette affection.

En première ligne, nous y trouvons le mercure sous des formes diverses, l'eau distillée, la ciguë administrée à l'extérieur comme à l'intérieur, les préparations arsénicales, les caustiques, enfin l'opération avec l'instrument tranchant.

On connaît la puissante action des mercuriaux; tous les jours nous voyons de quel avantage ils sont dans les maladies syphilitiques, herpétiques, etc., soit qu'ils détruisent

le principe *sui generis* de ces affections, soit qu'ils modifient l'organisme tout entier, comme je le crois, ou l'un et l'autre à la fois.

La science possède aujourd'hui les préparations d'iode, qui sont d'une grande utilité dans les affections scrofuleuses, tuberculeuses et syphilitiques, et nous avons vu cette année les résultats remarquables obtenus par M. Lisfranc à l'hôpital de la Pitié, dans une foule de maladies de cette nature. Ainsi nous sommes fermement convaincus que l'administration de ces agents thérapeutiques à l'intérieur, et l'ablation de l'affection locale, peuvent amener la guérison radicale de la maladie cancéreuse.

M. Lisfranc est du petit nombre de chirurgiens des hôpitaux de Paris qui font usage dans les maladies cancéreuses de moyens pharmaceutiques à l'intérieur et à l'extérieur. Ces chirurgiens suivent le précepte de Jacobi (1), de n'opérer une tumeur, qu'après avoir cherché à en diminuer le volume, et en avoir arrêté les progrès. Tous les autres, dans les mêmes circonstances, sauf quelques exceptions, sans recourir préalablement à aucun traitement interne, emploient d'emblée l'instrument tranchant. Ce qui m'a le plus étonné, c'est d'avoir vu, il y a quelques mois, un des professeurs les plus distingués de Paris, pour lequel je professe un grand respect, renvoyer de son service un individu affecté d'un cancer en suppuration de la langue (2), en disant qu'il n'avait aucun traitement à lui

(1) Monteggia, *loc. cit.*

(2) J'ai observé au microscope la matière purulente résultant du cancer, et j'ai rencontré des globules avec tous les caractères assignés à ceux du cancer.

faire. Il est bien vrai malheureusement que le cancer de la langue se reproduit presque constamment; mais, ces malheureux, faut-il les abandonner à eux-mêmes, sans leur apporter aucun secours? Ce savant chirurgien avait-il la certitude mathématique que la maladie se reproduirait? Pourquoi ne pas essayer quelque moyen pharmaceutique, ou même l'opération, si elle était possible? La reproduction du cancer de la langue ne s'effectue pas plus vite que celle des cancers qui siègent dans d'autres organes. Nous avons vu le cancer de la langue se reproduire trois ou quatre ans après l'opération; et chez une demoiselle sur laquelle le professeur Regnoli a pratiqué l'extirpation d'un cancer siégeant à la base de la langue (par un nouveau procédé, fort ingénieux d'ailleurs), la reproduction ne s'est effectuée que trois ans après; et si l'on n'avait pas fait l'opération, la malade aurait succombé au bout de quelques mois.

Nous le répétons, le cancer est susceptible de guérison par des moyens thérapeutiques, et nous savons que Monteggia a pratiqué l'opération jusqu'à six fois sur le même individu avec succès.

Et qui nous dit que les abondantes suppurations qui suivent les opérations n'ont pas une certaine influence sur l'élimination de la matière morbide, qui à la longue finirait par se détruire, surtout lorsqu'on fait usage simultanément d'un traitement interne approprié? Je ne peux pas terminer ce chapitre sans recommander vivement aux chirurgiens de ne pas abandonner les malades affectés de cancer, mais d'employer les moyens à l'aide desquels nos prédécesseurs sont parvenus à les guérir, en ajoutant à ceux déjà connus les nouvelles découvertes que la médecine a

faites dans ces dernières années. Ces médicaments sont les mercuriaux, l'iode, l'eau distillée pour boisson, et les sudorifiques, lorsque la saison le permet; en même temps, le médecin ne doit pas négliger l'usage des cautères, non-seulement dans les cas de cancers, mais aussi après toutes les opérations pratiquées sur des individus affectés d'ulcérations anciennes, de quelque nature qu'elles soient.

La compression, en vogue en Angleterre, renouvelée en France par le docteur Récamier (1), a eu quelques partisans; toutefois il faut lire l'ouvrage de ce médecin pour se convaincre qu'il n'a produit aucune amélioration appréciable chez les individus affectés de vrais cancers, quoiqu'il assure en avoir guéri trente sur cent qu'il avait soumis à son traitement.

La compression semble avoir quelque avantage apparent dans les premiers jours, par la raison que la tumeur, dans la première période, soumise à la compression, commence à diminuer de volume par la résolution de l'état fluxionnaire; mais ensuite, lorsqu'elle arrive à l'état stationnaire, la compression est supportée avec peine et donne lieu plus facilement à l'ulcération du tissu; je crois donc, d'après ma propre expérience, que la compression dans le traitement du cancer est nuisible plutôt qu'utile.

70 *Enfin, dans quels cas et à quelle période faut-il opérer le cancer?*

Je ne partage pas l'avis de quelques médecins, qui pensent qu'en médecine on peut établir des règles absolues

(1) Récamier, Recherches sur le traitement du cancer. Paris, 1827.

et invariables comme dans les autres sciences ; ni non plus l'opinion de certains médecins, qui prétendent avec des chiffres établir des règles absolues dans la pratique de la médecine.

Tâchons pourtant d'examiner quelles sont en général les espèces de tumeurs susceptibles d'opération, et la période à laquelle on doit les opérer. Au point de vue pratique, l'ancienne classification des tumeurs en *benignes* et *malignes* est extrêmement utile. Nous appelons *locales* les premières, *générales* les autres ; voilà un guide très-utile pour la thérapeutique ; car lorsqu'on arrive à diagnostiquer qu'une tumeur appartient à une de ces deux grandes divisions plutôt qu'à l'autre, le traitement doit être aussi très-différent.

Quant aux tumeurs *benignes*, nous disons : du moment que ces tumeurs ont acquis un certain volume, et que leur présence devient nuisible aux organes voisins, ou que le malade désire en être débarrassé, on peut en faire l'ablation sans crainte de courir aucun danger. Bien que toute opération, quoique minime, puisse être suivie de résultats fâcheux, il faut pourtant convenir que ces opérations sont presque innocentes ; et d'ailleurs nous voyons tous les jours pratiquer des opérations pour des tumeurs énormes, sans qu'elles soient suivies d'aucun accident, pas même de réaction fébrile. Ces tumeurs, en général, siègent au-dessus de l'aponévrose superficielle du corps. Tout ce que nous venons de dire n'est applicable qu'aux tumeurs qui siègent à la surface libre du corps, et non à celles qui se développent dans certaines cavités.

Les tumeurs dites *benignes*, qui se développent dans l'utérus, dans le pharynx, comme dans toutes les cavités ac-

cessibles de la tête, doivent être extirpées le plus tôt possible, à cause des troubles que leur présence peut apporter aux organes environnants; en outre, ces tumeurs augmentant graduellement de volume, finissent par remplir ces cavités; souvent la membrane d'enveloppe acquiert des adhérences avec les organes environnants; il est alors excessivement difficile et dangereux d'en faire l'extirpation.

Les remarques que nous venons de faire sur les affections locales ne sont pas applicables aux affections générales, aux tumeurs *malignes* proprement dites. Les médecins qui, pour combattre ces affections, n'admettent d'autre moyen thérapeutique que l'instrument tranchant, non-seulement opèrent leurs malades lorsqu'à peine ils les ont vus, mais même conseillent de les opérer le plus tôt possible, dans la crainte que la maladie ne se généralise; ainsi ces médecins, après avoir vu que la maladie fait des progrès, refusent même de les retenir dans les hôpitaux, parce qu'ils regardent la maladie arrivée à cette période comme incurable.

Voici comment ces chirurgiens raisonnent: nous voyons les individus affectés de cancer graduellement s'affaiblir, prendre une coloration violacée, les veines d'un certain calibre devenir presque variqueuses; il est très-évident donc que la maladie, de locale qu'elle était, est devenue générale. Nous n'avons pas besoin de répéter ce que, à cet égard, nous avons déjà dit; nous ferons observer que la série de phénomènes qui accompagnent le cancer est l'effet de la marche progressive de la maladie, et non de sa généralisation, attendu que la *résistance organique* est diminuée, et que les organes sont devenus de plus en plus

profondément altérés : non-seulement on rencontre cette augmentation des phénomènes morbides dans les cancers qui sont passés à l'état de suppuration, mais aussi dans ceux qui sont restés à l'état cru pendant toute la vie.

Ceux qui regardent le cancer comme local à son début doivent adopter le précepte d'opérer le plus tôt possible ; mais il y en a qui admettent la *diathèse*, et qui pourtant n'emploient d'autre moyen que l'instrument tranchant. Nous avons suffisamment prouvé l'insuffisance de cette doctrine.

Il y a quelques praticiens qui nous conseillent d'opérer le cancer lorsqu'il a parcouru une longue période, dans l'idée que la matière cancéreuse finira par s'éliminer complètement, et ils croient nous imposer cette croyance avec des tableaux statistiques. Nous leur répondrons que l'élimination ne peut se faire que pour la matière qui est en voie de se former ; mais on ne détruira jamais l'aptitude de l'organisme à la reproduire.

Toutes les fois que les tumeurs cancéreuses sont à l'état cru et que leur présence ne nuit point aux organes environnants, l'opération n'est pas indiquée, 1^o parce que l'opération n'enlève que la partie apparente de la maladie, et non la faculté régénératrice ; 2^o parce que l'observation nous démontre journellement que le cancer, et surtout l'encéphaloïde, se reproduit souvent dans les organes internes dont les fonctions sont plus nécessaires à la conservation de la santé et de la vie ; 3^o parce que l'opération, si minime qu'elle soit, compromet plus ou moins la vie du malade ; enfin parce que certains individus affectés de tumeurs cancéreuses peuvent sans opération parcourir une période de vie assez longue.

En conséquence, la manière la plus rationnelle d'agir dans toutes les variétés de cancers est celle de n'entreprendre aucune opération chirurgicale sans que le malade auparavant ait été soumis à un traitement interne approprié, et de ne recourir à l'opération que lorsque la maladie semble avoir diminué d'intensité ou être arrêtée dans sa marche. Nous ne pouvons terminer ce travail sans insister encore une fois sur l'utilité des cautères, quoique M. Roux, dans la séance de l'académie du 13 mars 1844, ait dit avoir rencontré un cautère qui s'était converti en cancer. Je ne sais pas si un cautère peut devenir un cancer; cela me semble bien difficile, car l'ulcère qui résulte du cautère est placé sur des tissus sains, et dès son début il avait dû devenir un moyen éliminatoire.

OBSERVATION

SUR

UN ACCOUCHEMENT LABORIEUX.

Par **C..L. DEVILLIERS**, membre de la Société de médecine de Paris.

(Imprimée par décision de la Société);

Obliquité de l'utérus. —Présentation inclinée du sommet—Procédé particulier d'application du forceps au-dessus du détroit supérieur.

—

Madame J....., ouvrière en mérinos, âgée de 40 ans, était enceinte pour la sixième fois, et se trouvait au sixième mois de gestation lorsqu'elle me fit appeler pour lui don-

ner des soins. Voici quels sont les détails que je pus recueillir sur ses grossesses antérieures, détails indispensables, comme on le verra, au complément de cette observation.

Il y a 14 ans, sa première grossesse se termina à huit mois, après un violent effort, par l'expulsion d'un enfant mort. Entrée à l'hôpital le lendemain, on la plongea, dit-elle, dans un bain chaud, à la suite duquel elle resta malade pendant plusieurs mois. Enceinte pour la seconde fois, elle accoucha à terme d'un enfant qui présenta le siège, fut extrait sans trop de difficultés, et vécut jusqu'à trois mois. Dans sa troisième couche, le médecin appelé constata une présentation du sommet qui était, affirme encore la malade, assez descendu dans l'excavation, pour espérer une prompte terminaison, lorsque Madame J..., en faisant un effort pour monter sur un lit de sangle fort élevé, éprouva une vive douleur de côté, et sentit un déplacement total du fœtus, qui ne put être extrait qu'à l'aide d'une application de forceps très-longue, très-labourieuse, et à la suite de laquelle une déchirure du périnée favorisa la tendance que l'utérus avait déjà à s'abaisser, et détermina son prolapsus complet. L'enfant, amené vivant, existe encore aujourd'hui. Le quatrième enfant vint à terme, se présentant par le siège, et fut expulsé sans difficulté; il mourut à treize mois. La cinquième grossesse ne passa pas le deuxième mois, où un avortement eut lieu causé par des efforts, et sans doute aussi par le prolapsus de l'utérus. A dater de ce dernier accident, c'est-à-dire depuis le 22 mai 1843, Madame J... ne vit ses règles que deux fois, ce qui fait supposer qu'elle a

dû devenir enceinte pour la sixième fois, vers le commencement d'août.

Mais à l'époque où je la visitai pour la première fois dans cette dernière grossesse, c'est-à-dire vers le commencement de mars dernier, l'incertitude où elle était alors sur la date de ses dernières règles et les douleurs intérieures assez violentes qu'elle ressentait, lui firent penser qu'elle se trouvait à terme. Interrogée alors, elle me donna une partie des renseignements que je viens de transcrire, et me dit que ces douleurs, qu'elle n'avait jamais éprouvées dans le cours des autres grossesses, avaient commencé à se développer deux mois auparavant, surtout à l'occasion des efforts qu'elle était obligée de faire. Au septième mois, je diagnostiquai par l'auscultation une présentation du sommet en occipito-iliaque gauche; mais ne trouvant alors, ainsi que plusieurs autres fois où elle me fit appeler pour les mêmes douleurs, aucun commencement de travail, je recommandai le repos en supination, à cause de la laxité de l'utérus et de l'extrême tendance qu'il avait à s'incliner de plus en plus en avant. Ce conseil, comme on le pense bien, ne fut pas suivi; aussi, lorsque le 5 mai dernier la malade me fit appeler pour un accroissement des douleurs et un écoulement muqueux et sanguinolent, je trouvai l'abdomen pendant en forme de besace au devant du pubis, et l'utérus, qui occupait en haut une partie de la région épigastrique, incliné fort en avant et un peu à droite. La lèvre antérieure du col commençait à s'amincir, et ce jour comme le suivant mon doigt put pénétrer jusqu'à son orifice supérieur, très-élevé, et y percevoir une partie fœtale assez étendue, offrant la résistance et la convexité d'un sommet dont je ne pouvais cependant

apprécier la forme qu'en avant, au-dessus du pubis, tandis que vers le milieu du détroit supérieur et en arrière elle m'échappait complètement. La hauteur de cette partie fœtale et sa disposition me firent déjà pressentir quelque anomalie. Pour compléter mon diagnostic, j'appelai l'auscultation à mon secours, et elle fit entendre les battements du cœur fœtal très distincts, dans la partie gauche surtout de la région épigastrique, et ayant leur décroissement vers la fosse iliaque du même côté. Cet éloignement assez considérable des battements du cœur de la partie encéphalique, que je croyais avoir perçue au détroit supérieur, me jeta un instant dans l'embarras; mais je réfléchis bientôt que la cause pouvait s'en trouver dans l'élévation prononcée du fœtus au-dessus du détroit abdominal.

Le 5 mai, on vint me prévenir, vers dix heures du matin, que les douleurs redoublaient et que la poche des eaux s'était rompue. En arrivant auprès de la malade, je trouvai le col de l'utérus flasque, encore assez épais, surtout à sa lèvre postérieure, et dilaté seulement de la largeur de deux centimètres. Mes investigations, sous le rapport de la présentation, me conduisirent au même résultat que la veille; je pus y ajouter le diagnostic de la position. En effet, sur cette tumeur, d'une forme et d'une résistance céphaliques, que j'avais déjà pu sentir au-dessus du pubis, je constatai, un peu à droite du bassin, la présence de la fontanelle antérieure, d'où partait la suture sagittale, se dirigeant à gauche et un peu en arrière; en suivant celle-ci je parvins, quoiqu'avec beaucoup de difficultés, à attendre la fontanelle postérieure, vers la symphyse sacro-iliaque. La tête du fœtus se présentait donc par le sommet incliné de telle sorte qu'il offrait à l'aire

du détroit supérieur une partie du front, le bregma, la plus grande partie de la région supérieure du pariétal droit, dont le reste était caché au-dessus du pubis, et une petite partie de la surface du gauche, dont le reste, trop élevé en arrière, échappait au doigt. En un mot, ce n'était ni une présentation franche, ni une variété frontale ou pariétale bien caractérisée c'était une présentation intermédiaire, qu'on pourrait appeler, si l'on veut, fronto-bregmatique. Quant à la position, c'était à n'en pas douter une occipito-iliaque gauche, légèrement postérieure. De plus, au devant de la tête de l'enfant, je sentis une anse peu étendue du cordon ombilical qui avait glissé sur la partie droite du rebord du bassin, que la tête ne pouvait fermer exactement, à cause de son inclinaison, et lorsque je retirai mon doigt du vagin, il était teint de méconium. Aussitôt j'auscultai, afin de m'assurer de l'état des battements du cœur fœtal, et je pus les entendre assez forts, distincts, mais tantôt ralentis, tantôt précipités, rarement suspendus, selon que les contractions utérines s'exerçaient d'une manière plus ou moins énergique, ou cessaient complètement. Le summum d'intensité de ces battements, de même que leur décroissance, affectaient toujours la même direction et la même élévation, c'est à-dire que, partant de l'épigastre et de l'hypochondre gauche, ils descendaient en s'affaiblissant vers la fosse iliaque du même côté et un peu en avant, vers l'ombilic. Bien que je n'entendisse pas d'autres bruits qui pussent me faire supposer l'existence de deux fœtus, je profitai néanmoins de la présence de l'anse du cordon qui procidait, pour constater par le toucher le complet isochronisme de ses battements avec ceux

du cœur fœtal, que le stéthoscope me faisait percevoir.

Le peu de dilatation du col ne me permettant pas encore d'agir efficacement, je me contentai d'abord de surveiller avec grande attention les mouvements du cœur; puis je tentai à plusieurs reprises de refouler avec l'extrémité des doigts l'anse du cordon au-dessus de la tête, dans l'intervalle des contractions, cherchant à l'y maintenir autant que sa hauteur me le permettait, au moment où elles recommençaient; ce moyen fut inutile, et la procidence se renouvela, quoique je fisse.

J'espérai cependant que, comme elle était peu prononcée, elle pourrait se réduire d'elle-même si la tête, venant à se fléchir, parvenait à s'engager. Mais la dilatation se faisait irrégulièrement, était très-lente, incomplète, et la tête restait toujours aussi élevée, et dans la même inclinaison, quelque moyen que je misse en usage pour la faire changer de direction; ces moyens furent d'abord dirigés vers l'obliquité utérine, que j'essayai de diminuer en faisant soulever le bassin de la femme avec un paquet de hardes assez volumineux, en le maintenant incliné un peu sur le côté gauche, et de plus en comprimant et refoulant encore en haut et en arrière la paroi antérieure de l'utérus, au moment des contractions. M'étant aperçu en outre que dans certains moments la fontanelle postérieure avait quelque tendance à s'abaisser vers le centre du bassin, mais que bientôt la tête, par son redressement, lui faisait reprendre sa place primitive, j'essayai de favoriser et de maintenir ce mouvement de flexion en portant l'extrémité de l'indicateur et du médium sur l'angle antérieur ou frontal de la fontanelle bregmatique et en cherchant à la

refouler en haut lorsque les douleurs commençaient à se manifester.

Je me convainquis bientôt que toutes les tentatives de ce genre deviendraient inutiles, et que la situation anormale de la tête tenait à une direction vicieuse et habituelle de l'utérus plutôt qu'à un vice de conformation bien prononcé du détroit supérieur : c'est ce que semblaient du moins indiquer mes investigations particulières, ainsi que la circonstance de plusieurs accouchements antérieurs terminés heureusement par l'extrémité pelvienne, accouchements qui auraient dû être préjudiciables à l'enfant s'il y avait eu rétrécissement notable du bassin.

Une fois ces faits appréciés et ces difficultés reconnues, le premier et le plus sûr moyen qui me restait à prendre était celui de la version pelvienne aussitôt que la dilatation ou l'extensibilité suffisante du col de l'utérus me permettraient d'y avoir recours, ou lorsque je remarquerais une altération trop prononcée et trop persévérante dans les battements du cœur fœtal.

J'attendis donc patiemment, et malgré la grande quantité de méconium qui s'écoulait, tant que l'auscultation vint me rassurer sur la vie du fœtus ; mais, dès que le col, ayant acquis la largeur de cinq centimètres environ, devint assez souple, je n'hésitai plus, et j'introduisis la main gauche, c'est-à-dire celle dont la face palmaire regardait la partie antérieure de l'enfant. Quoique j'eusse pénétré profondément et sans trop de difficulté, quoique je maintinsse les parties fœtales extérieurement à l'aide de l'autre main et que je m'efforçasse de les refouler en arrière, il me fut impossible d'atteindre suffisamment l'extrémité pelvienne pour pouvoir la saisir, et en voici la raison : cette extrémité,

par la situation qu'occupait le fœtus, se trouvait dirigée en avant et à droite, puis, par l'effet de l'antéversion très-prononcée de l'utérus, était fortement inclinée dans le même sens, et logée dans l'espèce de besace que l'organe gestateur formait au-devant et au-dessous des pubis; de telle sorte que mon avant-bras se trouvant arrêté par la présence de ceux-ci, et ma main n'ayant plus assez de longueur, je ne pus rien saisir.

Afin cependant que cet essai ne restât pas complètement perdu, je tentai, me trouvant encore dans l'utérus, de détourner l'anse pendante du cordon ombilical et de déplacer et fléchir un peu la tête, opération dont je reconnus bientôt la difficulté et l'inutilité. Devais-je chercher de nouveau à pratiquer la version avec la main droite? Je pensai que cette manœuvre contre les règles de l'art serait pour le moins aussi infructueuse et ne servirait qu'à compromettre davantage la vie du fœtus et celle de la mère. Aussi vis-je bien que le parti le plus prudent et le plus sûr était d'avoir recours au forceps, malgré la grande élévation de la tête, comptant me servir dans cette circonstance d'un procédé particulier, conseillé et mis en pratique pour la première fois, dit-on, par M. J. Hatin, et depuis par mon ami le docteur Chailly (Honoré), qui me l'a enseigné.

J'introduisis ma main gauche toute entière dans l'utérus et par conséquent au-dessus du détroit supérieur, et je saisis, ou plutôt j'embrassai le vertex avec la paume de la main, dirigeant d'abord les doigts vers le côté gauche du bassin entre la tête et le col de l'utérus. Je coulai la branche à pivot à plat sur la face palmaire, la conduisant avec mes doigts à mesure qu'elle pénétrait sur le côté gauche

du bassin ; je fis tenir le manche de cette cuiller par une des personnes qui m'aidaient, et, sans retirer la main introduite, sans quitter la tête que j'embrassais, passant l'avant-bras par-dessus le manche de la cuiller déjà placée, je dirigeai mes doigts vers le côté droit du bassin, et les glissai entre la partie fœtale et l'anse du cordon ombilical qui s'y trouvait accolée ; de cette façon, j'avais sur la face palmaire de la main la tête de l'enfant, et sur sa face dorsale, le col de l'utérus et le cordon ombilical, que je re-foulais en haut et en dehors.

La branche à mortaise fut introduite comme la précédente, mais vers le côté droit, et ramenée à l'aide des doigts sur les parties latérales du bassin. Je pus alors retirer ma main gauche et articuler assez aisément les branches de l'instrument, que j'estimai avoir bien saisi la tête, à la résistance qu'elles m'offrirent lorsque je voulus les tirer à moi. Quant au col, j'étais certain de ne l'avoir pas saisi. Le pivot tourné, j'exerçai des tractions énergiques mais mesurées, m'assurant de temps à autre que j'entraînais la tête, et bientôt j'eus la satisfaction de la sentir s'engager de telle sorte, que je pus relever peu à peu les branches du forceps et exercer mes tractions suivant l'axe de l'excavation. Lorsque la tête arriva près des parties externes, elle avait un peu changé de direction entre les branches du forceps, et son diamètre occipito-frontal s'était placé suivant le diamètre transversal du bassin, ce qui m'engagea à incliner simplement mon forceps à droite, afin de ramener autant que possible l'occiput en avant. Il ne me fut permis, on le comprend, que de le dégager obliquement vis-à-vis le milieu environ de la branche ischio-pubienne à cause de la courbure du forceps,

que je ne pouvais mettre en rapport avec le diamètre transversal droit ; mais l'extensibilité suffisante des parties génitales externes me fit espérer que je n'aurais pas besoin de réappliquer l'instrument suivant une direction plus régulière ; en effet, l'extraction eut lieu sans accidents.

L'enfant vint en état d'asphyxie, fut ranimé au bout de quelques minutes à l'aide des soins ordinaires, et, après quelques inspirations profondes, il jeta un cri. C'était une petite fille forte, bien constituée, dont la tête n'était pas trop volumineuse, et qui ne présenta aucune lésion, soit locale, soit générale de l'innervation, malgré les traces très-visibles de l'application des branches du forceps, traces qu'elle portait sur la face et l'occiput, malgré une enfonçure très-prononcée des os du crâne au niveau de la bosse pariétale gauche, enfonçure longue d'environ 6 centimètres, large de 3 ou 4, dirigée obliquement d'avant en arrière, et qui résultait de la pression énergique et longtemps continuée de cette partie de la tête contre l'angle sacro-vertébral.

La délivrance fut naturelle, et les suites de couches n'offrirent rien de bien particulier.

La personne qui fait le sujet de cette observation, atteinte d'un prolapsus complet de l'utérus, par suite des efforts violents auxquels elle était obligée de se livrer, et de ses accouchements antécédents, avait commencé à souffrir, dans la grossesse dont je fus témoin, à l'époque où l'utérus, s'élevant au-dessus du détroit supérieur, n'était pas encore assez développé pour reposer sur ses bords et s'y maintenir, mal soutenu qu'il était d'ailleurs par ses ligaments relâchés. A un terme plus avancé, cet organe flasque, n'éprouvant même pas une certaine résistance de la

part des parois abdominales, déjà très-distendues par les grossesses antérieures, s'infléchit en avant et tomba, pour ainsi dire, par dessus le pubis. C'est vers le sixième mois, alors que le fœtus commença à devenir assez volumineux et à peser d'une manière incommode sur le segment antérieur et inférieur de l'utérus, situé au-dessus du pubis, et que la pression éprouvée par cette partie de l'organe, entre la tête de l'enfant et les os du bassin, fut plus forte, que se développèrent les fausses douleurs ou contractions douloureuses, simulant celles de la parturition, qui se reproduisirent si fréquemment jusqu'à la fin de la grossesse. C'est là, j'en suis convaincu, une des principales causes de ces douleurs intermittentes qui tourmentent si souvent les femmes affectées de relâchement de l'utérus et de ses annexes. Que l'on consulte, du reste, Rœderer, qui a donné des détails si précis sur les signes et les effets de l'obliquité de l'utérus, et l'on verra qu'il met cet accident au nombre des fausses douleurs. Le même auteur indique aussi cette dilatation difficile et irrégulière du col que j'ai notée plus haut, et tout récemment encore dans une circonstance analogue.

Mais est-ce à cette obliquité et à cette inflexion seule de l'utérus, qu'il faut attribuer le mode de présentation et le défaut d'engagement de la tête, ou bien ne doit-on pas en trouver la cause dans un vice de conformation du bassin? Voici ce que l'examen direct et les renseignements que j'ai pu recueillir m'ont mis à même de vérifier. Madame J... est petite, a les jambes courtes, mais non difformes, le buste long; la colonne vertébrale est régulière et offre seulement une légère ensellure des lombes. Cette femme a été atteinte, vers l'âge de dix ans, d'une fracture de la

cuisse droite, qui a laissé un raccourcissement assez peu sensible de ce même membre pour ne pas produire de claudication marquée. On remarque seulement que cet accident a influé un peu sur la direction du bassin, en produisant une légère inclinaison de sa totalité, vers la droite; ce bassin lui-même, à l'extérieur, ne présente pas de vice de conformation notable; à l'intérieur, le doigt le trouve régulier dans toutes ses parties, excepté vers l'angle sacro-vertébral, qu'il ne peut cependant atteindre qu'avec assez de difficulté; difficulté dont il faut d'autant plus tenir compte, que les parties génitales externes, très-extensibles et dilatées, permettent à l'indicateur de pénétrer profondément.

Ainsi, voilà un bassin qui, d'après ce qu'on vient de voir et d'après l'issue heureuse des accouchements antérieurs, terminés par l'extrémité pelvienne, ne doit offrir qu'un degré de rétrécissement très-modéré du détroit supérieur; la tête elle-même de l'enfant que j'ai extrait n'a que des dimensions très-ordinaires, circonstances qui ne sont nullement en rapport avec les difficultés extrêmes de l'engagement, et ne suffisent pas pour en rendre compte; il faut donc en chercher ailleurs la cause. Or, l'antéversion si prononcée de l'utérus, et son obliquité droite, augmentée encore par l'inclinaison du bassin dans le même sens, avaient totalement changé la direction de l'axe de l'organe gestateur, l'avaient éloigné de celui-ci, du détroit supérieur, et, par conséquent, les contractions utérines tendaient à engager la partie fœtale dans une direction vicieuse. Ainsi, au lieu de la pousser à travers le détroit supérieur, suivant une ligne qu'on se figure ordinairement partir de l'ombilic pour venir tomber à l'articulation du sa-

crum avec le coccyx, en passant au point d'intersection des diamètres de ce détroit, la résultante des contractions utérines pouvait être représentée ici par une autre ligne fort inclinée en avant et à droite, et venant tomber au-dessous de l'articulation sacro-iliaque gauche; de telle sorte que la tête se présentant par le sommet et en occipito-iliaque gauche postérieure, tendait plutôt à se redresser qu'à se fléchir, et que la bosse pariétale gauche, au lieu de glisser sur l'angle sacro-vertébral, comme elle aurait sans doute pu le faire si la direction de l'utérus avait été régulière, avait été violemment poussée (d'avant en arrière) contre cet angle un peu saillant, qui y avait produit une enfonçure profonde, dans laquelle il s'était logé. De là la situation irrégulière de cette tête; de là aussi l'impossibilité de l'engagement.

Je crois donc que, dans cette circonstance, s'il faut reconnaître une certaine part, dans les difficultés, à la saillie plus considérable du promontoire, il faut en attribuer une bien plus grande à l'obliquité si remarquable de l'utérus. On m'objectera peut être que, s'il en était ainsi, j'aurais dû pouvoir changer l'état des choses en redressant l'utérus avec énergie pendant la contraction; mais lorsque j'arrivai le mal était fait, l'enfonçure était produite, la tête s'était placée là où elle devait rester; et on a vu l'insuccès de mes tentatives. Quel est le médecin d'ailleurs qui, ayant quelque habitude en accouchement, ne connaît tous les obstacles qui s'opposent au redressement de la tête?

Quelques faits relatifs à l'auscultation sont importants à noter ici: c'est d'abord la hauteur singulière à laquelle j'entendis constamment les battements du cœur fœtal, bien que le sommet se présentât au détroit supérieur, ce

qui dépendait évidemment, comme je l'ai dit, de l'élévation totale du fœtus ou de son non engagement; puis ensuite, circonstance sur laquelle on n'a pas insisté, et que j'ai eu plusieurs fois occasion de vérifier, c'est que, lorsqu'il existe une obliquité antérieure aussi prononcée, surtout chez une femme qui a eu un certain nombre d'enfants, le point où s'entendent les battements du cœur fœtal n'est réellement pas à la place qu'on croirait qu'il occupe, parce que la peau de l'abdomen étant très relâchée, l'ombilic, sur lequel on prend ordinairement un point de repaire pour mesurer la hauteur des bruits, ne peut suivre les mouvements, soit d'élévation, soit d'abaissement de l'utérus, et ne se trouve plus avec lui dans les mêmes rapports que dans l'état normal. La confiance que l'on doit accorder à l'auscultation comme diagnostique des présentations et positions du fœtus pendant la grossesse, doit donc être limitée à certains points que ce n'est pas ici le lieu de rappeler (1), et ne doit pas être absolue, comme quelques-uns ont voulu le faire entendre. Ce qui n'empêche pas ce moyen d'investigation d'être, après le toucher, le plus précieux que l'accoucheur possède pour établir son diagnostic.

Je n'ai rien à ajouter sur le peu de succès des moyens employés soit pour réduire le cordon prolabé, soit pour opérer la version pelvienne. Tous les accoucheurs connaissent l'inutilité trop fréquente des manœuvres mises en usage dans le but de remédier au premier accident, et l'on

(1) Voir le mémoire de MM. Chailly Honoré et Devilliers, sur la valeur de l'auscultation dans le diagnostic des présentations et positions du fœtus (Revue médicale, cahiers de juin et juillet 1842).

a pu voir les obstacles qui se sont opposés à la réussite de la version pelvienne; mais je vais terminer par quelques réflexions sur les avantages que j'ai été à même de reconnaître dans le procédé d'application de forceps employé. La tête étant élevée au-dessus du détroit supérieur, il m'eût été impossible en employant le procédé ordinaire, c'est-à dire en guidant chaque cuiller du forceps alternativement avec l'extrémité des doigts de la main opposée, de placer ces cuillers assez sûrement sur les côtés du bassin et dans la cavité de l'utérus dont elles auraient pu s'échapper, et m'exposer à saisir le col; puis il m'eût été fort difficile par ce même procédé d'éviter de saisir et comprimer l'anse du cordon ombilical, qui se présentait et était située trop haut pour pouvoir être rejetée soit d'un côté soit de l'autre. Enfin, en appliquant la première branche, j'aurais risqué de déplacer la tête qui, lorsque j'aurais cherché à introduire la seconde, aurait pu y mettre obstacle ou du moins glisser entre elles deux et ne pas être saisie. Tous ces inconvénients disparurent dans l'usage du procédé indiqué plus haut. En effet, la main gauche que j'introduisis toute entière, en saisissant, ou plutôt en embrassant le sommet seul au détroit supérieur, me donna la certitude que chaque branche conduite sur elle était appliquée le long des parties fœtales et dans la cavité de l'utérus; de plus, elle me permit d'éviter avec certitude l'anse du cordon ombilical qui restait en dehors de la sphère d'action de l'instrument. Enfin, certain d'échapper aux divers inconvénients que je viens de signaler, je pus pousser mes branches aussi profondément que je voulus, les ramener sur les côtés du bassin, embrasser assez complètement la tête pour qu'elle ne pût m'échapper, quelque énergiques que fussent mes trac-

tions. Je dois ajouter même que je fus presque surpris de la facilité relative que je trouvai à exécuter les différents temps de l'opération, en ayant soin toute fois de reporter mon corps soit à droite de la femme, soit à gauche, lors de l'application soit de la branche à pivot, soit de la branche à mortaise, afin de favoriser le mouvement de déplacement de la main introduite dans l'utérus.

On comprend très-bien que si je fus contraint de saisir la tête, du front à l'occiput, c'est qu'au détroit supérieur il est impossible d'appliquer les branches du forceps autrement que dans le sens de leur courbure et dans celui des axes du bassin, c'est-à-dire l'une à gauche, l'autre à droite directement.

Il y a donc un grand avantage à se servir du procédé d'application de forceps qui vient d'être décrit (procédé que j'ai vainement cherché dans la plupart des traités ou mémoires d'accouchements, tant anciens que modernes), lorsque la tête est trop élevée ou trop mobile au-dessus du détroit supérieur; lorsque l'on craint de saisir le col de l'utérus ou de comprimer une anse du cordon ombilical prolabé, entre les branches de l'instrument. Pour moi, je serai toujours porté à le préférer dans des circonstances semblables, me contentant au contraire du procédé généralement employé jusqu'ici, lorsque la tête est déjà engagée à travers le détroit abdominal, et que les doigts peuvent l'y atteindre plus aisément.

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

ANALYSES D'OUVRAGES.

Nouveau Manuel d'anatomie générale, histologie et organogénie de l'homme ; par M. MARCHESSEUX, docteur en médecine, etc. 1 vol. grand in-8°. Chez Germer Baillière, Paris, 1844.

Depuis les travaux de l'immortel Bichat sur l'anatomie générale, les recherches se sont tellement multipliées, l'ardeur des observateurs s'est si bien employée à fouiller les profondeurs de la science, que non-seulement l'anatomie descriptive a gagné une foule de détails et une plus grande précision, mais que ses nombreuses découvertes sur l'organisation intime des tissus, obtenues à l'aide du microscope et des réactifs chimiques, ont donné une direction toute nouvelle à l'anatomie générale. Aussi cette science n'est-elle plus aujourd'hui, comme du temps de Béclard, une science, qui, considérant ensemble les organes semblables par leur texture et se bornant à ce qu'ils ont de commun, a pour objet spécial et non unique leur texture.

Son horizon en s'étendant a pris un aspect tout nouveau, et qui est dû aux recherches d'anatomie transcendante ou d'organogénie, d'histologie et d'embryogénie entreprises en France, et en Allemagne surtout. L'anatomie pathologique, mise en si grand honneur par l'Ecole de Paris, n'a pas non plus été étrangère à ce changement, tout à l'avantage de la science. L'anatomie générale de l'homme,

telle qu'elle doit être envisagée aujourd'hui, dit M. Marchesseaux, s'occupe de l'étude textulaire et moléculaire de l'organisme; pour arriver à ce but, elle a recours à l'analyse mécanique et à l'analyse chimique. En un mot, cette science a pour but, comme le disait récemment J. Henle, de rechercher les parties similaires dans les organes différents, de les comparer ensemble, et de leur assigner des caractères qui conviennent à toutes.

Or, les matériaux de cette science toute nouvelle qui s'élève aujourd'hui sur les débris de l'ancienne, matériaux très-nombreux déjà et disséminés dans une foule d'ouvrages et de recueils, se trouvaient épars, perdus pour ainsi dire en partie pour ceux qui n'ont pas le loisir de faire des recherches, et personne en France n'avait encore eu l'idée de réunir les éléments de la nouvelle anatomie générale. C'est ce que vient d'exécuter avec intelligence et distinction M. le docteur Marchesseaux. En accomplissant son œuvre, il a eu en vue de mettre les élèves et les praticiens au courant des découvertes anatomiques nouvelles. Mais comme l'anatomie générale actuelle ne fait que d'être pour ainsi dire établie; comme un grand nombre de ses points restent encore obscurs ou incertains, l'auteur n'a mentionné que les doctrines probables, que les observations à l'abri de tous les doutes. Il lui a été impossible aussi de classer les tissus; car en histologie une classification quelconque ne peut pas encore être adoptée; mais il a joint l'histoire des liquides de l'économie à celle des solides; et en cela il a eu raison; car les uns et les autres concourant également à la constitution des diverses parties du corps, ne devraient jamais être séparés dans l'étude.

C'est, du reste, aux travaux des observateurs les plus distingués tant en France qu'en Angleterre, tels que Raspail, Dutrochet, Schwann, Henle, Valentin, Serres, Bischoff, Gerber, Purkinje, etc., que l'auteur a emprunté les nombreux détails de son anatomie, et les opinions d'anatomie philosophique qu'on y trouve consignées.

Un premier chapitre est consacré à une exposition abrégée des principaux systèmes sur les formations organiques, réduits aux deux doctrines capitales de la préexistence des germes, et de l'épigénèse. C'est cette dernière, comme on le sait, qui prévaut dans la science actuellement, et c'est elle, en effet, que tendent à faire dominer exclusivement toutes les découvertes modernes de l'organisme. Aussi l'auteur développe-t-il les lois de l'épigénèse fondées sur les recherches d'anatomie transcendante entreprises par M. Serres : telles sont les lois de formation centripète, de symétrie, de conjugaison, d'équilibration. Il étudie ensuite le corps humain dans son ensemble, et établit, d'après Meckel surtout, les règles générales de la forme organique, la dimension en longueur, la structure rayonnée, l'analogie des formes, la symétrie des parties du corps (parties latérales, parties supérieures et inférieures, parties antérieures et postérieures), et passe ensuite aux éléments et tissus de l'organisme. Ici se trouvent exposées les diverses et nombreuses classifications des tissus. Depuis Fallope jusqu'à M. de Blainville, les considérations d'anatomie avaient seules fait les frais des classifications histologiques ; les progrès incessants de la chimie, la naissance et le développement de la chimie organique, jetèrent les savants dans un autre ordre d'idées, et l'on vit

apparaître des projets de nomenclature, dans lesquels les caractères chimiques offerts par les tissus avaient déterminé les divisions : telle était entre autres la nomenclature de M. Gerdy.

Mais bientôt, pressés de découvrir la texture intime des tissus, les anatomistes ajoutèrent à leurs moyens d'investigation l'usage des lentilles à grossissement médiocre d'abord, puis beaucoup plus considérable. C'est sur les faits qui sont sortis de ces observations que l'on a tenté d'établir les classifications nouvelles. Après avoir admis avec Bichat les formes fibreuse, laminée, granuleuse et aréolaire, réduites par Meckel à la fibreuse et à la laminée, on vit plus tard que les mêmes formes présentaient en dernière analyse l'apparence de globules et de véhicule coagulé ou coagulable. Mais la découverte des cellules et celle de leur noyau marquèrent un nouveau progrès, et dès-lors la distinction des éléments des corps en solides et en liquides fut abandonnée. Schwann avança pour la première fois, en 1839, que les cellules à noyau sont la base de toute formation animale ou végétale, et les classifications anciennes devenant insuffisantes, on chercha à leur en substituer de nouvelles. Aucune d'elles ne peut encore être adoptée dans l'état actuel de la science, et bien que Henle, entre autres, pense qu'un système rationnel d'histologie doit prendre pour base de ses divisions les métamorphoses des cellules, les faits ne sont encore ni assez nombreux, ni assez concluants pour permettre de le tenter. Aussi M. Marchessaux s'est-il contenté d'adopter l'ordre analytique suivi par les auteurs d'anatomie descriptive.

Entrant ensuite d'une manière plus spéciale dans son sujet, l'auteur s'occupe de la forme et de l'évolution des

parties qui constituent les éléments des divers tissus de l'organisme, tels qu'ils doivent être envisagés dans l'état actuel de la science.

L'élément général, qui se retrouve en dernière analyse dans la plupart des tissus animaux, à partir d'une certaine période du développement, sont les cellules élémentaires microscopiques, cellules primitives, cellules à noyau, sortes de vésicules à parois ténues, remplies d'un fluide quelquefois un peu grenu, et contenant dans leurs parois un noyau de couleur plus foncée qu'elles. Ce noyau ou cytoplaste offre une ou deux taches presque rondes : ce sont les nucléoles ou corpuscules du noyau. Les cellules ainsi constituées sont placées dans une substance amorphe, cytotiastème, dans laquelle elles nagent, lorsque cette substance est liquide, ou dans laquelle elles sont fixées si elle est molle ou solide. Quant à la formation de ces cellules, on en est encore réduit aux hypothèses, malgré les travaux entrepris ; mais il n'en est pas de même de leurs métamorphoses, que l'on connaît beaucoup mieux ; ainsi, une fois la cellule élémentaire constituée, c'est à dire une fois la vésicule achevée autour du noyau, l'évolution continue et son résultat final est la formation des tissus spécifiques. Dans beaucoup de ces tissus, et dans les fluides nourriciers, les cellules ne disparaissent pas et les changements qu'elles présentent ne portent que sur leur forme, leur contenu, leur constitution : elles peuvent s'étendre uniformément ou sous une seule dimension ; s'aplatir comme dans le sang, le pigment granuleux, s'étendre en longueur, devenir filiformes, coniques, prismatiques (les divers épithélium). Quelques-unes envoient des prolongements en forme de poils ou d'épines d'un seul ou de plusieurs de

leurs côtés (épithélium vibratile). Les sécrétions les plus diverses se forment dans leur intérieur (matière colorante des globules du sang); la membrane extérieure des cellules se transforme, s'épaissit (cartilage); enfin, celle-ci peut s'amincir et se dissoudre en totalité, ou bien les cellules se fusionnent les unes dans les autres. Selon Henle, dans les tissus parenchymateux les parois épaissies des cellules se confondent avec les cellules voisines et avec la substance intercellulaire, et alors leurs cavités demeurent séparées ou communiquent librement ensemble, après que les points adossés des deux parois de cellules se sont confondus et ont été résorbés, pour former ainsi des canaux, des glandes, etc., ou bien encore les cellules s'étendent, se soudent, se fusionnent, pour former des plaques solides, des membranes continues, ayant la limpidité de l'eau (épithélium des vaisseaux, capsule cristalline, gânes du nerf optique, etc., etc.).

Le noyau de la cellule subit de son côté divers changements : ou il ne se modifie pas, ou il se développe avec la cellule, ou il disparaît, ou bien encore il forme une espèce de fibres nommée fibres de noyaux.

La substance qui sépare les cellules (substance intercellulaire), est plus ou moins apparente, ou bien elle est à peine visible tant les cellules sont rapprochées, ou bien au contraire on la distingue sous les formes hyaline, grenue ou fibreuse. On ne sait au reste si on doit la considérer comme un tissu indépendant, ou si elle est formée par l'adhésion des parois épaissies des cellules.

Tels sont les éléments les plus simples de nos tissus, éléments que l'on va retrouver dans l'étude de la structure des divers organes en particulier. Et ici, il nous est impos-

sible de suivre l'auteur dans tous les développements que comporte son sujet ; il faudrait pouvoir noter les détails nombreux et nouveaux dans lesquels il a dû entrer à l'occasion de chaque tissu, de chaque organe, de chaque liquide. Ce serait vouloir faire un extrait de son livre, extrait qui n'en pourrait donner qu'une image fort imparfaite, et qui d'ailleurs n'aurait aucun but. Nous ne pouvons qu'indiquer la marche qui a été suivie, et nous arrêter quelque peu sur les chapitres principaux de l'anatomie générale. M. Marchessaux étudie d'abord la structure, la composition de chaque tissu, de chaque organe, de chaque liquide, puis s'occupe de leurs propriétés, soit à l'aide des réactifs chimiques, soit à l'aide de l'observation directe ; il recherche ensuite leur mode de développement, leur évolution, et complète ces connaissances par un résumé succinct des analyses chimiques qui ont le plus de valeur. De cette manière, on a sous les yeux un tableau aussi régulier que possible de l'histoire des parties liquides et solides de l'économie, de l'histologie et de l'organologie de l'homme. L'auteur est entré dans les plus grands détails, surtout à l'occasion des systèmes osseux, vasculaire et nerveux, des membranes séreuses, muqueuses, fibreuses, tégumentaires et des divers épithélium reconnus ; enfin du système sécrétoire et de l'appareil de la vision. A côté de l'étude de chaque organe solide il a placé celle des liquides qu'il contient ou qu'il sécrète, de telle sorte que l'on trouve dans son ouvrage à peu près tout ce qui a été dit et tout ce qui a été fait, soit par les micrographes, soit par les chimistes, sur le sang, la lymphe, la graisse, le sérum, le mucus, le lait, l'urine, la bile, etc. M. Marchessaux a donc rendu un véritable service aux

hommes studieux en réunissant dans un petit volume autant de matériaux épars et précieux, et son œuvre acquerra encore plus d'importance lorsque, comme il l'annonce dans sa préface, il l'aura complété par la publication d'une Anatomie pathologique, dans laquelle il aura pour but l'histoire de la génération et du développement des produits morbides. Nous regrettons que, puisque l'auteur destine son livre aux élèves et aux praticiens qui désirent apprendre et se tenir au courant des découvertes récentes, il n'ait pas jugé convenable d'accompagner ses descriptions de quelques figures propres à donner une idée même imparfaite des objets qu'il décrit; nous savons qu'en micrographie surtout c'est une tâche difficile à exécuter. Cependant on possède déjà un assez grand nombre de dessins qu'on aurait pu utiliser si la forme elle-même du livre ne s'y était pas opposée. Nous croyons au moins qu'à défaut de ces renseignements graphiques, souvent nécessaires pour l'intelligence plus complète du texte, il aurait dû donner quelques indications sur sa manière d'étudier, ou sur le mode de préparation à exécuter dans les recherches d'anatomie générale, et cela dans l'intérêt des personnes désireuses d'expérimenter par elles-mêmes, et d'éclaircir quelques points obscurs ou douteux.

Mais nous oublions que l'auteur ne paraît pas avoir écrit d'après ses propres recherches, qu'il a été contraint de suivre pas à pas, et dans leurs longs développements, les travaux des auteurs les plus consciencieux, et que d'ailleurs la nouvelle anatomie générale n'est pas encore une science assez complète dans tous ses détails pour qu'elle ne puisse encore subir quelques révolutions partielles. C'est déjà avoir accompli une grande tâche que d'avoir

rassemblé tant de matériaux divers en corps de doctrine, et de les avoir présentés sous une forme régulière; c'est là un mérite incontestable, c'est un véritable service rendu à la science, et dont on saura toujours le plus grand gré à l'auteur.

C. DEVILLIERS.

**REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE DES JOURNAUX
DE MÉDECINE FRANÇAIS.**

Mémoire sur le valérianate de zinc; de son mode de préparation, de ses caractères; de son emploi thérapeutique dans les migraines et les névralgies. — Observations et remarques sur l'anasarque non accompagné de lésions appréciables dans les solides. — Quelques mots sur le traitement de la pneumonie lobaire chez les enfants par l'emploi réuni de la saignée et des vomitifs. — Recherches pour servir à l'histoire des tumeurs blanches. — Cure radicale du varicocèle par l'enroulement des veines du cordon spermatique. — Tumeur très-volumineuse occupant la région inguinale. Extirpation; guérison.

Gazette Médicale.

(Juin 1844.)

Deux mémoires sont publiés par la *Gazette médicale*: l'un est consacré à des recherches cliniques sur les maladies du cœur; il est de M. Forget, professeur de clinique médicale de la faculté de Strasbourg; l'autre est intitulé: *Études sur le chyle*, par J. Bouisson, professeur à la faculté de médecine de Montpellier. Nous attendrons, pour rendre compte de ces mémoires, que la

Gazette médicale les ait publiés entièrement. Nous nous contenterons aujourd'hui de noter ici quelques-unes des idées générales que M. Bouisson a consignées dans ce que nous appellerons l'introduction de son travail.

« Le règne du solidisme exclusif, dit-il, est passé. Ce règne a été profitable, glorieux même; il y aurait injustice à le méconnaître. Mais, sous l'influence directrice qu'il exerçait, on n'étudiait qu'un des produits de la vie, la matière organique condensée sous forme solide..... L'humorisme, que nous voyons renaître, et dont il importe de régler l'avenir, s'affranchira sans doute des excès dans lesquels on a été naguère conduit sous l'influence des études anatomiques exclusives; et se bornant à représenter une collection de faits d'un certain ordre, il n'aspirera point à revêtir les allures d'une théorie générale et à régenter despotiquement la science et la pratique. Au-delà de la connaissance matérielle des solides et des fluides de l'économie, il y a celle des lois et des forces qui président à leur formation et au rôle qui leur est dévolu. C'est jusque-là qu'il faut arriver pour trouver les éléments définitifs d'une théorie. Il est donc utile que que l'on étudie les fluides avec la conviction préalable qu'en eux ne résident pas d'une manière spéciale les forces de la vie, qu'ils n'en sont que des instruments ou des manifestations.

Mémoire sur le valérianate de zinc (de son mode de préparation, de ses caractères, de son emploi thérapeutique dans les migraines et les névralgies), par le docteur FRANCIS DEVAY, médecin de l'Hôtel Dieu de Lyon. — Les journaux italiens donnent depuis quelque temps de grands éloges à ce médicament. Pour obtenir

le valérianate de zinc, le meilleur mode de préparation consiste à saturer une solution aqueuse d'acide valérianique pur par le carbone de zinc récemment précipité. Le valérianate de zinc se précipite sous forme de paillettes brillantes, nacrées, d'une blancheur éclatante et d'une légèreté comparable à celles des feuilles d'argent. Il est neutre, soluble dans l'eau, beaucoup plus à chaud qu'à froid; il est très-soluble dans l'alcool. L'éther et les huiles le dissolvent également très-bien. Il n'est pas déliquescant comme la plupart des autres valérianates; il est inaltérable à l'air.

Il ne faudrait pas juger de la valeur thérapeutique de ce sel uniquement par ses effets physiologiques, qui ne sont guère plus prononcés que ceux produits par la valériane ou le zinc pris séparément. Une dose de quinze centigrammes, suffisante pour brider un accès de névralgie, pour modérer le paroxysme d'une migraine violente, ne provoque à l'état sain qu'un peu de céphalalgie, quelques vertiges fugaces, un peu d'incertitude et de susceptibilité dans l'ouïe.

M. Devay a employé le valérianate de zinc principalement contre les névralgies faciales et les migraines. Il n'a obtenu de résultats certains et soutenus que dans les cas où les affections étaient purement nerveuses, indépendantes d'autres complications. Le valérianate de zinc a eu peu d'efficacité dans les névralgies rhumatismales, dans les névralgies intermittentes, syphilitiques. Il n'en est pas de même des névralgies faciale, chlorotique; après l'emploi suivi des ferrugineux, le valérianate de zinc lui a rendu les plus éminents services. M. Devay a fait quelques essais de ce médicament contre l'épilepsie; mais comme les résultats thérapeutiques qu'on peut obtenir dans

cette cruelle maladie ne se constatent qu'à la longue, il a passé sous silence ses observations.

Le valérianate de zinc n'est point indiqué dans toutes les formes de migraines. C'est contre l'hémicrânie purement nerveuse qu'il convient. Le valérianate de quinine est utile au contraire dans l'hémicrânie intermittente.

Le mémoire de M. Devay contient huit observations : trois d'hémicrânie, trois de névralgie faciale, dont une compliquée de chlorose, une de névralgie intercostale, une de satyriasis. Dans tous les cas l'action du valérianate de zinc a été des plus heureuses. La dose à laquelle M. Devay a le plus souvent employé ce médicament est de dix centigrammes par jour, divisés en deux pilules, à prendre une le matin, une le soir. Il pense qu'on peut élever la dose jusqu'à quarante centigrammes. Les médecins italiens cependant ne le donnent qu'à la dose d'un grain et demi par jour. — Dans trois cas de névralgie sus et sous-orbitaires, M. Cerulli, de Parme, a guéri les malades en donnant ce sel à la dose d'un grain et demi par jour, divisé en deux pilules, qu'il faisait prendre au moment même de l'accès.

Le valérianate de zinc peut s'administrer en poudre, en pilules, en potion. A. F.

Archives générales de médecine.

(Juin 1844).

I. *Observations et remarques sur l'anasarque non accompagné de lésions appréciables dans les solides ;* par H. DE CASTELNAU. — Si l'anasarque reconnaît le plus sou-

vent pour cause un obstacle mécanique à la circulation, quelquefois aussi il dépend d'une altération plus ou moins profonde des liquides ; c'est à la confirmation nouvelle de ce dernier point un instant mis en doute par les recherches sanatomiques encore récentes, que tendent les observations et remarques de M. de Castelnau. Les faits qu'il rapporte sont au nombre de quatre, concernant des femmes anémiques et chlorotiques. Ces femmes ayant succombé à des maladies graves, telles que la fièvre puerpérale, la phthisie ou une hémorrhagie répétée, on ne trouva point dans les solides de lésions suffisantes pour expliquer l'infiltration générale qui existait.

Voici, au reste, le résumé par lequel se termine le travail de M. de Castelnau :

« Jusqu'à présent, dit-il, je me suis contenté de faire ressortir des faits précédents cette vérité générale, à savoir que l'anasarque peut reconnaître pour cause une altération du sang sans lésion appréciable des solides. Il s'agirait maintenant de pénétrer plus avant, et de déterminer en quoi consiste cette altération.

« On sait que MM. Andral et Gavarret, dans leurs intéressantes recherches d'hématologie, sont arrivés à rapporter toutes les altérations du sang qui s'accompagnent d'hydropisie à une diminution des matériaux solides du sérum. Connaissant déjà les travaux de ces professeurs, j'ai dû regretter en faisant mes observations de ne pouvoir, vu le défaut suffisant d'habitude, répéter toutes les expériences nécessaires pour vérifier si les cas précédents rentraient dans la catégorie de ceux qu'ils ont observés. Cependant on trouvera sans doute que la lacune forcée que j'ai été obligé de laisser dans mes observations perd beaucoup de son importance en songeant que, dans tous les cas où MM. Andral et Gavarret ont

trouvé une diminution des matériaux solides du sérum, ils ont en même temps constaté la présence de l'albumine dans les urines. Or, comme ce principe a été vainement cherché chez tous mes malades, il est, ce me semble, permis de conclure de son absence à celle de l'altération signalée par les deux auteurs que je viens de citer. D'ailleurs, les malades dont j'ai rapporté les observations offraient tous le type de l'état anémique ou chlorotique pur, et l'on sait qu'avec cet état coïncide une toute autre altération du sang qu'une diminution des matériaux solides du sérum. J'ajouterai encore que l'interprétation que je donne ici se trouve pleinement confirmée par les recherches du docteur Rees, qui, dans plusieurs analyses du sang d'hydropique, n'a trouvé, *dans aucun cas*, de diminution dans les matériaux solides du sérum. L'absence de cette altération est d'autant plus remarquable dans les faits observés par le docteur Rees, que tous les malades sur lesquels il a expérimenté étaient affectés de maladie de Bright, et que c'est précisément dans cette maladie que MM. Andral et Gavarret ont obtenu constamment des résultats opposés. Je conclus donc que l'état anémique pur et simple est dans quelques cas la seule cause que l'on puisse assigner à l'hydropisie dans l'état actuel de la science.

« Mais l'hydropisie peut survenir par suite d'une anémie pure et simple; pourquoi cela n'a-t-il lieu que dans des cas particuliers? Voilà ce qui reste à découvrir. C'est sans doute à l'ignorance dans laquelle nous sommes à cet égard qu'il faut attribuer les louables efforts que certains pathologistes ont faits dans le but de saisir les liens qui pouvaient unir les hydropisies à certaines lésions matérielles de quelques organes. C'est ainsi qu'Abercrombie a cru trouver une relation entre une affection encore indé-

terminée du poumon et certaines hydropisies. Je crois devoir rejeter toute explication semblable ou analogue à propos de la seconde observation ; je la rejette beaucoup plus positivement encore dans les cas particuliers dont a voulu parler Abercrombie : bien loin que cet auteur ait établi que certaines hydropisies se développent sous l'influence d'une affection du poumon, il n'a pas même mis hors de doute dans ces cas la maladie du poumon elle-même. Il est facile de s'en assurer en lisant l'extrait de son travail, que M. Littré a rapporté dans l'article HYDROPIE du *Dictionnaire de médecine*. Si dans ces cas on rencontre de l'oppression et même de la toux, c'est que la respiration est gênée par la distension brusque du tissu cellulaire résultant du développement du ventre, et souvent aussi de l'état œdémateux du poumon qui participe à l'infiltration séreuse générale.

« Au reste, la nature de ceux dont parle Abercrombie, et dont j'ai pu voir deux beaux exemples dans l'intéressant service de M. Briquet à l'hôpital Cochin, ces cas ne sont nullement favorables à l'opinion qui regarde la diminution des matériaux solides du sérum comme l'unique altération du sang capable de produire une hydropisie.

« Dans les deux cas que j'ai vus, l'anasarque se développa en quelques heures, et pendant toute sa durée, qui fut de douze jours dans un cas et de dix-sept dans l'autre, les urines ne furent jamais albumineuses ; dans tous les deux, la maladie se développa, dans un état parfait de santé, à la suite d'une exposition de plusieurs heures à l'air froid.

« Il y a une circonstance digne de toutes nos méditations et qui est très-saillante dans les cas dont il vient d'être question ; cette circonstance consiste dans l'augmentation subite du volume du corps : c'est là un phéno-

mène tout à fait inexplicable et presque passé inaperçu. Il est évident que cette augmentation de volume est en toute disproportion avec la quantité de sueur qui se serait évaporée pendant que l'individu a été soumis à l'influence du froid. Les auteurs du *Compendium de médecine* disent que le corps des individus affectés d'anasarque augmente de poids. Si cette proposition était applicable aux cas dont il s'agit, il y aurait réellement dans ce fait de quoi confondre toute raison.

« On voit par tout ce qui précède qu'il reste bien des points à étudier dans les hydropisies, et que ces points ne sont pas ceux qui importent le moins au soulagement des malades. »

II. *Quelques mots sur le traitement de la pneumonie lobaire chez les enfants, par l'emploi réuni de la saignée et des vomitifs*, par M. LE GENDRE. — Il y a quelques mois, nous insérions dans la *Revue médicale* l'analyse d'un travail important sur la pneumonie chez les enfants, travail dû à la collaboration du même auteur avec le docteur Bailly, son collègue à l'hospice des Enfants. Dans ce travail, nos jeunes confrères s'élevaient contre les émissions sanguines appliquées au traitement de la pneumonie lobulaire ou catharrhale. Mais il n'en est pas de même à l'égard de la pneumonie franche ou lobaire. Cependant, même dans ce cas, on doit jusqu'à un certain point se montrer sobre d'un moyen qui peut détruire le ressort du poumon, dont le développement n'est point encore complet. C'est ce qui a suggéré à M. Le Gendre l'idée de suivre la pratique de Mongenot, en associant le tartre stibié aux saignées. D'abord, à l'exemple de M. Bouillaud, il pense qu'elles doivent être plutôt rapprochées qu'abondantes, et que l'ouverture doit être

largement faite, afin que l'écoulement du sang soit rapide. Il faut donc plusieurs petites saignées dans les premiers jours, entre lesquels se place l'émétique. Dans deux cas graves qu'il cite, il en a retiré le plus grand profit. Le soulagement chez ces deux malades a été immédiat. Pour rendre compte du résultat, il adopte l'explication de MM. Trousseau et Pidoux, selon lesquels le vomissement, par son action spoliatrice et la perturbation nerveuse qu'il occasionne, est un puissant antiphlogistique. En outre, il produit une dérivation d'autant plus salutaire que le trouble causé par leur effet n'est pas durable, et laisse l'économie avec toute sa capacité réactionnelle.

DELASIAUVE.

Annales de la chirurgie française et étrangère.

(Mai et juin 1844).

I. *Recherches pour servir à l'histoire des tumeurs blanches*, par le docteur Richet. — Ce long travail, dont l'idée première a été puisée dans le service chirurgical de M. Velpeau à la Charité, se compose de deux parties, relatives, l'une à l'anatomie normale des tissus qui entrent dans la composition des articulations, l'autre à l'anatomie et à la physiologie pathologiques des lésions articulaires; d'où découlent des déductions qui ont trait à la classification, à la symptomatologie et au traitement des arthropathies. Ce n'est point ici le lieu d'entrer dans toutes les considérations anatomiques données par l'auteur de ce travail sur l'anatomie normale des tissus, qui entrent comme élément dans toute articulation; nous dirons seulement que M. Richet établit une distinction

anatomique qui permet de différencier les cartilages des fibro-cartilages, distinction qui ne reposait jusqu'à ce jour sur aucun caractère fixe, au point que M. Cruveilhier avait rayé les derniers du cadre de la nomenclature anatomique. En décrivant le tissu osseux, l'auteur insiste sur ce fait important pour la symptomatologie, que la substance spongieuse d'une des extrémités articulaires communique avec l'autre par l'intermédiaire du canal médullaire, ce que l'auteur a établi par des expériences. Ce fait, dit-il, explique comment des maladies d'une portion quelconque d'un os peuvent se transmettre facilement de l'une à l'autre extrémité; il sert aussi à expliquer les douleurs atroces qui, selon le dire des malades, courent le long des os dans quelques variétés de tumeurs blanches. Après s'être étendu sur les caractères distinctifs des cartilages et des fibro-cartilages, M. Richet s'occupe du moyen de connexion des cartilages articulaires avec les os auxquels ils s'implantent et avec la synoviale articulaire. À l'aide des données anatomiques qu'il signale sur la disposition de la membrane synoviale et sur les vaisseaux qui la parcourent, il explique comment, dans les inflammations, les vaisseaux qui ont, pour ainsi dire, déjà un pied sur le cartilage peuvent se porter plus au loin et constituer le premier degré de ces prolongements membraniformes qu'on rencontre souvent à leur surface au début de l'inflammation de la synoviale. Des expériences faites sur les animaux vivants viennent confirmer les assertions établies par l'auteur.

Jetant ensuite un coup d'œil rapide sur les parties molles articulaires, il appelle l'attention sur la disposition anatomique des deux feuillets qui composent les membranes synoviales, et décrit les autres tissus mous qui concourent à former les articulations. Ces considérations

appliquées d'anatomie générale permettent déjà de soupçonner, dit l'auteur, que les synoviales et les os seront presque toujours, sinon toujours, le point de départ exclusif des affections généralement connues sous le nom de tumeurs blanches.

Dans la deuxième partie de son travail, M. Richet passe en revue les altérations de la synoviale et des tissus fibreux, celles des os et des cartilages. Nous renvoyons nos lecteurs au mémoire même dont nous donnons seulement ici un aperçu sommaire, afin d'y prendre connaissance et des nombreux détails que ces différents sujets comportent et des expériences dont l'auteur a appuyé ses recherches. En décrivant les altérations que subissent les tissus fibreux et musculaire, il insiste sur ce fait fondamental, que si les séreuses sont primitivement affectées dans certains cas et communiquent leurs maladies aux membranes fibreuses, il n'en est pas de même de ces dernières relativement aux séreuses, quoique bien des auteurs aient admis cette réciprocité qu'il combat avec le professeur Bouillaud, et qu'il cherche à détruire en se fondant sur l'anatomie pathologique et sur les raisonnements, qui le conduisent aux conclusions suivantes : 1° La fibre albuginée n'est jamais susceptible d'une inflammation primitive; 2° si quelquefois on voit certaines tuniques fibreuses rougir, se vasculariser, elles ne doivent cette disposition transitoire qu'au passage des vaisseaux dont elles favorisent la distribution ultérieure; 3° les ligaments et autres moyens d'union articulaire n'étant traversés que par de très-rare filaments vasculaires et n'ayant d'ailleurs aucune sensibilité, on ne voit pas comment ils pourront par exemple être le siège primitif du rhumatisme articulaire, et par conséquent le point de départ de cette arthropathie.

1844. *Juillet*. T. II.

27

M. Richet passe ensuite aux altérations primitives et consécutives du tissu osseux, à celles des cartilages articulaires, et termine ce long travail, qui ne contient pas moins de cent quarante-deux pages, par les conclusions générales suivantes :

« De tout ce qui précède, contrairement à l'opinion généralement reçue, je conclus que les maladies désignées sous le nom de *tumeurs blanches* ne sont point aussi variées dans leur siège et dans leur nature que le prétendent les auteurs. Quant à leur siège, nous avons vu que ni les cartilages ni les tissus fibreux n'étaient susceptibles de s'altérer primitivement; il ne reste donc plus comme point de départ possible de ces arthropathies que les synoviales ou les os. » Quant à leur nature, jusqu'ici ces affections ont été regardées comme des maladies ayant un cachet particulier, une physionomie à part : sans doute tout semblerait justifier cette manière de voir; « mais si on remarque, d'une part, que les maladies de la synoviale qui figurent pour une bonne partie dans le cadre des arthropathies ne sont le résultat d'aucune cause spéciale, qu'elles sont au contraire toujours dues, comme les affections des autres séreuses d'ailleurs, à des inflammations, soit aiguës, soit chroniques; que, d'autre part, les tumeurs blanches ayant leur point de départ dans les os, sont, pour la plupart, causées par des ostéites, rarement par les tubercules, le cancer ou autres dégénérescences, on sera naturellement conduit à admettre que l'immense majorité des maladies dont nous nous occupons sont essentiellement de nature inflammatoire à leur origine. Dès lors, le nom d'arthrite, pris d'une manière générale, leur est applicable, puisqu'en dernière analyse la maladie première a presque toujours été ou une synovite, ou une ostéite.

« Qui ne voit tout de suite de quelle importance peuvent être pour le diagnostic, le pronostic et le traitement, les conséquences qui déçoilent tout naturellement de ces données sur la nature et le siège de toute cette classe d'affections, désignées collectivement sous le nom de *tumeurs blanches* ? »

Ces conclusions sont suivies d'une série d'observations accompagnées de réflexions qui forment le complément du mémoire de M. Richet, et qui confirment le plus grand nombre des propositions émises par lui dans son consciencieux travail.

II. *Cure radicale de varicocèle par l'enroulement des veines du cordon spermatique*; par le docteur Vidal de Cassis. — Sous le titre générique de *Miscellanées chirurgicales*, le docteur Vidal publie une série d'articles comprenant quelques vues, quelques pratiques chirurgicales nouvelles. Parmi elles nous nous arrêtons à ce qui concerne la cure radicale du varicocèle, les autres ayant déjà été mentionnées en différents endroits de notre recueil. « Je pense, dit M. Vidal, que les récidives après les opérations ordinaires de varicocèle sont dues au rétablissement trop prompt de la circulation dans les veines du cordon, et au prolapsus du testicule qui persiste.

« J'ai donc conçu et exécuté le projet, non-seulement d'oblitérer, de diviser les veines du cordon spermatique à plusieurs hauteurs différentes, mais encore de raccourcir le cordon spermatique pour produire une véritable ascension du testicule, et cela par une opération bien simple, par une seule ligature. Pour remplir cette double indication, j'enroule les veines du cordon autour de deux fils d'argent, comme le câble est enroulé dans la pièce de bois qu'on appelle cabestan.

Le premier temps consiste à passer un fil d'argent derrière les veines du cordon spermatique : pour cela, une aiguille lancéolée est armée d'un fil d'argent un peu moins fort que le stylet aiguillé de nos trouses. Ce fil est vissé sur un bout de l'aiguille taraudée dans le sens de son axe. L'un et l'autre traversent les bourses, guidés par le pouce et l'index qui ont préalablement opéré une séparation entre les veines et le canal déférent ; celui-ci a été porté en arrière, les veines sont poussées en avant dans un pli de la peau.

Le deuxième temps consiste à passer, avec une même aiguille, un autre fil d'argent en avant des veines afin que ces vaisseaux soient entre deux fils : pour cela, l'index et le pouce qui étaient en arrière des veines sont portés en avant d'elles, et pincement la peau dans ce sens pour y ramener les deux ouvertures par où sortent les deux bouts du fil d'argent déjà placés. En pliant un peu ce fil qui décrit alors un arc à convexité postérieure, on peut rapprocher beaucoup les deux ouvertures. De cette manière on raccourcit et on redresse singulièrement le trajet que le second fil a à parcourir. C'est donc par la même ouverture d'entrée et de sortie qu'on introduit et qu'on retire le second fil. Le fil qui est antérieur aux vaisseaux, une fois placé, on redresse le plus possible le fil postérieur ; l'antérieur alors se courbe un peu : les veines sont donc entre les deux fils qui ont leurs deux extrémités.

Ici commence le troisième temps, il consiste à tordre les extrémités des fils. D'abord la torsion n'agit que sur eux. Les fils forment alors une anse qui contient les veines ; cette anse va toujours en se resserrant. Ce premier mouvement de torsion réduit le plexus veineux à l'état de véritable cordon ; mais, en continuant la torsion

les deux fils se resserrent toujours plus, et tendent à former aussi un cordon ayant une certaine résistance. En tournant sur son axe, ce cordon métallique doit entraîner dans son mouvement de rotation les parties comprises entre les deux fils qui le composent; c'est ainsi que les veines, avec la gaine fibro-celluleuse, s'enroulent sur ce double fil métallique comme la corde sur un cabestan. Or ces veines ont un point fixe du côté de l'abdomen qui ne cède pas, tandis que l'extrémité inférieure de ces vaisseaux fait corps avec le testicule qui peu être mobilisé et déplacé : cet organe est donc porté vers le point fixe, en haut vers l'abdomen. Plus on fait de tours plus le testicule est hissé. La laxité du tissu cellulaire des bourses favorise singulièrement ce mouvement d'ascension du testicule. Il s'est formé une espèce de peloton dont la bobine est représentée par un cordon en argent; les deux bouts de ce cordon sont réunis en avant. On place alors un petit globe de bandes sur la peau qui est entre l'entrée et la sortie du cordon métallique dont les deux bouts sont fixés sur ce tampon par une nouvelle torsion; puis on passe sous ce cordon une sonde cannelée à laquelle on imprime le même mouvement qui fait tourner le compresseur des artères appelé garrot.

Il y a donc : 1° enroulement des veines sur les fils d'argent; 2° compression de ces veines qui sont entre les fils et devant les fils; 3° puis section de ces vaisseaux à divers degrés de hauteur, autant de degrés qu'il y a de tours. On fera bien de laisser les fils couper la peau, car les veines superficielles qui n'appartiennent pas au cordon, et qui rampent entre lui et la peau, seront ainsi comprimées puis divisées, ce qui est une nouvelle chance contre la récurrence. D'ailleurs, les principales veines du cordon, en s'enroulant sur les fils, entraînent avec elles

une foule de tissus, surtout de petites veines qui échappent à une ligature ordinaire : ainsi, tandis que les ligatures sous-cutanées ordinaires ne divisent que les veines principales du cordon, et laissent les deux bouts des vaisseaux en rapport et abouchés entre eux, la ligature de M. Vidal, avec enroulement préalable, ramasse et les veines principales du cordon avec leurs gaines, et les veines qui s'unissent aux diverses enveloppes des bourses, et les veines immédiatement sous-cutanées, celles même qui semblent sillonner le tissu de la peau ; car, il a soin, quand le varicocèle est ancien, quand il y a des veines superficielles variqueuses, de comprendre ces veines dans le pont de peau qui doit être divisé. De plus, tous les rapports des vaisseaux sont changés, et on se met à l'abri du rétablissement de la circulation par abouchement des bouts de ces mêmes vaisseaux.

III. *Tumeur très-volumineuse, occupant la région inguinale; extirpation; guérison;* par le docteur ALEX. COLSON, de Noyon. — Il s'agit d'une de ces tumeurs dont la nature n'est pas toujours facile à préciser d'avance, et que tous les symptômes font regarder à M. Colson comme une tumeur de nature fibreuse. Elle était immobile, très-large, représentait une espèce de cône à sommet tronqué et arrondi, tourné vers la peau, et à base profonde, occupant plus des deux tiers de la région inguinale. Il y avait environ quinze ans qu'elle avait commencé à se développer. L'extirpation fut proposée par M. Colson, et acceptée par le malade, le nommé Pelletier, âgé de quarante-huit ans. Sans décrire ici le manuel opératoire habilement pratiqué par M. Colson, nous nous contenterons de signaler les difficultés qui rendent cette observation en ne peut plus intéressante. En effet, outre le voisinage

dangereux des vaisseaux cruraux, sur lesquels la tumeur était étendue, le chirurgien a eu encore à détruire de larges adhérences avec tous les tissus environnants. Le ligament de Fallope était compris dans son épaisseur, et faisait corps avec elle; les muscles fascia-lata et couturier avaient changé de nature, ils étaient convertis en tissu encéphaloïde, commençaient à se ramollir, et faisaient aussi partie de la tumeur; il fallut couper le couturier en travers, au-dessous de l'endroit dégénéré. Malgré toutes les précautions prises pour éviter l'hémorrhagie artérielle, une branche de la crurale, qui s'était considérablement accrue, parce que sans doute elle était devenue l'artère de la tumeur, fut coupée en travers, donna un jet impétueux de sang vermeil, qui fit croire à une lésion du tronc de la crurale même, dont la ligature fut pratiquée immédiatement, au moyen de l'aiguille de Deschamps. La plaie large et profonde résultant de cette opération ne parut pas à M. Colson susceptible d'une réunion immédiate; elle fut pansée avec du linge fenêtré enduit de cérat, et des boulettes de charpie molle et douce. Des compresses et le spica de l'aine, pratiqué au moyen d'une bande à deux globes, complétèrent l'appareil.

Malgré quelques accidents qui ont fait craindre le développement d'une péritonite, tout est allé à bonne fin, et le malade est sorti de l'hôpital parfaitement guéri, quarante jours après l'opération.

L'examen de la masse morbide a démontré qu'elle était formée en grande partie de tissu squirrheux et encéphaloïde, mêlé à du tissu fibreux, cartilagineux, dans lequel plusieurs plaques osseuses se faisaient aisément reconnaître.

G. VIGNOLO, D. M. P.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX ANGLAIS.

De la ponction du thorax dans les cas de collection de liquide dans la plèvre. — De la paracentèse de la poitrine. — De la ponction du thorax comme moyen curatif dans l'empyème et dans les épanchements inflammatoires de la plèvre — Pleurésie avec épanchement purulent, guérie par plusieurs ponctions du thorax.

De la ponction du thorax dans le cas de collection de liquides dans la plèvre. — La question traitée dans cet article est une des plus controversées et en même temps une de celles dont la solution offre le plus grand intérêt pratique. En France on s'est généralement prononcé pour le rejet de l'opération dans le cas d'épanchement non traumatique. En Angleterre, au contraire, les médecins admettent plus généralement l'utilité de la paracentèse thoracique. On se rappelle que, il y a quelques années, cette question a fait le sujet d'une discussion à l'Académie royale de médecine : chacun apporta des faits pour ou contre, et, il faut le reconnaître, la question ne fit pas un seul pas vers la solution. En 1841, dans sa thèse pour le concours de médecine opératoire, M. Sédillot réunit un assez bon nombre de cas de guérison à la suite de l'opération de l'empyème, et il eût été facile d'en réunir un bien plus grand nombre ; mais, si ces faits prouvent que l'opération peut quelquefois être suivie de résultats favorables, ils ne peuvent servir à faire connaître la valeur

réelle qu'on peut lui reconnaître. Ces faits sont en effet empruntés à un grand nombre d'auteurs différents qui ne nous disent pas par combien d'échecs un pareil succès a été acheté. Il faudrait, pour arriver à une solution satisfaisante de cette question si souvent et jusqu'à présent si infructueusement remise en discussion, des séries de faits qui comprendraient à la fois les succès et les insuccès. Aujourd'hui que le diagnostic des épanchements de la poitrine n'offre plus guère de difficultés, il n'y a plus guère d'erreurs à craindre dans la détermination précise des maladies auxquelles la ponction thoracique pourrait être appliquée. Il reste donc à consulter la voix de l'expérience, et à savoir la comprendre.

Les documents suivants nous paraissent assez intéressants pour que nous ayons cru devoir les mettre sous les yeux de nos lecteurs.

De la paracentèse de la poitrine, par le docteur HUGHES, adjoint de l'hôpital de Guy, et M. COEK, chirurgien adjoint du même hôpital. — Les auteurs, dans ce mémoire fort étendu, examinent avec soin les points suivants : Quel objet doit-on se proposer en pratiquant cette opération ? Quelles sont les indications qui doivent engager à y recourir ? Ils insistent soigneusement sur la valeur d'un diagnostic précis pour décider l'opération, et enfin font connaître le procédé qu'ils ont suivi, et auquel ils attribuent d'avoir pu souvent opérer avec un succès entier, souvent avec un soulagement prononcé, toujours sans mauvais effets pour le malade.

Les maladies pour lesquelles on peut être appelé à pratiquer la paracentèse du thorax sont : l'hydropéricarde, l'épanchement de sang dans la plèvre, le pneumo-thorax, l'hydro-thorax et l'empyème, ou l'épanchement pleuré-

tique chronique. Ils ne s'occuperont pas de l'hydropéricarde, non plus que de l'épanchement de sang ; dans les trois autres affections, ils établissent qu'on ne peut se proposer, en recourant à l'opération, que l'un des trois buts suivants : 1° guérir directement la maladie ; 2° diminuer des accidents pressants ; 3° faciliter la guérison que l'on opère par d'autres moyens.

Pour ce qui est du pneumo-thorax, presque tous les observateurs sont du même avis : l'opération n'offre aucune chance de succès.

L'hydro-thorax n'étant en général qu'un symptôme d'une lésion organique grave, il y a peu de chance d'en obtenir la guérison tant que l'on n'aura pas remédié à l'affection qui le produit : aussi, la ponction ne peut-elle être, dans ce cas, qu'un moyen de procurer au malade un soulagement passager, ou de donner le temps d'administrer et de laisser agir les médicaments convenables pour la guérison ultérieure du mal. Les circonstances qui indiquent la paracentèse thoracique dans l'hydro-thorax sont : une dyspnée croissante, de l'orthopnée, la matité croissante du son des parois de la poitrine à la percussion d'un côté ou des deux côtés, accidents qui ne diminuent pas sous l'influence des médicaments.

Dans l'empyème et dans les épanchements pleurétiques chroniques, l'opération peut être pratiquée avec avantage, même quand l'épanchement est compliqué d'une maladie nécessairement mortelle, comme, par exemple, une phthisie, une suppuration du poumon, ou une affection tuberculeuse du mésentère, quand il existe une dyspnée très-forte, et que le malade est dans un état d'angoisse menaçante. Dans ces cas, l'opération, bien que ne pouvant offrir d'avantage que pour un temps assez court, est tout-à-fait indiquée.

Les indications de l'opération dans l'empyème et dans les épanchements pleurétiques chroniques sont, en premier lieu, la présence d'une quantité considérable de liquide épanché rapidement dans la plèvre ; en second lieu, la gêne très-marquée de la respiration par l'accumulation des liquides ; et, en troisième lieu, la présence d'un épanchement fort abondant chez un sujet dont la constitution ou la santé générale ne permettent pas de confier la guérison à la lenteur du traitement médical.

Le point le plus convenable pour pratiquer la ponction, parait, à M. Coek, être à la partie latérale et postérieure de la poitrine, entre la septième et la huitième, ou entre la huitième et la neuvième côte, à trois pouces environ de l'angle des côtes.

Dans les cas douteux, il est tout-à-fait convenable de faire à la poitrine une ponction exploratrice, soit au moyen d'une aiguille à cannelure, soit au moyen d'un trois-quarts très-fin, recouvert d'une canule déliée, instrument que le docteur Babington a fait construire dans ce but. Quant à l'instrument au moyen duquel on fera la ponction définitive, M. Coek pense qu'il faut donner la préférence à un trois-quarts de deux pouces de long, et d'environ une ligne de diamètre. Un trois-quarts de ce genre procure un écoulement lent et graduel du liquide, et permet d'éviter l'entrée de l'air dans la poitrine, deux points, suivant lui, fort importants.

Les auteurs terminent leur mémoire par deux observations fort détaillées d'opération de l'empyème pratiquée pour des épanchements séreux ou purulents de la poitrine.

La *première observation* a pour sujet un homme de 22 ans, qui, au milieu d'un bon état de santé, fut pris de gêne de la respiration, de toux et de douleur à l'épigastre ;

il portait un épanchement dans le côté droit de la poitrine. La paracentèse thoracique fut pratiquée une première fois le 31 juillet 1843. On retira environ 50 onces de liquide clair et citrin. Le malade éprouva un soulagement marqué; mais les accidents reparurent, et il fallut revenir à l'opération. Elle fut répétée trois fois, et amena chaque fois du soulagement: la première fois on retira 50 onces de liquide, la deuxième fois 40 onces, et la troisième fois 70 onces. Il fallut plus tard faire la paracentèse abdominale, et la renouveler deux fois encore.

Au 6 mars 1844, la poitrine paraît revenue sur elle-même dans tous les sens. Elle est mate à la percussion; on n'entend que faiblement la respiration. L'abdomen est considérablement distendu par du liquide, et il y a un peu d'œdème des jambes.

Deuxième observation. Épanchement pleurétique chez un homme de 27 ans, à la suite d'une pleurésie latente. Pas de douleur, pas de toux, pas de fièvre. Une première ponction fut faite le 1^{er} décembre: on retira 6 onces de sérosité claire et citrine.

Il y eut un peu de soulagement; mais, le 6 janvier, la respiration étant devenue entièrement gênée, l'opération fut répétée, et l'on évacua 16 onces de liquide semblable à celui que l'on avait retiré la première fois. Le soulagement fut beaucoup plus marqué cette fois; les accidents disparurent d'une manière permanente. Il quitta l'hôpital le 30 janvier, en voie de guérison. Il y est rentré le 13 janvier de l'année suivante pour une éruption syphilitique. On a constaté qu'il ne reste pas la plus légère trace d'épanchement.

Troisième observation. Empyème et abcès du poumon déterminés par une fracture des côtes. Le médecin crut reconnaître la présence d'un épanchement de liquide dans

la poitrine. Une ponction exploratrice ne donna lieu à aucun écoulement de liquide. Le malade succomba. A l'autopsie, on trouva un épanchement dans la plèvre droite; cet épanchement, qui s'élevait à trois ou quatre livres, était circonscrit de toutes parts par des adhérences. L'instrument n'avait pas pénétré dans cette espèce de poche; mais il n'avait pas non plus lésé le poumon. Il était venu labourer le diaphragme sans le traverser. Il existait une cavité purulente dans le poumon gauche.

Quatrième observation. Épanchement pleurétique chronique chez une jeune fille de 9 ans. Paracentèse qui n'évacue qu'une fort petite quantité de sérosité. Guérison. (La lecture de cette observation ne laisse aucun doute qu'ici l'opération a été entièrement sans effet).

Cinquième observation. Hydrothorax, ascite, diarrhée, phthisie pulmonaire chez un sujet de 23 ans. Paracenthèse thoracique pratiquée le 29 octobre 1843. Soulagement immédiat, amélioration. La malade sort de l'hôpital le 24 novembre dans un état beaucoup plus satisfaisant. Quinze jours après sa sortie le mieux continuait.

Sixième observation. Hydrothorax et phthisie chez un homme de 40 ans. Ponction de la poitrine. Mort au bout de trois semaines.

Septième observation. Épanchement pleurétique avec phthisie chez un homme de 38 ans. Paracentèse pratiquée le 28 mai 1842, répétée le 4 juin. Soulagement marqué. Mort au bout de onze semaines.

Huitième observation. Empyème chez un homme de 19 ans. Paracentèse. — Expectoration purulente contenant des corps que l'on croit être des fragments d'hydatides. Guérison. Un an après sa sortie de l'hôpital sa santé était excellente.

Neuvième observation. Épanchement pleurétique

chronique avec phthisie chez un sujet de 42 ans. Paracentèse faite le 26 janvier 1844, puis répétée le 3 février. le 9.

Dixième observation. Épanchement pleurétique avec affection tuberculeuse avancée du côté opposé chez un sujet de 25 ans. Paracentèse pratiquée le 15 décembre 1842. Soulagement très-prononcé, mais de peu de durée. Il fallut répéter l'opération le 19. Mort le lendemain matin.

Onzième observation. Épanchement pleurétique chronique chez un sujet de 25 ans. Paracentèse faite le 11 mars 1844. Léger soulagement. L'opération fut répétée le 13; elle amena l'évacuation de plus de 40 onces de liquide. Soulagement marqué. Au moment où l'observation était publiée l'amélioration se soutenait.

A ces onze observations les auteurs en ajoutent, sous forme de tableau, neuf autres qui leur ont été communiqués.

Dans le *douzième cas*, il s'agit d'un homme de 45 ans affecté de pleurésie chronique. La paracentèse procura l'évacuation de 4 livres de liquide. Soulagement marqué, puis guérison.

Treizième observation. Jeune homme de 19 ans. Empyème. Guérison.

Quatorzième observation. Enfant de 9 ans. Empyème. Guérison.

Quinzième observation. Enfant de 8 ans. Empyème. Guérison.

Seizième observation. Homme de 48 ans. Hydrothorax compliquée de pneumonie chronique. Amélioration notable. Mort trois mois plus tard avec une hydro-pisie générale.

Dix-septième observation. Homme de 25 ans. Pneumo-

thorax avec épanchement, pneumonie et péricardite. Opération pratiquée *in extremis*. Mort au bout de trente-six heures.

Dix-huitième observation. Sujet de 45 ans. Pneumothorax avec épanchement, phthisie. L'opération procure beaucoup de soulagement. Mort 2 mois plus tard par suite des progrès de la phthisie pulmonaire.

Dix-neuvième observation. Femme de 30 ans. Phthisie, pneumothorax avec épanchement. Opération suivie d'un grand soulagement. Mort, deux ou trois mois après, des progrès de l'affection tuberculeuse.

Vingtième observation. Hyarothorax chez une femme de 50 ans. L'opération ne procure qu'un soulagement peu marqué. La mort arrive assez subitement six jours après, alors que l'on pensait à répéter la ponction. Il existait une accumulation de liquide de l'autre côté.

(*Guy's Hospital Reports*, n° 3, avril. 1844, p. 48)

De la ponction du thorax comme moyen curatif dans l'empyème et dans les épanchements inflammatoires de la plèvre, par le docteur HAMILTON ROE, médecin de l'hôpital de Westminster. — Dans la séance du 23 avril 1844, le docteur Hamilton Roe a lu à la société médico-chirurgicale de Londres un long mémoire pour prouver l'utilité de cette opération. Il s'appuie à la fois sur les faits publiés et sur vingt-quatre faits observés par lui. Il repousse l'opinion qui admet que la paracentèse thoracique n'offre que des avantages contestables, que le liquide ne tarde pas à s'accumuler de nouveau après qu'il a été retiré, que la fréquente répétition de la paracentèse ne remédie que pour un moment à des symptômes accessoires, et enfin, que les faits rassemblés sont tout-à-fait

contraires à l'opération. Sa propre expérience porte l'auteur à se faire, sur ce sujet, une opinion tout-à-fait opposée. Des vingt-quatre faits observés par lui il tire les conclusions suivantes : l'opération est une des moins graves et des moins dangereuses que l'on puisse pratiquer ; les dangers qu'on lui attribue sont plus imaginaires que réels ; elle est en général suivie de succès quand on y a recours à une époque peu avancée de la maladie, et qu'il s'agit d'un épanchement pleurétique ou d'un empyème ; le mauvais succès que l'on a souvent à regretter à la suite de son emploi doit être attribué à ce que l'on y a recours à une époque trop avancée.

L'auteur pense que la soustraction d'une partie du liquide épanché a pour effet de faciliter l'absorption de celui qui reste. A l'appui de cette opinion il rapporte un fait d'épanchement pleurétique chronique qui depuis longtemps résistait au traitement employé sans qu'on eût constaté la plus légère diminution du liquide épanché. Il fit une ponction par laquelle il retira une petite quantité de liquide afin de diminuer la pression mécanique sur les vaisseaux absorbants, et de leur rendre le libre exercice de leur fonction. Ce moyen réussit, et l'absorption suffit pour faire disparaître la quantité considérable de liquide laissée dans la poitrine.

Quant aux dangers supposés de l'opération, l'auteur n'a pu rencontrer un seul cas dans lequel elle ait eu une influence fâcheuse. Dans sa pratique il n'a jamais pris aucune précaution pour empêcher l'entrée de l'air dans la plèvre, et jamais il n'a observé qu'il en résultât de l'inconvénient. Dans un cas, et c'est le seul de ce genre qu'il ait observé, où l'air ne fut pas absorbé dans un temps aussi court que d'habitude, il fut très-facile de le retirer par aspiration au moyen d'une seringue ; mais, bien que

l'entrée de l'air au moment de l'opération lui ait toujours paru sans inconvénient, il n'en était pas de même dans les cas où l'air entrait d'une manière continue, comme lorsqu'il s'était établi une fistule pleurale : aussi recommande-t-il de fermer immédiatement la plaie.

L'auteur pense qu'on ne doit pas laisser s'écouler plus de trois semaines avant de pratiquer l'opération. Un plus long temps permet aux altérations, qui sont la suite de l'inflammation et de l'épanchement, de se produire, et l'opération est loin d'être alors aussi utile. Au nombre de ces altérations, il signale surtout celles qui siègent dans la plèvre pulmonaire et dans le tissu cellulaire sous-pleural, altérations qui s'opposent invinciblement à la dilatation ultérieure de l'organe.

M. Hamilton-Roé a pratiqué vingt-quatre fois la paracentèse thoracique : il a eu six morts et dix-huit guérisons. Neuf de ces cas étaient des empyèmes, c'est-à-dire des épanchements de pus. Huit sont guéris, un seul est mort. Dans treize cas il s'agissait d'épanchement pleurétique non purulent. Neuf malades guérirent, quatre succombèrent. Une fois il y eut hydrothorax dépendant d'une affection du cœur. L'opération procura un soulagement notable. Et enfin, dans le vingt-quatrième fait, il s'agissait d'un pneumothorax : la terminaison fut fatale.

L'auteur termine par quelques remarques sur les signes propres à faire distinguer si l'épanchement est purulent ou simplement séreux. Il adopte l'opinion de plusieurs auteurs anciens, renouvelée récemment par le docteur Stokes, que la saillie des espaces intercostaux indique le caractère purulent de l'épanchement. Suivant lui, cette saillie des espaces intercostaux ne dépend nullement de la quantité plus ou moins grande de l'épanchement. Ainsi il a vu des épanchements extrêmement considérables ne

point s'accompagner de ce phénomène, tandis que dans d'autres cas on le remarquait d'une manière très-prononcée, alors que la quantité de liquide était peu considérable.

Pleurésie avec épanchement purulent, guérie après plusieurs ponctions du thorax, par le docteur Théophilus Thomson, médecin de l'hôpital pour la phthisie et les maladies de poitrine. — Dans la même séance de la société médico-chirurgicale de Londres, le docteur Thomson a lu cette observation dont voici un abrégé :

Le sujet était un petit garçon de 5 à 6 ans qui, depuis deux mois, avait de la fièvre et chez lequel existaient les signes d'un épanchement de pus dans le côté droit de la poitrine. La paracentèse du thorax fut pratiquée le 27 juin 1843. On fit une ponction dans le quatrième espace intercostal, et on retira 14 onces de liquide, en prenant toutes les précautions pour empêcher l'entrée de l'air. Le 30 juin, l'opération fut répétée, et on évacua une livre de matière purulente. Le soulagement, bien que très-marké, ne fut pas de longue durée; et le 10 juillet il fallut recourir de nouveau à l'opération: on donna issue à 20 onces de pus. Une quatrième opération fut faite le 21 juillet, et on évacua 22 onces de pus épais, mais non fétide. L'enfant commença, à partir de ce moment, à prendre des forces. L'excès d'amplitude du côté droit (côté malade) sur le côté gauche (côté sain) diminua notablement. Le 28 juillet, la plaie de la dernière opération qui était complètement cicatrisée s'ouvrit spontanément, et laissa écouler environ quatre onces de pus dans les 24 heures. Au bout de trois jours, l'écoulement cessa de lui-même; mais il se forma en arrière une petite tumeur qui s'ouvrit et fournit un écoulement de pus. Le 16 août, les

deux ouvertures fournissaient encore du pus ; mais l'état général du petit malade continuait à s'améliorer. Au mois de septembre il put sortir. Au mois de novembre, le côté droit était progressivement revenu sur lui-même, au point d'avoir un pouce et demi de moins que le gauche en circonférence. La plaie étant venue à se fermer en partie, il en résulta une aggravation des symptômes. On s'attacha à la tenir ouverte au moyen de tentes. La cavité diminua progressivement et fournit chaque jour moins de liquide. Vers la fin de janvier on laissa se fermer l'ouverture, et aujourd'hui l'enfant est parfaitement guéri.

L'auteur remarque qu'il faut établir une grande distinction entre les épanchements séreux et les épanchements purulents de la plèvre. Les premiers peuvent être résorbés ; mais il n'y a pas d'espoir que les épanchements purulents puissent l'être. Aussi ne faut-il pas perdre du temps à essayer des moyens médicaux. Il faut de bonne heure recourir à la paracentèse. Suivant lui, la ponction du thorax n'offre aucun danger spécial, pourvu qu'on prenne les précautions convenables. De ce nombre il range le soin de ne point vider la poitrine en une seule fois, mais de répéter l'opération plusieurs fois. Il blâme surtout la pratique qui consiste à laisser dans la plaie une canule. En pareille circonstance, le contact prolongé de l'air atmosphérique augmente l'inflammation de la membrane séreuse, et surtout favorise la décomposition putride du liquide qui reste encore dans la plèvre.

Les communications des docteurs Hamilton-Roé et Théophilus Thomson ont soulevé, à la Société médico-chirurgicale de Londres, une assez vive discussion. Il n'est presque pas une de leurs propositions qui n'ait été combattue.

Au nombre des adversaires les plus prononcés de l'opé-

ration se trouvait le docteur Williams, bien connu par ses travaux sur les maladies de poitrine, sur les bruits du cœur, etc. Ce médecin l'a vue pratiquer fréquemment, mais toujours sans succès. Il la rejette d'une manière à peu près absolue pour les cas d'épanchement pleurétique séreux. Mais il ne serait pas aussi absolu dans les cas d'épanchement purulent. Il pense que la saillie des espaces intercostaux est un signe qui appartient à ce dernier genre d'épanchement : le diagnostic se trouve du reste éclairé par les symptômes généraux, fièvre hectique, rapidité du pouls, figure cachectique, phénomènes qui appartiennent plus spécialement aux accumulations du pus.

M. Philips, chirurgien de l'hospice de Sainte-Marylebone, a été appelé quinze ou seize fois à pratiquer l'opération de la paracentèse thoracique; mais il n'en a jamais vu résulter d'avantages réels. Après cinq ou six mois, pas un des opérés n'était en vie.

M. Arnolt, chirurgien de l'hôpital de Middlesex, est au contraire favorable à l'opération. Il l'a pratiquée plusieurs fois à la demande de ses collègues les médecins de l'hôpital de Middlesex, quelquefois sans succès, il est vrai, mais quelquefois aussi avec succès, et cela dans des cas où, sans cette opération, les malades eussent promptement succombé.

M. Stanley, chirurgien de l'hôpital Saint-Barthélemy, se prononce aussi pour l'opération. Il l'a pratiquée cinq fois : trois fois avec succès, et deux fois le résultat fut malheureux.

(*London medical Gazette*. 1844, n° 31,
p. 166).

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT DE FRANCE.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Juillet 1844).

Cystite cantharidienne. — Diabète sucré. — Renouveaulement et régénération du Vaccin. — Amputation de l'épaule. — Dépuration des eaux potables.

SÉANCE DU 1^{er} JUILLET. — *Cystite cantharidienne.* — M. Morel-Lavallée lit un travail intitulé : *Vésicatoire dans la vessie, ou fausses membranes développées à la surface interne de ce viscère sous l'influence des cantharides appliquées à la peau.* Quoique le plus souvent les cantharides appliquées à la peau n'aient aucune influence sur la vessie, il est des cas où elles y exercent leur action absolument comme si l'on eût posé un vésicatoire à la surface interne de ce viscère. Cette différence paraît tenir à des causes individuelles. La grandeur du vésicatoire paraît avoir une influence considérable sur la production des accidents vésicaux. Dans tous les cas où ils ont été les plus marqués, le topique était très-large, quelquefois monstrueux. Dans les trois cas cités par M. Morel, de tous les vésicatoires qui ont agi sur la vessie, un seul avait été appliqué aux environs de cet organe, à l'hypogastre, les autres l'avaient été le plus loin possible, à la poitrine et à la tête.

Les caractères anatomiques de cette affection consis-

tent dans l'état de la vessie et dans les produits que sécrète sa surface enflammée. Les fausses membranes, dont la grandeur varie de celle d'une pièce de 50 cent. à celle d'une moitié de carte à jouer, et l'épaisseur de 1 à 3 millim., ont les bords irréguliers et frangés. Les petits lambeaux sortent les uns en pelotons, les autres en rouleaux. Les premiers sont d'un aspect rose-grisâtre, muqueux et à peu près semblables sur leurs deux faces, parsemés de stries de sang, mous, peu résistants et d'une texture à peine fibreuse, se réduisant en lames parcheminées et se durcissant à l'alcool. Les seconds, les plus considérables, sont d'un blanc mat d'un côté et rose de l'autre, fermes, élastiques, résistants, et d'une trame composée de faisceaux blanchâtres entrecroisés; ils présentent le même aspect d'organisation que la couenne d'un caillot sanguin. Il n'a remarqué de l'albumine dans les urines que dans un cas.

Il est à remarquer que dans tous les cas rapportés par l'auteur, les vésicatoires étaient camphrés, circonstance qui diminue beaucoup la confiance que l'on accorde à ce préservatif.

Quant au traitement, l'auteur conseille d'abord l'enlèvement de tout emplâtre cantharidé, puis des injections émoullientes dans la vessie.

SÉANCE DU 8 JUILLET. — *Diabète sucré guéri par les alcalis et les sudorifiques.* — MM. Mialhe et Contour communiquent une observation relative à un cas de diabète sucré qu'il ont traité et guéri par l'usage des alcalis et des sudorifiques. Le sujet est un homme de 43 ans, chez lequel les premiers symptômes de la maladie se manifestèrent à la suite d'un flux hémorrhoidal des plus abondants. La présence du sucre dans les urines avait été

constatée depuis dix-huit mois : la quantité en était de 45 grammes par litre. La faiblesse du malade était extrême, la transpiration nulle, et le besoin de la défécation ne se faisait jamais sentir. Le malade a été mis à un régime très-animalisé, à l'usage des bains de vapeur et de la flanelle. On lui a fait prendre pendant huit jours le mélange suivant : bi-carbonate de soude, 4 grammes; magnésie calcinée, 4 grammes. Au bout de huit jours, la dose du bi-carbonate de soude fut graduellement augmentée et portée successivement à 6, 8, 10 et 12 grammes, la dose de la magnésie restant toujours la même.

Sous l'influence de ce traitement, la quantité de sucre a été toujours en décroissant dans les urines; aujourd'hui elles n'en présentent plus aucune trace, quoique le sujet prenne du lait, du pain, des fruits, etc. et ses forces, ainsi que toutes ses fonctions, sont complètement rétablies.

Les auteurs de cette observation expliquent la guérison, dans ce cas, par ce fait que l'un d'eux avait déjà fait connaître dans un précédent travail, savoir: que, sous l'influence des alcalis, l'assimilation du sucre est devenue possible, l'affection diabétique ne consistant pas dans une saccharification stomacale outrée, mais dans un défaut d'assimilation du sucre provenant des aliments. Ce défaut d'assimilation tiendrait lui-même, selon ces messieurs, à ce que le sang des diabétiques ne contient pas la proportion d'alcali libre ou carbonaté nécessaire pour opérer la décomposition du sucre.

Renouvellement et régénération du vaccin. — M. le docteur James lit un travail ayant pour titre : *Notes sur l'ancienne et la nouvelle vaccine et sur l'application de la vaccination naturelle par le moyen du virus repris*

sans cesse sur l'espèce bovine au moment même de l'inoculation.

L'auteur commence par rappeler les travaux auxquels il s'est livré depuis 1827, dans le but de réformer la pratique de l'ancienne vaccination dite de bras à bras. C'est ainsi que, le premier, il a inoculé des génisses avec le vaccin pris sur le bras d'un enfant, et qu'il a constamment régénéré de cette manière le virus, en le reprenant sur ces génisses au degré d'énergie voulu. Il se livre ensuite à une critique du mode d'opérer suivi par MM. Magendie et Fiard, et indiqué par ce dernier dans la communication qu'il a faite récemment devant l'Académie. Quand il s'agit, dit-il, de porter du vaccin naturel sur l'espèce humaine, c'est directement de la vache qu'il faut le prendre; il faut recueillir du virus dans les pustules assez récentes encore pour que l'inoculation réussisse.

La régénération de la vaccine, telle que M. James conseille de la pratiquer, consiste à reporter, des bras des enfants sur des génisses, du vaccin usé par un nombre de transmissions déterminé, en sorte que la vaccination puisse toujours se faire en reprenant le vaccin après qu'il a ainsi passé de nouveau dans la circulation de la vache. Ce moyen, suivant M. James, permet de conserver constamment le vaccin au degré d'énergie nécessaire pour garantir dans tous les cas contre la variole, en évitant les accidents qui pourraient résulter de la trop grande force d'un vaccin repris à sa source naturelle. La même génisse peut servir à la vaccination naturelle d'un très-grand nombre d'individus. Une seule vache a suffi, l'année dernière, pour vacciner à Belleville, à La Villette, à La Chapelle et dans deux régiments.

En résumé, M. James distingue le *renouvellement* et la *régénération* du vaccin. Le renouvellement a lieu quand

on prend le vaccin sur une vache atteinte du cowpox naturel; et, dans ce cas, outre que l'inoculation échoue souvent, elle peut donner lieu à des boutons qui se développent et s'enflamment avec excès. Aussi M. James préfère-t-il toujours le vaccin régénéré par le transport du bras de l'enfant à la génisse, sur laquelle on le reprend ensuite.

SEANCE DU 25 JUILLET. — *Amputation de l'épaule.* — M. Rigaud, professeur à Strasbourg, envoie à l'Académie le moule en plâtre d'un scapulum qu'il a enlevé, avec une portion de la clavicule, sur un homme âgé de 54 ans. Il joint à cet envoi une note dans laquelle il fait connaître les particularités qu'a présentées cette opération. Le sujet de cette observation, ancien grenadier de la garde impériale, portait, en 1841, une tumeur à la partie supérieure du bras gauche, pour laquelle M. Rigaud dut faire et fit, en effet, l'amputation de l'articulation scapulo-humérale. La plaie résultant de l'opération guérit, et le malade fut bien portant pendant huit mois; mais au bout de ce temps on put constater dans la région axillaire la présence d'une tumeur osseuse qui paraissait naître et qui naissait, en effet, comme on put s'en convaincre plus tard, de l'angle antérieur du scapulum. M. Rigaud jugea, pour des motifs exposés dans son travail, qu'il était nécessaire d'enlever le scapulum tout entier avec l'extrémité externe de la clavicule. Cette laborieuse opération ayant été exécutée avec un plein succès dans le courant de l'année 1842, le malade fut rétabli au bout de deux mois, et n'a pas cessé depuis de jouir d'une bonne santé.

SEANCE DU 22 JUILLET. — *Dépuration des eaux potables.* — M. Bouchardat a fait sur la dépuration des eaux

fétides des expériences et des observations dont il rend compte à l'Académie dans une note dont nous extrayons les passages suivants : On avait déjà remarqué que des eaux putrides qui avaient perdu complètement leur odeur et leur saveur en passant sur des filtres de charbon et de sable, n'étaient point privées pour cela de toutes les matières organiques qu'elles contenaient, et qu'elles se putréfiaient de nouveau après quelques jours. M. Bouchardat s'est proposé de rechercher la cause de ce phénomène. Voici le résultat des expériences qu'il a instituées à cet effet. L'eau de l'égout de la rue St-Jacques, qui avait une saveur repoussante, fut filtrée sur des couches de sable et de charbon ; après cette opération elle avait une limpidité absolue et une saveur ordinaire. C'était de bonne eau potable quoique retenant encore beaucoup de matières organiques en dissolution, qui resta plus d'un mois sans perdre sa limpidité ; peu à peu il apparut dans cette eau quelques flocons d'une matière verdâtre qui envahirent la plus grande partie du flacon et qui se couvrirent de bulles de gaz.

De l'eau qui avait pris une odeur infecte par suite de la macération de viande putréfiée, fut filtrée avec le plus grand soin sur le filtre de sable et de charbon ; sa limpidité était absolue et sa saveur n'était pas désagréable ; pendant les six premiers mois elle resta limpide quoiqu'elle contint beaucoup de matières albumineuses en dissolution ; il se forma peu à peu à sa surface quelques flocons blanchâtres qui finirent par s'agglomérer en une membrane mucilagineuse demi-transparente, composée d'algues microscopiques mélangées d'infusoires. Aujourd'hui, après cinq ans de conservation, la saveur de cette eau n'est pas désagréable.

Dans une dernière série d'expériences, M. Bouchardat

avait fait macérer dans de l'eau de la chair putréfiée et des œufs. L'eau infectée qui en résulta fut parfaitement filtrée et épurée sur un filtre de sable et charbon; sa limpidité était également absolue; mais après deux mois de conservation elle se troubla, il s'y forma peu à peu de fines membranes d'une couleur brune. Cette eau prit et possède encore aujourd'hui une odeur extrêmement prononcée d'hydrogène sulfuré.

Ces observations prouvent que lorsque des eaux infectes ont été dépurées au travers de filtres de charbon, si la filtration n'est pas parfaite, s'il reste des matières en suspension en même temps que des substances organiques en dissolution, elles se corrompent de nouveau très-rapidement; si au contraire la filtration est parfaite, s'il n'existe aucune *matière organique en suspension*, les eaux peuvent, quoique retenant des matières organiques en dissolution, se conserver très-longtemps.

La conséquence naturelle de ce fait, c'est que lorsqu'on voudra conserver des eaux dépurées, il est indispensable que la filtration soit parfaite et que ces eaux soient exemptes de toute matière organique en suspension.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

(Juillet 1844.)

Lithotriteur. — Sonde évacuatrice. — Suite de la discussion sur les ophthalmies. — Morve aiguë. — Ablation de la rate. — Fistule vésico-vaginale. — Arsenic des terrains de cimetières.

SÉANCE DU 25 JUIN. — *Lithotriteur; sonde évacuatrice.*
— M. Guillon adresse un perfectionnement du lithotri-

teur de M. Heurteloup, qu'il emploie depuis plusieurs années et qui présente, suivant lui, des avantages réels.

Avec cet instrument, il obtient ordinairement en une seule séance des résultats qui, avec d'autres brise-pierres, en nécessiteraient quatre ou cinq.

Le *levier* que présente son armature, et à l'aide duquel on exécute la *pression*, seule, ou combinée avec la *percussion*, permet également de recourir alternativement à l'un et à l'autre mode d'action. Ce levier opère avec une très-grande rapidité le broiement de calculs susceptibles d'être détruits de la sorte, et le chirurgien peut facilement apprécier le degré de force qu'il emploie; ce qu'on ne peut faire avec les différentes espèces d'écrus ou avec le pignon.

La pièce centrale, nommée *évacuateur*, et qui est un double fond mobile, sert à le débarrasser très-prompement et facilement du détritit qui s'accumule dans la branche femelle, sans qu'il soit nécessaire pour cela de le retirer de la vessie. Cet évacuateur, en faisant tomber dans le réservoir de l'urine les portions de calcul qui se trouvent entre les mors des brise-pierres, rend à celui-ci son volume primitif, avant qu'on ne le retire.

Les reproches réellement fondés qu'on fait à la lithotritie sont les suivants :

1° Un grand nombre de séances, avec les brise-pierres généralement employés, est nécessaire pour broyer un calcul assez dur et d'un certain volume ;

2° On déchire toujours plus ou moins la membrane muqueuse qui tapisse le col de la vessie et l'urèthre, en retirant un lithotriteur rempli de détritit et de fragments de calculs dont les pointes font saillie de chaque côté de son bec ;

3° C'est cette extraction, qu'on est obligé de renouve-

ler six à huit fois par séance avec les brise-pierres en usage qui détermine la grande majorité des accidents qu'on observe à la suite de cette opération.

C'est dans l'espoir d'éviter ces inconvénients que M. Guillon a fait exécuter son lithotriteur, qui n'exige *ni aides, ni support, ni aucun moyen contentif*.

Il demande qu'on désigne une commission devant laquelle il emploiera son instrument.

M. Guillon joint à cette lettre une des sondes évacuatrices dont il se sert pour favoriser la sortie des détritns. (Commissaires : MM. Amussat, A. Bérard et Blandin).

SÉANCE DU 9 JUILLET. — *Suite de la discussion sur les ophthalmies.* — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les ophthalmies.

M. Gerdy reprend son argumentation. Après avoir parlé un quart-d'heure, voyant qu'il n'aurait pas le temps de terminer, il cède la place à M. Rochoux, inscrit après lui.

M. Rochoux monte à la tribune et lit le discours suivant :

Messieurs, la discussion sur les tumeurs fibreuses de la mamelle a donné lieu à un voyage de grande circumnavigation où l'on a parlé à peu près de tout, excepté de ce qui était en question, c'est-à-dire de l'existence de ces mêmes tumeurs, laquelle est restée aussi problématique après qu'avant. Dans la crainte de voir arriver quelque chose de semblable, j'avais demandé la clôture de la discussion ophthalmologique. Aujourd'hui je viens parler pour en abrégier la durée, s'il est possible.

Un de nos collègues disait, en sortant de la séance où mon avis fut rejeté, que la discussion actuelle était du plus haut intérêt; un autre, au contraire, assurait qu'elle

ne conduirait à rien. Vous me permettrez de n'être ni de l'une ni de l'autre opinion. A mon sens, cette discussion se bornera tout simplement à bien montrer l'évidence d'une donnée de pathologie générale dont tout bon élève de seconde année doit être imbu, savoir : 1° les causes du mal ; 2° les parties de l'organe sur lesquelles porte l'action de ces mêmes causes. Mais avant d'établir cette thèse, si facile à soutenir, il me faut traiter une première question élémentaire, et dire quelques mots des espèces en pathologie.

M. Gerdy ne veut les admettre qu'avec de grandes restrictions. Il a raison ; mais à condition de traiter de même les espèces de l'histoire naturelle, ce qui découle d'un principe qu'il me sera facile d'établir en peu de mots.

D'anciens philosophes, dans les opinions desquels nous sommes encore englués, Platon en tête, admettaient des types, des prototytes, des archétypes, et une foule d'autres chimères parmi lesquelles figuraient très-bien les genres et les espèces. Cette manière fantastique d'envisager la nature est encore en grande faveur en Allemagne, si l'on en peut juger par Schelling. Malgré cela, ou plutôt à cause de cela, elle est, on peut le dire hardiment, en opposition directe avec la vérité. Un coup d'œil jeté sur le principe fondamental de la philosophie naturelle, la seule qui puisse trouver accès dans cette enceinte, vous en convaincra facilement.

Si l'atome a une existence réelle, ce que personne ne saurait nier, il n'existe radicalement que des individus. Et comme tout ce qu'il nous est donné d'observer ne peut être que des agrégations, on voit qu'en définitive il n'y a dans l'univers que des individus fonctionnant chacun à sa manière, et par conséquent, ni genres, ni espèces, ni

variétés. Voyez, par exemple, les trois règnes de la nature. On les a déjà généralement réduits à deux : le règne organique et le règne inorganique. Bientôt, sans aucun doute, on reconnaîtra d'une façon non moins unanime que ces deux règnes se réduisent à un, comme l'a proclamé, il y a plus de deux mille ans, le seul philosophe de l'antiquité vraiment digne de ce nom, en annonçant au monde stupéfait que les êtres sensibles sont uniquement formés par des matériaux insensibles ou inorganiques.

Cette manière virile de faire main-basse sur les espèces, qui causent un si vil chagrin aux néo-platoniciens, aux cartésiens, aux éclectiques, est unanimement adoptée par tous ceux qui, de près ou de loin, tiennent à la philosophie. Ainsi, Condillac, qui assurément n'était pas un aigle, déclare très-explicitement « qu'il n'existe dans la « nature que des individus. » Est-ce à dire, pour cela, qu'il faille bannir de nos études les genres et les espèces ? Non, très assurément ; car, même en considérant toutes les méthodes de classification comme artificielles, comme une œuvre de notre esprit, il faut bien vite reconnaître qu'elles sont d'une indispensable nécessité. Aussi n'ont-elles jamais cessé d'être employées, tout en subissant de grands changements, à mesure que nos connaissances faisaient des progrès : nouvelle preuve que ces classifications n'ont aucune réalité par elles-mêmes. Il s'ensuit, en outre, qu'elles peuvent s'appliquer à la pathologie comme à toute autre partie des sciences naturelles ; et que les espèces pathologiques ne sont ni plus ni moins vraies que les autres, bien que ce ne soit pas tout à fait là l'opinion de M. Gerdy.

Cette première question élémentaire traitée, j'en viens à la seconde.

Toute la pathologie repose sur ce fait, sans exception,

qu'une même cause morbide affecte différemment des organes dont la structure diffère, et que des causes différentes agissent sur le même organe d'une manière différente. Ainsi l'inflammation, en la supposant la même dans sa nature, affectera différemment la plèvre, le poumon, le cerveau; tandis qu'un même organe, le réseau muqueux de la peau, par exemple, souffrira différemment, sera différemment affecté dans l'érysipèle, la rougeole, la variole, la scarlatine, la miliaire, etc., parce que, dans chacun de ces cas, c'est une cause différente qui agit sur lui. En pourrait-il être autrement pour l'œil et ses diverses parties? Poser la question, c'est la résoudre; mais, établir par là, sans réplique, que des distinctions plus ou moins nombreuses sont commandées par rapport à l'ophtalmie, ce n'est pas avoir résolu la question de détails, d'application pratique. Autant la première s'élève au-dessus des contestations, autant cette dernière y est exposée. Vous allez voir combien cette assertion est vraie.

Si l'on demandait aux dix praticiens qui, parmi nous, ont le mieux étudié les maladies des yeux, un traité d'ophtalmologie, ou si plutôt on adressait la même demande aux dix hommes les plus habiles de France, voire même de l'Europe entière, ils vous demanderaient sans doute, à leur tour, au moins une année pour remplir leur tâche. Eh bien! supposons que dans un an les dix mémoires vous arrivent; je ne crois pas beaucoup hasarder en assurant que dans tous on verra l'ophtalmie classée par rapport à ses causes et aux parties de l'œil affectées; mais qu'aucun de ces ouvrages ne s'accordera avec un autre par rapport à la classification des diverses espèces d'ophtalmies. Or, bien certainement, vous ne ferez pas en cinq ou six séances de discussion ce que dix hommes spéciaux, travaillant chacun de son côté, ne pourraient

exécuter en une année de travail soutenu. Convaincu que, dans la circonstance actuelle, les faits de détail sont très-difficiles pour ne pas dire impossibles à bien établir, je me rabattraï sur une troisième donnée générale, une troisième question élémentaire soulevée dès le premier jour par M. Velpeau.

Notre savant collègue rejette avec raison l'existence du virus scrofuleux. Il ne veut pas davantage entendre parler du vice scrofuleux. Soit ; je ne m'y oppose pas. Mais il admet un tempérament scrofuleux. Or, en cela je ne puis plus être de son avis. En effet, s'il y a quelque chose de bien établi en médecine, c'est que le tempérament, bien que disposant souvent aux maladies, n'est pas par lui-même un état pathologique. Il n'en est pas de même pour les conditions dans lesquelles se trouve un scrofuleux ; elles constituent un état vraiment pathologique. On lui donnera le nom qu'on voudra, pourvu qu'on ne l'appelle pas tempérament scrofuleux. Je n'ai rien de plus à dire sur ce point. J'ajouterai seulement que chez les sujets qui présentent les conditions morbides dont il s'agit, l'ophtalmie se montre avec des caractères particuliers. Pareille chose se montre chez les sujets atteints d'ophtalmie syphilitique : ce qui faisait dire l'autre jour à M. Lagneau, qu'en regardant seulement l'œil d'un de ses malades il était sûr de reconnaître souvent la nature spéciale de l'affection.

Maintenant, un mot sur les faits de détail, malgré mon peu de disposition à vous en entretenir. M. Bérard m'en fournira l'occasion ; il pense que l'affection du corps ciliaire doit donner lieu à des symptômes particuliers. C'est aussi mon avis, et voici sur quoi je me fonde :

Ainsi que plusieurs anatomistes l'ont déjà dit, le corps ciliaire est un véritable ganglion ; au moins m'a-t-il tou-

jours présenté au microscope tous les caractères du tissu nerveux. Il se continue manifestement avec la lame antérieure, entièrement nerveuse aussi, celle de l'iris, dont la lame postérieure est une continuation des procès ciliaires, comme elle, d'une structure purement nerveuse. A la petite circonférence de l'iris, ces deux lames s'unissent par des anses anastomotiques qu'il est très-facile de voir chez le lapin. Partout ailleurs, elles sont séparées l'une de l'autre par un lacis vasculaire non interrompu, qui forme une troisième couche ou lame différente des deux autres. Or, si un organe aussi spécial n'avait pas une manière spéciale de souffrir, il ne resterait pas à la pathologie un seul principe sur lequel elle pût s'appuyer avec confiance. Mais rien de pareil, fort heureusement, n'est à redouter. Loin de là, le fait dont M. Gerdy a cru pouvoir se faire un appui doit, comme une foule d'autres, nous convaincre qu'il est indispensable, malgré la difficulté de la tâche, d'établir des distinctions nombreuses en ophthalmie. Aussi leur nombre va-t-il toujours croissant, et voyons-nous dans cette circonstance, comme dans toutes celles qui se rattachent à l'étude des sciences naturelles, la victoire, c'est-à-dire la vérité, toujours être du côté de ceux qui distinguent le plus et le mieux.

Condillac, à qui l'on peut sans doute à bon droit refuser une grande portée, mais non pas une grande justesse d'esprit, enseigne qu'un livre bien fait doit être le développement d'une proposition. Si cela est vrai d'un ouvrage de longue haleine, ce doit l'être à plus forte raison pour un discours ou pour une dissertation scientifique d'une petite étendue. D'après cela il doit être facile à quiconque possède bien son sujet, de reproduire à la fin, en manière de conclusion, la proposition qui lui sert de base.

Pour ma part, je ne serais pas fâché de voir nos discours

soumis à une épreuve que plus d'un beau parleur a pu trouver difficile à supporter, en s'entendant dire par Napoléon, pressé d'en finir : *Quelle est votre conclusion?* Sa majesté aimait aussi à dire que la répétition est la plus éloquente des figures de rhétorique. Par toutes ces raisons, vous me permettez, j'espère, de répéter la proposition sur laquelle repose ma petite dissertation : La vérité est toujours du côté de ceux qui distinguent le plus et le mieux.

SÉANCE DU 9 JUILLET. — *Morve aiguë communiquée du cheval à l'homme par morsure.* — M. Landouzy : Il s'agit d'un vigneron qui s'aperçut, quinze jours après avoir acheté un cheval, en janvier 1843, que l'animal était atteint de la morve. La maladie fut communiquée à un âne qui habitait la même écurie. Pour ingérer des boissons et des médicaments à son cheval, le vigneron écartait violemment les mâchoires de son cheval à l'aide d'une corde. Un jour, la corde casse, et les mâchoires, se refermant brusquement, font une blessure à la joue du vigneron. Deux jours après, c'était le 20 décembre, tous les accidents de la morve aiguë se manifestent : éruption pustuleuse, jetage très-abondant, dyspnée, matité des poumons, diminution du murmure respiratoire, abcès, etc., et, au milieu de tous ces symptômes, un phénomène non encore décrit, savoir, l'opacité des cornées. Le malade mourut le 2 janvier. A l'autopsie, on trouve une éruption abondante sur le thorax et l'abdomen, les bronches couvertes d'une éruption miliaire, le poumon criblé d'abcès, le foie et la rate manifestement augmentés de volume ; dans les intestins une éruption miliaire au-dessous et au-dessus du cœcum, et dans le cœcum lui-même sept ulcérations, altération non encore décrite.

En résumé, cette observation est remarquable par les circonstances suivantes : 1° inoculation de la morve par morsure ; 2° parmi les symptômes, opacité de la cornée ; dans les altérations anatomiques, les ulcérations du cœcum.

M. Nacquart demande si l'on n'a pas cautérisé la morsure, et pourquoi on ne l'a point fait. Il regrette qu'on n'adopte pas cette pratique pour des morsures faites par des chevaux morveux comme on le fait pour les morsures des chiens enragés.

M. Landouzy : Le malade en question a été cautérisé avec le beurre d'antimoine ; mais, comme il n'a appelé des secours que trois ou quatre jours après l'invasion des accidents, la cautérisation pratiquée aussi tard n'a eu aucun effet.

M. Nacquart pense qu'il y a toujours lieu de cautériser, si tard que ce soit, et que l'on doit recourir de préférence au feu.

M. Barthélemy : Qu'est devenu le cheval ?

M. Landouzy : Il a été abattu.

M. Barthélemy : Sait-on depuis combien de temps il était malade ?

M. Landouzy : Sa maladie remontait à plusieurs mois.

M. Barthélemy : C'était par conséquent une morve chronique. Un animal atteint de morve chronique peut donc communiquer une morve aiguë. J'insiste sur ce fait, parce qu'il prouve que c'est à tort que l'on a voulu distinguer la morve chronique de la morve aiguë, et faire de ces deux formes de la même maladie deux maladies différentes.

M. Londe : Je ferai la même réflexion que M. Nacquart au sujet de la cautérisation ; je ne diffère seulement d'opinion avec lui qu'en ce que je crois que la cautérisa-

tion doit être faite immédiatement, sinon elle deviendrait inutile.

M. Nacquart : Nous ignorons quelle est la durée de la période d'incubation de la morve, par conséquent je suis d'avis qu'on doit cautériser dans tous les cas quel que soit le temps écoulé depuis la morsure.

Ablation de la rate. — M. Berthet (de Gray) lit une observation très-curieuse d'ablation de la rate sur l'homme.

Un individu reçoit dans une rixe un coup de couteau dans le flanc gauche. L'auteur, appelé huit jours après l'accident, reconnaît une tumeur considérable formée par la rate, qui exhalait une forte odeur de putréfaction. Il l'excisa, et après des pansements méthodiques le malade guérit et vécut treize ans et demi. Les digestions se faisaient généralement bien, ce qui fait supposer que la rate n'est pas un organe plus essentiel à la vie chez l'homme que chez les animaux auxquels les vivisecteurs l'enlèvent. Au bout de ce temps, il périt de pneumonie. A l'autopsie, on ne trouva qu'une très-faible partie de la rate, grosse comme une aveline, appliquée sur les parois extérieures de l'estomac.

Le même médecin lit trois observations de guérisons de fistules vésico-vaginales obtenues à l'aide de la cautérisation et de l'insufflation. Son procédé consiste, après les préparations de rigueur, à insuffler la vessie d'une manière incessante pendant toute l'opération, et à faire saillir la fistule et écarter ses lèvres dans le vagin par où ces fistules sont seulement attaquables, et alors, au moyen d'un cautère incandescent, il ravive les bords de la plaie, puis, par des cautérisations avec le nitrate d'argent et des tamponnements avec des cylindres de coton cardé placés avec le spéculum, il termine le traitement chirurgical.

Il a soin de placer ses malades dans une position telle qu'il est impossible à l'urine d'arriver aux bords de la plaie, de les irriter, et d'empêcher ainsi leur réunion. M. Berthet ajoute, comme complément nécessaire à son traitement, un régime alimentaire qui a une efficacité d'autant plus prompte qu'il est plus sévère. Par exemple, il ne donne de boissons à ses malades que par cuillerées à café, et encore à de longs intervalles; puis il ne fait manger que des aliments secs, tels que le pain rassis ou torréfié, ou du biscuit et des viandes blanches bouillies ou rôties, le tout en petite quantité.

Ce régime sévère favorise le but de son auteur en diminuant d'une manière notable la quantité de l'urine, seul obstacle à la guérison de ces graves infirmités, qui résultent ordinairement d'un travail trop pénible et trop prolongé de l'accouchement. Sur quatre cas de fistules vésico-vaginales assez considérables, il en a guéri trois.

Arsenic des terrains de cimetières. — M. Ollivier (d'Angers): Il y a deux ans, M. Orfila lut devant l'Académie un mémoire dans lequel, entre autres propositions, on trouvait celle-ci: l'arsenic étant insoluble dans l'eau, il est impossible qu'un cadavre enterré dans un terrain arsenical puisse être pénétré par cet agent. Ce que M. Orfila donnait alors comme un résultat de la théorie vient d'être pleinement confirmé. Voici comment:

Un homme devenu veuf est accusé par la rumeur publique d'avoir empoisonné sa femme; l'autopsie démontre qu'elle a dû succomber à des lésions indépendantes d'un empoisonnement. Mais une femme, dans l'intention d'épouser cet homme veuf, empoisonne son mari. A l'autopsie de cet homme on trouve des traces évidentes d'arsenic. Des différents élevés entre les experts font

renvoyer l'affaire. Nouvelle exhumation du cadavre de cet homme, dont les viscères sont envoyés à Paris avec de la terre de la fosse, reconnue arsenicale. L'appareil de Marsh donna des marques irréfragables d'arsenic dans le foie. La justice ordonna aussi l'exhumation du cadavre de la femme. Quoique ce cadavre eût séjourné plusieurs mois dans un terrain arsenical, il a été impossible à l'analyse d'en retrouver la moindre trace.

Ce fait vient parfaitement confirmer les prévisions de M. Orfila. Tout en constatant la réalité de l'existence des terrains arsenicaux, il prouve que cette circonstance ne peut en aucune façon entraver la marche de la justice ; car l'insolubilité de l'arsenic contenu dans les terres des cimetières s'oppose à ce que les cadavres s'en imprègnent.

M. Roux : Comment M. Ollivier explique-t-il la présence de l'arsenic dans les terrains des cimetières ?

M. Ollivier : La présence de l'arsenic dans ces terrains peut avoir plusieurs causes diverses. On sait, depuis les recherches de M. Chevallier et celles de M. Orfila, qu'il n'est pas rare de trouver de l'arsenic dans les terrains des cimetières ; cet arsenic provient le plus souvent d'anciens débris : aussi est-ce le plus ordinairement dans les terrains d'alluvion qu'on le rencontre. Il en existe toutefois dans certains terrains à l'état natif. M. Ollivier cite une localité dont le nom nous échappe, dans laquelle on exploite, à ciel ouvert, une mine de fer arsenical. Enfin, une dernière circonstance qui peut expliquer la présence de l'arsenic dans certains terrains, c'est l'habitude où l'on est encore, dans quelques localités, de chauler le blé avec de l'arsenic.

M. Boullay : La présence de l'arsenic dans les terrains

dont on parle me paraît inexplicable ; je demanderai à quel état on l'y trouve.

M. Chevallier : Il existe de l'arsenic naturel dans plusieurs localités. A Ste-Marie-aux-Mines, dans le département des Vosges, il s'en trouve une grande quantité. En général, lorsqu'on trouve de l'arsenic dans les terrains voisins de petites localités, on ne peut pas chercher à en expliquer la présence par des dépôts accidentels des débris qui contiendraient cette substance. Ce n'est qu'à Paris où il se fait une énorme consommation de préparations arsenicales dans les arts industriels, ou dans les environs des grandes villes, qu'on peut trouver ainsi de l'arsenic dans les terrains de transport. Mais, dans les petites localités où l'on ne peut admettre cette circonstance, il faut chercher l'explication de la présence de l'arsenic dans des conditions géologiques qu'il serait du plus grand intérêt de bien expliquer.

M. Orfila : La question qui vient d'être soulevée renferme un double problème dont j'ai cherché la solution dans un mémoire que j'ai eu l'honneur de lire dans le temps devant l'Académie. Voici les deux questions que je me proposai de résoudre : Un cadavre empoisonné par l'arsenic peut-il rendre l'arsenic qu'il contient à la terre qui l'environne ? Je résolus cette question affirmativement. Un terrain arsenical au milieu duquel est plongé un cadavre peut-il transmettre à ce cadavre une partie de l'arsenic qu'il recèle ? Ma réponse fut négative. Quant à la présence accidentelle de l'arsenic dans les terrains des cimetières, dont a parlé M. Ollivier, on se rappelle que j'ai été l'un des premiers à la signaler. Je ne reviendrai pas sur la première question qui n'est pas actuellement soulevée ; je me borne pour le moment à faire remarquer que mes prévisions sur la question de l'impossibilité de

transmission de l'arsenic de la terre au cadavre se trouvent vérifiées par le fait que vient de rapporter M. Ollivier.

M. Chevallier: Je demanderai à ajouter un mot au sujet de cette dernière question. On a récemment signalé l'existence du cuivre dans les os des personnes qui travaillent cette substance. En faisant de nouvelles recherches sur ce sujet, on a trouvé du cuivre dans le terrain du cimetière d'une localité où l'on travaille beaucoup ce métal, et qui contient par conséquent un grand nombre d'ossements d'ouvriers qui ont passé leur vie à ce genre de travail. C'est là un fait très-curieux sur lequel je me propose de revenir à l'occasion d'un rapport que je ferai à l'Académie sur ce sujet.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

COMPTE-RENDU DES TRAVAUX.

De l'emploi thérapeutique de l'ammoniaque liquide à l'intérieur, à l'occasion d'un travail de M. Levrat Perotton de Lyon, sur l'emploi de cette substance dans le traitement de la coqueluche; par M. Loir aîné, ancien interne des hôpitaux, membre de la société de médecine de Paris, etc.

(Imprimé par décision de la Société.)

A une époque de retour vers la matière médicale, il n'est pas sans intérêt de fixer l'attention sur ce qui touche à cette branche importante de la médecine.

Le travail dont j'ai à rendre compte à la Société, bien que superficiel et incomplet, nous fournira l'occasion de dire quelques mots sur les propriétés thérapeutiques de l'ammoniaque.

L'ammoniaque est un de ces corps sur lesquels l'art médical a fondé souvent des espérances, et lorsqu'on jette un coup-d'œil en arrière dans la science, on voit qu'on l'a proposée tour à tour comme un remède à beaucoup d'affections.

M. Levrat-Perotton rapporte quatre observations dans lesquelles il a pour but de faire connaître les avantages que l'on peut obtenir de l'usage de l'ammoniaque liquide contre la coqueluche. Ces observations laissent beaucoup à désirer : l'auteur n'entre dans aucun détail ; ainsi, dans la première observation, qui est plus étendue que les autres, on lit, pour tout ce qui est relatif aux symptômes : « Un enfant de dix-huit mois, encore allaité, est atteint de coqueluche si violente, qu'après chaque quinte surviennent des convulsions effrayantes. Le 15 février 1839, les convulsions sont tellement fortes, qu'on désespère un moment des jours du petit malade.

« On prescrit successivement : sinapismes promenés sur les membres, frictions éthérées sur tout le corps, quatre sangsues au pli de chaque bras, puis d'heure en heure une cuillerée de la potion suivante :

℥ Eau distillée de laitue.	125 grammes.
Eau de fleurs d'oranger.	8 —
Sirop de pivoine.	8 —
Sirop de belladone.	8 —
Ammoniaque liquide.	6 gouttes.

M.

« Le lendemain amélioration ; les quintes de toux, devenues moins fréquentes et plus courtes, ne sont plus suivies de convulsions. L'état de l'enfant s'est amélioré de jour en jour sous l'emploi soutenu de la potion alcaline ; et le 10 mars il est en pleine convalescence.

Deuxième observation. « Petite fille âgée de six ans, sans connaissance, yeux tournés en haut, figure vultueuse, contracture des membres, pouls fréquent, peu développé.

« Sinapismes promenés sur les membres, une grosse sangsue au pli de chaque bras, pour combattre les symptômes précédents; et dès que l'enfant peut avaler, par cuillerées à bouche, d'heure en heure la potion alcaline. Après quelques jours de son usage, les quintes de toux étaient devenues rares; on y renonce après quinze jours. »

Troisième observation. « Petite fille de quatre ans, quintes de toux longues et fréquentes, menaçant chaque fois la petite malade de suffocation. Tisane béchique, édulcorée avec le sirop de violettes, vésicatoire au bras, potion alcaline. En quelques jours, grande sédation dans les crises. »

Quatrième observation. « Petite fille de trente mois, symptômes de bronchite, fièvre, boissons émollientes, looch avec sirop de belladone, une sangsue au pli de chaque bras. Les symptômes angéioténiques cèdent promptement à ce traitement. La toux dégénère en véritables quintes de coqueluche, pendant lesquelles il y a turgescence des capillaires de la face, tellement considérable, qu'elle fait craindre une congestion cérébrale. Boissons pectorales variées, avec sirop de mou de veau, conjointement avec la potion alcaline. Même résultat que précédemment. »

Dans ces quatre observations, la potion ammoniacale a été mise en usage avec d'autres moyens actifs, tels que sangsues, vésicatoires, belladone, sinapismes, auxquels

on peut très raisonnablement rapporter une grande part dans l'amélioration de l'état des malades.

C'était un remède composé, où entrait le sirop de belladone, dont on a vanté la vertu pour la coqueluche.

Aussi, dans les expériences qu'on voudrait répéter, nous croyons qu'il serait convenable d'administrer l'ammoniaque sans belladone, avant tout autre moyen, afin que l'on puisse constater positivement si ce corps possède la propriété que M. Levrat lui attribue.

Bien qu'on ait déjà employé contre la coqueluche des préparations dans lesquelles entrait l'ammoniaque (la gomme ammoniaque, par exemple, le carbonate d'ammoniaque), on doit néanmoins savoir gré à M. Levrat-Perotton d'avoir rappelé l'attention de ses confrères sur ce sujet.

Si les observations qu'il rapporte ne sont pas concluantes pour établir à elles seules les propriétés anti-convulsives de l'ammoniaque, elles auront peut-être l'avantage de suggérer quelques réflexions qui tendent à jeter de la lumière sur ce point, et de faire apprécier à leur juste valeur quelques faits dont il est question en ce moment, et qui sont relatifs à l'emploi de l'ammoniaque à l'intérieur.

Dans le dernier siècle, l'ammoniaque jouissait d'une vogue très-grande. On l'employait dans une foule de cas à l'extérieur, à l'intérieur sous forme liquide, sous forme gazeuse, comme sudorifique, antispasmodique, révulsif, comme ayant des propriétés spécifiques. De nos jours, on a passé à un extrême opposé, on ne l'administre guère qu'à l'extérieur, on ne l'emploie que rarement à l'intérieur, on le considère comme un remède infidèle et dangereux, dont l'action est trop passagère; et, dans l'article dogmatique de M. Trousseau, sur les effets thérapeu-

tiques de l'ammoniaque, on traite d'usurpée la confiance dont il a joui.

Lorsqu'on songe aux effets délétères que l'on a vus produits par l'ammoniaque, soit à l'état liquide, soit à l'état gazeux, on ne sait que penser des propriétés thérapeutiques de ce corps. Tout le monde connaît le cas cité par Plenck, de cet homme qui fut mordu par un chien, et dans la bouche duquel on versa de l'ammoniaque. La mort survint quatre minutes après cette ingestion.

L'épileptique de Nysten, à qui on fit respirer trop longtemps de l'ammoniaque, succomba à une vive inflammation de la pituitaire, du pharynx et des bronches.

Les expériences récentes du professeur Magendie dans la grotte d'ammoniaque, aux environs de Naples, nous montrent également que les animaux ne peuvent vivre que quelques minutes dans l'atmosphère ammoniacale de ces lieux.

Après de pareils faits on est presque tenté de renoncer à son emploi en médecine; cependant, d'un côté, des faits anciens bien avérés; de l'autre, des observations récentes nous font un devoir de poser de nouveau la question de savoir *si l'ammoniaque est un médicament précieux pour la thérapeutique.*

Les effets de ce corps sur les êtres vivants ne se bornent pas à une irritation purement locale, il pénètre par intoxication dans l'économie, et peut produire des effets généraux. Ainsi il rend le sang plus fluide, moins facile à se coaguler, ce fait est incontestable; si les observations de toxicologie l'ont démontré, les observations cliniques à leur tour le confirment. Huxham (*Essai sur les fièvres*) raconte l'histoire d'un jeune homme qui, à la suite de

l'habitude qu'il avait contractée de mâcher du carbonate d'ammoniaque, éprouva par le nez, les gencives et la muqueuse gastro-intestinale, de grandes hémorrhagies. J'ai par devers moi, une observation dans laquelle une épistaxis très-violente survint sans cause chez un malade qui prenait à l'intérieur du sel ammoniaque.

L'infortuné Magistel, que la science vient de perdre jeune encore, a offert aussi cette particularité, ainsi que l'a pu observer notre confrère M. Robert de l'hôpital Beaujon. Il employait à l'intérieur un sel d'ammoniaque pour combattre les symptômes généraux de scrofules qui le minaient. Il survint sans cause connue une épistaxis qui se manifesta à plusieurs reprises. On suspendit l'emploi du sel ammoniaque, elle se supprima; mais, quelque temps après, on reprit l'usage de ce sel; on vit de nouveau reparaître le flux sanguin. Les faits de cette nature peuvent être multipliés, et ne doivent pas être considérés comme sans importance pour la thérapeutique.

L'action de l'ammoniaque sur le sang qu'il rend plus fluide dénotant ses propriétés sudorifiques, elles sont incontestables et tellement grandes, que, dans les formulaires les plus récents, elles l'ont fait mettre en tête des sudorifiques. Exemple : Bouchardat. C'est à ce titre qu'elle a été employée dans les éruptions cutanées, les rhumatismes, la syphilis.

D'un autre côté, les propriétés antispasmodiques de l'ammoniaque ne peuvent être méconnues. Cui en le regardait comme le meilleur antispasmodique pour les organes respiratoires. A l'appui de cette assertion, il est des faits que l'on peut citer.

Une jeune femme, d'une forte constitution, d'une bonne santé, enceinte de quelques mois, fut prise d'une toux convulsive, presque continuelle, se montrant sou-

vent par quintes. Tous les moyens avaient été employés inutilement pour la combattre, lorsqu'elle fut suspendue instantanément par l'inspiration de vapeurs ammoniacales répandues dans l'atmosphère que respirait la malade.

Je fus appelé ces jours-ci pour une jeune fille, grosse, forte, affectée depuis plusieurs semaines d'accès de toux convulsive, sans angine, sans bronchite, accompagnée d'étouffements et de palpitations; la potion ammoniacale (dix gouttes) suspendit la toux et procura dès le premier jour une nuit calme.

Voulant connaître les effets que MM. Turc obtenaient de l'emploi de l'ammoniaque sur les phthisiques, je suis allé prendre quelques renseignements à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Louis. Je me suis convaincu que si l'atmosphère chargée de vapeurs ammoniacales dans laquelle vivent les phthisiques ne suspend pas la marche de la maladie, on ne peut nier l'effet qu'à cet air de diminuer les quintes de toux, de rendre l'expectoration plus facile, les crachats devenant plus fluides et moins visqueux, et de procurer par là un soulagement marqué aux malades. Elles n'ont pas paru jusqu'à présent accélérer les progrès du mal; seulement une femme est morte promptement et a offert à l'autopsie des poumons parsemés de tubercules miliaires à l'état de crudité. L'état de sueur dans lequel se trouvent presque continuellement les malades est facilement supporté et nullement incommode.

Vous n'êtes pas sans avoir entendu parler du moyen qu'emploie un médecin de Marseille contre les accès d'asthme. Il consiste dans l'aspiration de vapeurs d'ammoniaque, et surtout dans l'application instantanée sur les parois du pharynx ou de l'isthme du gosier, d'un

morceau de coton imbibé d'ammoniaque à 23 degrés. Ce moyen réussit parfaitement pour les accès d'asthme essentiel, ou symptomatique d'hypertrophie du cœur (tel est, dit-on, le cas de la princesse Adélaïde), et pour les catarrhes suffocants. Le but de ce médecin est d'agir sur le plexus pharyngien. Dans cette application, produit-on une simple action locale révulsive ou bien un effet antispasmodique par absorption, comme dans l'emploi des potions ammoniacales, en influençant le système nerveux ? On reproche à l'auteur de ce moyen de préconiser sans discernement son remède pour tous les maux.

J'ai connaissance du fait d'un jeune homme atteint de palpitations avec bruit de souffle dans la région du cœur, toujours essoufflé en marchant, ne pouvant monter un escalier, sujet à des accès d'étouffement, qui, après avoir tenté beaucoup d'autres remèdes, éprouva des effets merveilleux de ce moyen.

Il est d'autres propriétés que l'on a attribuées à tort ou à raison à l'ammoniaque : j'en citerai quelques-unes. Ainsi on l'a employée contre le tétanos à des doses considérables (quinze grammes par jour); contre les piqûres et morsures par des animaux vénimeux; contre la migraine, à la dose de quelques gouttes dans une infusion de tilleul. Dans ces derniers temps, on l'a regardée comme l'antidote de l'acide prussique, etc. Toutes ces propriétés sont contestées par M. le professeur Trousseau (article AMMONIAQUE du *Dictionnaire de médecine*).

Quant à nous, nous pensons que l'ammoniaque et ses préparations peuvent trouver de fréquentes applications dans la thérapeutique; mais, quoique nous soyons disposés à reconnaître l'heureuse influence de ce médicament dans la coqueluche, nous pensons qu'il faut encore attendre

des observations plus complètes et plus importantes pour se prononcer à ce sujet.

VARIÉTÉS.

LETTRE DE M. LE DOCTEUR DUPARCQUE.

En réponse aux remarques de M. le professeur Mojon, sur les concrétions biliaires.

A M. LE DIRECTEUR DE LA REVUE MÉDICALE.

Monsieur,

La lettre que M. le professeur Mojon vient d'adresser à la *Revue médicale* (cahier de juin 1844), à propos de mon mémoire sur le diagnostic et le traitement des concrétions biliaires, inséré dans le précédent cahier, semblerait insinuer que les corps dont l'administration de l'huile de ricin étherée a provoqué l'évacuation, n'étaient pas des concrétions biliaires. Notre honorable confrère se fonde sur ce que des individus bien portants, mais qui font fréquemment et abondamment usage d'huile, soit comme aliment, soit comme remède, rendent souvent et en abondance des concrétions adipocireuses verdâtres, semblables à celles que nous avons observées.

Mais, 1° Aucun des malades, sujets de mes observations, ne se trouvait dans les conditions indiquées par M. Mojon.

2° Chez tous ceux de la première série, la sortie des concrétions a été précédée de tous les symptômes qui indiquent la présence et la rétention de ces corps dans le

réservoir et les conduits excréteurs ; chez tous cette évacuation a été immédiatement précédée ou accompagnée de la cessation de ces symptômes.

3° Dans les quelques cas où le mélange oléo-éthéré n'a pas eu ces résultats, l'huile a été rendue telle qu'elle avait été prise, sans traces de concrétions quelconques. Dans un de ces derniers faits, on voit que ce ne fut que quatre jours après l'administration du médicament, qui avait été rendu sans modification, et avait vidé en même temps les intestins de tout ce qu'ils contenaient, que la vésicule du fiel s'est débarrassée spontanément, ce qui fut suivi de l'évacuation de matières analogues à celles des premiers malades.

4° De ce qu'une huile alimentaire, prise habituellement et faisant un séjour plus ou moins long dans les voies digestives, est susceptible de s'y concréter, peut-il en être de même d'une huile médicameuteuse, purgative, qui ne fait pour ainsi dire que traverser le canal alimentaire, et où d'ailleurs cette substance a, dans son association avec l'éther, un obstacle tout puissant à sa concretion.

Dans nos contrées les personnes qui font usage habituel d'une alimentation grasse animale, présentent aussi plus fréquemment qu'on ne le pense, dans leurs fèces, des concrétions plus ou moins volumineuses, arrondies, qui, par leur forme, leur consistance, leur couleur, peuvent, au premier abord, et ont dû en imposer pour des calculs biliaires. Mais il est facile de reconnaître et l'erreur et la véritable nature de ces corps. Le plus ordinairement leur couleur verdâtre est toute extérieure, superficielle ; elle est blanche à l'intérieur ; ils présentent, par l'onctuosité, l'opacité de la matière qui les compose, tous les caractères de la graisse concrétée.

Ces dernières remarques étaient nécessaires pour prévenir de nouvelles objections sur la nature évidemment biliaire des concrétions qui font le sujet de mon mémoire.

Je suis heureux, du reste, d'avoir évoqué, de la part de l'honorable professeur Mojon, des faits précieux, généralement peu connus, et qui devront solliciter de nouvelles recherches et des expériences auxquelles je m'empresserai moi-même de me livrer.

Veuillez agréer, etc.

DUPARCQUE, D. M.

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Manuel pratique de Magnétisme animal. Exposition méthodique des procédés employés pour produire les phénomènes magnétiques, et leur application à l'étude et au traitement des maladies; par Alph. TESTE, docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre de plusieurs sociétés savantes. Deuxième édition, revue, corrigée et augmentée, 1 vol in-18. Paris, 1843. — Chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Je ne saurais mieux commencer cet article qu'en transcrivant l'épigraphe que je trouve en tête du livre, et qui est tirée des *Paroles d'un Croyant*, par M. de Lamennais : « Que celui qui a des oreilles entende, que celui qui a des yeux les ouvre et regarde, car les temps approchent, » p. 1. En effet, il s'agit ici de choses si étranges, que le lecteur, avant d'ouvrir le livre, doit ouvrir de grands yeux, et surtout de grandes oreilles; il y a tant et tant de merveilles, qu'on ne sait par où commencer pour initier les lecteurs au contenu de ce livre. Je suis vé-

ritablement embarrassé; je le confesse, car il y a en magnétisme du bon et du mauvais, du vrai et du faux, et le choix est difficile à faire. Si le mensonge doit être poursuivi à outrance, si la fourberie doit être démasquée sans pitié, la vérité a des droits que nous devons respecter. Michel Montaigne disait dans son langage naïf, mais profond : « Je festoye et caresse la « vérité, en quelque main que je la trouve, et m'y rends alai-
« grement, et lui rends une armée vaincue, de loing que je la
« voie approcher, » *Essais*, liv. III, p. 237. Et moi aussi, je caresse et festoye la vérité; mais le mensonge sait si bien en prendre les allures, qu'on s'arrête quelquefois incertain et sans pouvoir prendre parti. Ceci a lieu dans plus d'une question de magnétisme. Mais alors comment arriver à la vérité? Telle est la question qu'il faut se faire avant de juger un pareil ouvrage. L'auteur du *Manuel de Magnétisme* veut qu'on se tienne en garde contre les récits des voyageurs qui ont parcouru les terres plus ou moins explorées du magnétisme : ainsi les
« uns, dit-il, amplifient la vérité, les autres la dénaturent,
« parce qu'ils n'osent point la dire telle qu'ils l'ont vue; un très-grand nombre enfin croient avoir intérêt à la cacher. » Il veut surtout qu'on tienne en suspicion légitime ces hommes aux grands mots, à l'air honnête, qui font constamment parade de leur conscience : « l'honneur dont ils se piquent, dit-il, ressemble terriblement au grand pot à thériaque des anciennes pharmacies; c'est le plus haut, le plus large, le plus apparent de l'officine, mais presque toujours il est vide. » Préf., p. xj. L'avis est bon; mais l'auteur aurait pu le compléter en nous disant s'il n'y a pas en magnétisme comme en pharmacie quelques pots à thériaque. D'un autre côté, M. le docteur Teste invoque l'expérience comme le *criterium* de toute doctrine en général, et de la doctrine magnétique en particulier. « Pour être en état de juger sainement un ouvrage de magnétisme, il faut, dit-il, avoir magnétisé soi-même. »

Tout en invoquant l'expérience, l'auteur ne se dissimule

point qu'il met entre les mains de ses adversaires une arme dangereuse, épée à deux tranchants, qui, « *en quelques mains est un sceptre, en quelques autres une marotte.* » En effet, que n'a-t-on pas prouvé avec l'expérience? Les partisans du magnétisme, aussi bien que ceux qui le combattent le plus énergiquement, ne s'appuient-ils pas les uns et les autres sur l'expérience? En résumé cependant, et quels que soient les inconvénients attachés à cette condition, je crois que le magnétisme recevra un jour une solution définitive des données de l'expérience, et que la science n'a pas de meilleur moyen pour échapper à l'incertitude et aux discussions oiseuses.

Faut-il entreprendre une analyse sérieuse de ce livre? Avrai-je à dire, ce serait une tâche ingrate et fort peu utile; car les lecteurs trouveraient dans mes paroles, ceux-ci moins qu'ils ne savent, ceux-là moins qu'il ne voudraient savoir. Du reste, le titre modeste de *Manuel* indique mieux que je ne pourrais le faire la nature de ce livre. Concentrer dans un petit volume tout ce qui est nécessaire pour savoir magnétiser et pratiquer le magnétisme; écarter de la pseudo-science mesmérisme tout le fatras de théories mal conçues et mal élaborées qui ne servaient qu'à l'obscurcir; faire un livre utile en posant plus particulièrement des règles de pratique, tel est le but de l'auteur.

Après un court aperçu historique, M. Teste entre en matière, et cherche à déterminer les conditions nécessaires à la production des phénomènes magnétiques, puis à leur classification et à leur description. Plus loin il expose les différentes manières de magnétiser et de produire le somnambulisme magnétique, et les procédés à employer pour réveiller les somnambules. Quelques chapitres sont consacrés à certains points de doctrine ou de pratique spéciaux, tels que la magnétisation des animaux et des objets inanimés, la nature du fluide magnétique, et l'influence du magnétisme animal sur l'économie. L'auteur traite ensuite des propriétés thérapeutiques du magnétisme, et termine son livre par un chapitre intéressant sur le besoin de moralité

chez les magnétiseurs. Chacun de ces chapitres renferme un certain nombre d'observations de maladies guéries, soit par le magnétisme seul, soit par l'intermédiaire de somnambules. Entre toutes ces observations, je me contenterai de signaler d'une manière spéciale le cas vraiment curieux de madame Teste. Le récit animé et vivement senti qu'en fait l'auteur donne à cette observation un cachet d'originalité rare, qui stimule incessamment l'avidité curieuse du lecteur. En lisant cette relation, on se surprend à croire qu'on est transporté dans un monde fantastique ou bercé par un conte des Mille et une nuits : en un mot, on croit rêver. Ce cruel récit, écrit jour par jour, heure par heure, nous fait entendre chaque soupir, chaque battement de cœur de la malade; on se laisse toucher par des scènes déchirantes, on partage les angoisses du narrateur; on s'afflige sur l'agonie à laquelle on assiste.

Toutes les observations rapportées dans le *Manuel* n'ont pas la même teinte de tristesse et de gravité désolante; il en est quelques-unes, au contraire, qui présentent des scènes divertissantes et des tours de passe-passe qui pourraient faire envie aux plus habiles prestidigitateurs. Je n'entreprendrai pas de les faire connaître : c'est dans l'ouvrage même qu'il faut les voir; j'y renvoie purement et simplement les lecteurs qui pourraient être curieux de ces facéties.

Quant à ceux qui voudraient savoir ce que le docteur Teste pense ou dit de ses confrères en médecine (1), il me sera facile de les satisfaire. J'ouvre au hasard le livre, et voici ce que j'y lis à la page 106 :

« Le monde médical est essentiellement inféodé; tout y est
« serf ou grand yassal. Ceux-ci, montés sur des échasses et

(1) On sait que les magnétiseurs entre eux sont plutôt compères que confrères : ceci soit dit d'une manière générale, et sans application particulière. N. R.

« grossissant leur voix pour mieux se faire entendre, impriment,
 « bon gré malgré, au petit peuple qui ne demande pas mieux,
 « leurs croyances ou leurs doutes. Niant comme de raison tout
 « ce qu'ils ne savent pas, ils font en toute occasion parade de
 « leur incrédulité, et passent pour *esprits forts* ; puis, prenant
 « eux-mêmes de bonne foi leur verbiage pour de l'éloquence,
 « et leur présomption pour du génie, ils parviennent à grouper
 « autour d'eux une multitude de petites gens (*servium pecus*,
 « Horac.), c'est à-dire intelligences infimes qui ne pensent
 « que par autrui, réfléchissent en miroitant jusqu'aux gri-
 « maces du maître, et répètent comme de fidèles échos jusqu'à
 « ses platitudes. »

Je pourrais faire encore d'autres citations du même genre ; mais ce petit échantillon doit suffire pour donner une idée de la verve sarcastique de l'auteur. Et d'ailleurs, j'ai hâte de dire que, dans le Chapitre XVI, le docteur Teste fait amende honorable et demande pardon à « *ses anciens frères (sic)* » de la sévérité des paroles qui lui sont quelquefois échappées : puis, après avoir démontré la nécessité de la moralité chez les magnétiseurs, il déclare qu'il n'existe pas, dans la société, une classe d'hommes « plus honorables, plus désintéressés et surtout « plus moraux que les médecins » ; il en conclut naturellement que personne n'est plus qu'eux propre à exercer le magnétisme.

On peut, après avoir lu le *Manuel*, se faire cette question : Que va devenir le magnétisme ? Si l'on en croit le docteur Teste, parlant par la bouche de M. Lamennais : « les temps « approchent ; » ce qui veut dire, sans aucun doute, que le magnétisme va bientôt triompher et devenir maître de la science. « L'étude de l'anatomie et des opérations, dit M. Teste, restera « seule dans nos écoles pour nous former des chirurgiens ; « mais encore tous les actes de ces derniers seront-ils subor- « donnés aux instigations du somnambule, » p. 334. Quelques personnes, cherchant un terme moyen entre la médecine et le

somnambulisme, avaient voulu faire une transaction entre l'une et l'autre. M. le docteur Teste s'appuyant, d'un côté, sur le mot, véritable ou apocryphe, de Broussais : (*Si le magnétisme était vrai, la médecine serait une absurdité*) ; et, de l'autre, sur l'observation des phénomènes magnétiques, déclare de la manière la plus formelle que tout rapprochement est impossible. « Il n'y a pas de milieu, dit-il : ou la médecine n'est qu'une chimère, ou le magnétisme n'est qu'une jonglerie. Mais, comme nous pensons avoir démontré l'impossibilité de cette dernière supposition, la première est nécessairement juste.... Vouloir fondre ces deux choses ensemble n'est ni plus ni moins qu'une absurdité..... Encore une fois cette association révolte le bon sens. Entre les deux il faut opter. Croyez à la médecine ou croyez au magnétisme ; enfin, croyez encore aux deux si bon vous semble ; mais, pour Dieu ! renoncez à la prétention de les unir » p. 468. Voilà, si je ne me trompe, quelques propositions qui ne manquent pas d'étrangeté. En voici encore une bien digne des précédentes ; je cite toujours textuellement : « Ravir à jamais l'exercice de la médecine à l'intelligence pour le confier à l'instinct, tel est le vaste projet que je conçois ; car je vous le dis en vérité..... » p. 334. En vérité, je vous le dis à mon tour, ma plume se refuse à transcrire de pareilles choses.

Eh bien ! maintenant, il faut que je dise, comme acquit de conscience, que s'il y a dans ce livre de grosses hérésies, non-seulement médicales, mais philosophiques et théologiques même, on y trouve aussi de l'esprit, de l'originalité, des choses curieuses et intéressantes :

Dum fluere lutulentus erat quod tollere velles.

L'auteur assure que la première édition de son *Manuel* a été rapidement enlevée. Je n'en suis pas étonné : nous voyons tous les jours la vogue s'attacher à des livres qui ne valent pas celui-là.

X.

Paris.—Imprimerie de HAUQUERLIN ET SAUTRUCHE,
rue de la Harpe, 90.

REVUE MÉDICALE.

(Août 1844.)

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

DE LA

MÉTRORRHAGIE INTERNE

DANS LES DERNIERS MOIS DE LA GROSSESSE ;

Par le docteur **LOIR** aîné ,

Ancien interne des hôpitaux civils, membre de la Société de médecine de Paris, etc.

(Imprimé par décision de la Société).

§ I. GÉNÉRALITÉS.

Les exemples de métrorrhagie interne pendant les derniers mois de la grossesse, sans écoulement de sang à l'extérieur, sans changement bien appréciable dans le volume et la forme de l'utérus, avec occlusion complète du col, dont les bords sont épais et non dilatables, ne se rencontrent que rarement. Le diagnostic, dans ces circonstances, offre des difficultés. Le pronostic est très grave pour la mère et pour l'enfant. Les auteurs ne sont pas toujours d'accord sur les indications thérapeutiques qu'il faut remplir.

La science sur ce point est incomplète, et il n'est pas
1844. Août. T. II. 31

sans utilité pour l'avenir de publier les faits qui ont trait à cette question importante de l'art obstétrical.

La Société de médecine de Paris, en 1818, appela l'attention sur ce sujet, et proposa un prix sur les métrorrhagies internes pendant la grossesse, dans le cours du travail et après l'accouchement. A cette occasion parurent des travaux importants, qui établirent l'état de la science en rassemblant et commentant les observations éparses dans les auteurs. Ici on doit citer en première ligne l'excellent ouvrage de M. A. C. Baudelocque. Malgré les travaux qui parurent à cette époque et ceux qui furent publiés depuis, il existe encore des points en litige sur lesquels l'expérience seule peut prononcer.

Dans les faits cités jusqu'à ce jour, le plus souvent la métrorrhagie interne donne lieu à la mort du fœtus, et par suite à l'avortement. Dans la plupart, en même temps que le volume de l'utérus augmente, il se fait un écoulement de sang ou de sérosité sanguinolente par le col utérin dilaté; et alors, si les contractions utérines persistent, elles amènent l'accouchement; si elles cessent, l'indication thérapeutique est évidente et nettement tracée par les auteurs, à l'exception cependant de la rupture prématurée de la poche des eaux, blâmée par les uns et conseillé par les autres pour hâter le travail. Dans d'autres cas, et on n'en trouve qu'un très-petit nombre d'exemples, la conduite du chirurgien est plus difficile: les symptômes généraux d'une hémorrhagie existent, le volume de la matrice a augmenté, un peu de sang s'écoule par le vagin, le diagnostic n'offre pas d'incertitude, mais le col est contracté, non dilatable. Dans ces circonstances, on a conseillé l'emploi du seigle

ergoté, l'extrait de belladone porté sur le col, l'éponge préparée, et M. A. C. Baudelocque se demande si on ne pourrait pas recourir à l'opération pratiquée par Smellie : à l'incision du col.

Mais on ne rencontre pas dans les auteurs d'observations de métrorrhagie interne mortelle, sans augmentation bien sensible du volume de l'utérus, sans écoulement de sang par le vagin avec constriction du col.

Le fait suivant en est un exemple remarquable, et il mérite d'autant plus de fixer l'attention que le décollement du placenta peut être rapporté à un mouvement convulsif du fœtus survenu à l'occasion de la saignée pratiquée à la mère pour remédier à quelques symptômes de pléthore générale, et qu'il peut servir à éclairer le diagnostic dans d'autres cas semblables.

§ II. OBSERVATION.

Cas remarquable de métrorrhagie interne mortelle, paraissant survenue à l'occasion d'une saignée.— Difficultés du diagnostic.— Contractions utérines sans résultats, suivies d'inertie. — Danger pressant ; incision du col, version.

La dame Darbet, âgée de 30 ans, d'une petite stature, d'une constitution assez bonne, à cheveux châains foncés, enceinte pour la première fois, vint le 5 avril dernier me prier de lui donner des soins.

La grossesse datait de sept mois et n'avait dans son cours rien offert d'anormal. Il n'existait ni enflure aux jambes, ni varices ; le pouls était régulier, sans développement ni fréquence, sans chaleur à la peau, les digestions bonnes ;

les mouvements de l'enfant étaient fréquents, violents et faciles à sentir. La malade paraissait être en plein état de santé : elle se plaignait seulement d'avoir quelques maux de tête, et d'éprouver de temps en temps des bourdonnements d'oreille et des éblouissements. Il existait une légère bouffissure de la face dont je ne crus pas devoir tenir compte. Du 5 au 25 du même mois, les symptômes de pléthore prirent plus de caractère, et le 25, les accès de céphalalgie étant devenus plus fréquents et plus violents, les éblouissements et les bourdonnements d'oreille ayant augmenté, le pouls étant plein et développé, la face bouffie avec une teinte légèrement livide, une saignée du bras de deux palettes au plus fut pratiquée. La malade, saignée assise, parce qu'elle ne voulut pas se coucher, supporta très bien cette opération et ne parut en ressentir aucun effet nuisible. Après s'être mise quelques instants sur son canapé, elle voulut se lever; mais éprouvant un malaise subit, et une sensation extraordinaire dans le bas-ventre, elle se coucha de nouveau pour éviter de se trouver mal. Après quelques heures de repos, elle se leva se trouvant à peu près dans son état naturel.

Depuis lors, la dame Darbet se plaignit d'être moins bien qu'avant la saignée et de ne plus sentir remuer son enfant. Les douleurs de tête n'avaient pas reparu; il existait toujours quelques troubles dans la vue et un sentiment d'affaissement général; il n'y avait pas d'appétit.

Le 30, je trouvai la dame Darbet assez bien, la face un peu pâle, légèrement bouffie, le pouls sans fréquence, régulier, peu développé; par l'auscultation il me fut facile de constater l'existence du souffle placentaire et les battements du cœur du fœtus, que je sollicitai inutilement à

faire quelques mouvements ; je tranquillisai la mère sur l'absence des mouvements de son enfant ; je conseillai le repos, la chaise longue, convaincu que tout allait rentrer dans l'ordre.

Quelques jours après, la santé parut rétablie ; la malade crut sentir remuer son enfant, mais d'une manière assez vague; elle avait encore éprouvé quelques douleurs de tête assez violentes, passagères, quelques éblouissements ; la saignée paraissait cependant avoir amélioré son état.

Le 3 mai, la dame Darbet se trouvant bien disposée, voulut faire sa promenade habituelle après dîner. Chemin faisant, elle éprouva tout d'un coup une sensation pénible dans le bas-ventre, un saisissement général, et fut sur le point de se trouver mal ; elle se hâta de rentrer chez elle, et se plaignit dès ce moment d'un sentiment de pesanteur très incommode sur le rectum. Ce sentiment de pesanteur ne la quitta plus et s'accompagna bientôt de douleurs de reins.

Le 4, ces symptômes au lieu de diminuer augmentent, la malade n'éprouve pas le besoin de manger, elle est mal à l'aise, elle dîne le soir sans appétit, sa digestion s'annonce comme devant être très-pénible, la moitié de la nuit se passe dans l'agitation, l'insomnie. Vers minuit, une heure du matin, le malaise augmente, et il survient des nausées, des vomissements, puis une syncope. On m'envoie chercher en toute hâte. La malade revient à elle, elle se plaint d'étouffements et de coliques violentes, mais passagères, par tout le ventre. A mon arrivée, à 3 heures du matin, elle accuse surtout d'éprouver : 1^o une constriction et une anxiété extrêmes dans la région épigastrique, 2^o des douleurs de reins très-pénibles, 3^o une pesanteur incommode

vers l'anus. Je suis frappé de prime-abord de la pâleur de la malade, de la petitesse de son pouls, du refroidissement de ses extrémités.

Les battements du cœur sont fréquents, réguliers, assez forts. Le ventre n'offre pas d'augmentation de volume. Le globe utérin s'élève à peine jusqu'au dessus de l'ombilic. Il est arrondi ; sa dureté, qui augmente par moments en même temps que les douleurs dont se plaint la malade, indique assez qu'il est le siège de contractions. Par le toucher je reconnais que le col de la matrice n'est point effacé, qu'il est encore saillant et mou ; le doigt indicateur le rencontre assez bas, il s'introduit bien au commencement de son orifice externe, mais il trouve l'orifice interne à peine de la grandeur d'une pièce de cinq sols. Son pourtour est ferme, très-résistant et ne paraît pas susceptible de dilatation. On sent à travers les parois vaginales une tumeur arrondie, uniforme, résistante, qui paraît être formée par la tête du fœtus au milieu des eaux de l'amnios. Nul écoulement de sang n'a lieu par le vagin, le doigt ne fournit à ce sujet que des indications négatives. Par l'auscultation, on peut facilement reconnaître l'existence du souffle placentaire. Quant aux contractions du cœur du fœtus, ne les ayant pas reconnues, je ne crus pas devoir persister dans mes recherches.

Malgré la gravité de ces symptômes, l'idée d'une indigestion me vint d'abord à l'esprit, et j'espérais que les vomissements une fois passés, le pouls se relèverait, et que l'état général s'améliorerait. Dans cette pensée, je prescrivis quelques tasses de thé léger et des cataplasmes sinapisés sur les mains, les avant-bras.

Après quelques heures d'attente, les symptômes gêné-

raux , au lieu de s'amender , prenant plus d'intensité , le trouble de la vue augmentant , les syncopes se renouvelant dès que la malade quitte la position horizontale , l'anxiété et les douleurs de reins étant extrêmes , j'envoie chercher une potion calmante contenant un grain d'extrait gommeux d'opium. Quelques cuillerées amènent du calme. La malade a toujours soif et demande à boire à chaque instant , très-souvent aussi elle demande le bassin pour uriner , mais elle ne rend rien. La matrice , continuellement tendue et résistante , ne présente pas cette mollesse bien marquée que l'on observe ordinairement dans l'intervalle des douleurs ; elle ne paraît pas avoir augmenté de volume , elle se durcit davantage par moments , et est évidemment le siège de douleurs symptomatiques de contractions utérines. Dans le vagin on sent , par le toucher , la tumeur arrondie , résistante , paraissant formée par la tête du fœtus , seulement elle remplit tout le bassin , et semble s'abaisser de plus en plus. A sa partie centrale se trouve l'orifice du col qui est dur , résistant , très contracté , facile à toucher , sans la moindre apparence d'écoulement sanguin ou brunâtre. Par la percussion et le toucher on peut facilement reconnaître que le globe utérin n'a éprouvé aucune distension transversalement , qu'il est dilaté vers l'épigastre , ramassé sur lui-même au centre de l'abdomen , sans augmentation de volume vers les hypocondres.

L'application attentive de l'oreille sur l'abdomen laissait facilement percevoir le souffle placentaire ; mais les battements du cœur du fœtus étaient imperceptibles. En appliquant la main refroidie sur l'abdomen , on sentait par moments , dans le corps de la matrice , des mouvements partiels qui pouvaient faire croire à des mouvements

actifs du fœtus, mais qui n'étaient évidemment dus qu'à des contractions partielles de l'utérus. Le fœtus paraissait avoir cessé de vivre; l'avortement était imminent. Cependant le travail n'était pas commencé, le col n'avait subi aucune dilatation, il n'était pas effacé. La fatigue que la malade éprouvait depuis quinze jours, et dont la cause était peu appréciable, le manque d'appétit, la difficulté des digestions survenues dans les derniers temps expliquaient suffisamment la pâleur générale et l'état de faiblesse de la malade. Une teinte d'un jaune pâle existait sur toute la surface de la peau, et venait déguiser de la manière la plus insidieuse la pâleur générale de l'anémie. Les conjonctives oculaires, décolorées, n'offraient pas la couleur jaune safranée de l'ictère. Mais à plusieurs reprises, la malade, en se présentant au bassin pour uriner, avait rendu une cuillerée tout au plus d'un liquide légèrement brunâtre, qui devait provenir de l'utérus. Et cependant le doigt porté dans le vagin pour explorer le col ne rapportait aucun indice d'un écoulement semblable.

Dans la matinée du 5, le pouls ne s'était pas relevé, sa faiblesse était plus grande, l'anxiété précordiale et l'étouffement persistaient, mais à un moindre degré, et causaient de l'agitation; les syncopes menaçaient de se reproduire dès que la malade se levait sur son séant. Rien du côté du cœur ni de la tête ne pouvait expliquer de pareils phénomènes. Toute mon attention était fixée sur l'utérus, et l'idée d'une hémorrhagie intra-utérine latente me donnait seule une explication suffisante de tout ce que j'observais; cependant son existence pouvait être contestée; les symptômes locaux de l'hémorrhagie interne n'étaient point bien évidents. Le globe utérin n'avait pas sensiblement aug-

menté de volume, *seulement il était dans un état de tension continue* ; aucune apparition d'écoulement de sang par le col n'avait eu lieu. Les douleurs que la malade éprouvait par moments dans le bas-ventre, la dureté plus grande du corps de la matrice, m'indiquaient l'existence de contractions utérines, et j'attendais avec impatience que le travail commençât, que le col se dilatât pour éclairer mon diagnostic et me permettre d'agir, s'il y avait lieu.

Cependant je prévins la famille que les circonstances étaient graves, qu'il y avait à prendre une détermination importante, celle de terminer promptement l'accouchement ou de l'abandonner à lui-même, et que je désirais avoir l'avis d'un de mes confrères et lui faire partager la responsabilité d'un pareil cas.

Mon très-honorable confrère et ami, M. *** vint avec moi auprès de la malade, je lui fis part des craintes que j'avais d'une hémorrhagie interne de l'utérus, et de l'embarras où je me trouvais sur ce qu'il y avait à faire, les signes locaux de l'hémorrhagie n'étant pas évidents, le col n'étant pas dilaté ni dilatable.

Après avoir examiné la malade, M. *** pensa que le fœtus était mort. Mais au lieu de me confirmer dans l'existence d'une métrorrhagie interne, il fut d'avis que la malade était sous l'influence de la constitution régnante ; qu'il s'agissait d'une fièvre grave à laquelle on devait rapporter la mort de l'enfant ; et que, même dans le cas d'hémorrhagie interne, les symptômes locaux n'indiquaient pas que l'épanchement fût assez considérable pour expliquer les symptômes ; que, du reste, l'état du col, contracté et non dilatable, était une raison suffisante d'attendre que

le travail imminent eût commencé et eût fait quelques progrès.

Du reste, on sait qu'il n'est pas toujours facile, à la première vue, de constater l'augmentation de volume que vient à subir l'utérus pendant la grossesse; car, pour le faire avec certitude, il faut avoir examiné cet organe peu de temps avant l'épanchement, à moins toutefois que cet épanchement ne soit très considérable.

Pendant la journée du 5, nulle amélioration; pouls toujours faible et misérable; il semble par moments reprendre un peu de force sous l'influence des cataplasmes sinapisés que l'on multiplie. Les facultés intellectuelles sont conservées; mais il existe un abattement extrême avec des tintements d'oreilles et trouble de la vision. La malade se plaint d'avoir devant les yeux un nuage épais qui l'empêche de distinguer les objets. L'anxiété épigastrique, qui avait été si pénible dans le principe, paraît avoir diminué. Les douleurs de reins et le sentiment de pesanteur vers le fondement, vers la vessie, sont les deux symptômes dont la malade se plaint continuellement. La soif est moindre et ne se trouve nullement en rapport avec l'état de la langue, qui est pâle et humide. De temps en temps, la malade accuse aussi, dans le centre de l'abdomen, des douleurs intermittentes de peu de durée, qui coïncident avec des contractions utérines.

Dans la soirée la malade est assez calme, les contractions utérines ont à peine changé l'état du col. Dans la nuit, la malade étant très-agitée et son pouls très-faible, je cherchai à accélérer la dilatation du col en répétant le toucher à de courts intervalles; lorsqu'elle fut portée à la

grandeur d'une pièce de deux francs, la poche des eaux se présenta, je la rompis prématurément pour accélérer le travail. Il s'écoula une quantité très-minime d'une sérosité brunâtre qui, avec les autres symptômes concomitants, fut pour moi un indice presque certain de la mort du fœtus, mais insuffisant pour établir l'existence d'une métrorrhagie considérable. Les douleurs n'en devinrent pour cela ni plus fréquentes ni plus longues, elles s'éloignèrent au contraire et étaient presque sans résultat. La dilatation du col faisait des progrès très-lents, le globe utérin; au toucher, n'avait pas sensiblement augmenté de volume; cependant il était plus rénitent, plus tendu que la veille, et il ne présentait pas, dans l'intervalle des douleurs, la mollesse qu'on observe habituellement; la tumeur qu'il formait dans tout le vagin s'était abaissée. Le toucher fut pratiqué à de courts intervalles, et à l'aide des doigts indicateur et médium je cherchai à accélérer la dilatation; en même temps je fis prendre, à des distances assez rapprochées, plusieurs paquets de cinq décigrammes de seigle ergoté; et pour relever les forces on continuait l'application des sinapismes sur les extrémités.

Voyant que l'emploi de ces moyens ne produisait pas d'effet, que les contractions utérines étaient nulles, que le globe utérin restait dans un état de tension plus considérable, la malade étant sans connaissance, avec un pouls presque insensible, j'envoyai chercher M. *** en toute hâte, pour qu'il m'aidât à terminer l'accouchement comme moyen extrême et unique de sauver la femme. Son arrivée se faisant attendre, avant que la malade n'eût rendu le dernier soupir, je me décidai, autant pour ma propre satisfaction que pour remplir une indication qui, dès le

principe, m'avait paru pressante, à terminer l'accouchement.

Le col de l'utérus m'ayant offert trop de résistance pour l'introduction de la main, je l'abaissai et le fendis, à l'aide d'un bistouri boutonné, à droite et à gauche. La main gauche fut introduite: la tête du fœtus se présentait, j'amenai le pied gauche, puis j'allai chercher le droit; j'amenai l'enfant avec facilité et promptitude, il était sans vie, le cordon deux fois enroulé autour du col et tellement court, qu'il était retenu par lui très-rapproché des parties génitales de sa mère. Pendant que je faisais la version, il s'écoulait du sang fluide mêlé de quelques caillots; mais avec l'enfant et après sa sortie, il sortit une quantité considérable de caillots et de sang liquide noir dont il fut assez difficile d'évaluer la quantité: il y en avait plusieurs litres. Ce n'était que du sang, il n'y avait pas apparence d'eaux de l'amnios; avaient-elles été absorbées à mesure que l'épanchement s'opérait, on bien s'étaient-elles écoulées au dehors, d'une manière insensible? je m'en serais très-certainement aperçu. Du reste, l'absence ou plutôt la diminution de ces eaux ont dû favoriser l'épanchement, et peuvent expliquer l'augmentation peu appréciable du volume de l'utérus, bien que la quantité de sang fût assez considérable pour déterminer la mort. J'introduisis la main pour aller à la recherche du placenta, il adhérait encore en partie. Il était entier, tout recouvert de sang intérieurement, il offrait à peu près vers son centre une large cavité remplie de caillots, et dont le pourtour était ecchymosé; deux autres petits épanchements du volume d'un noix existaient dans le voisinage; le sang y était infiltré sans communication à l'extérieur.

Devait-on rapporter à ces deux petits épanchements les

deux premières syncopes que la malade a éprouvées ? Il n'y avait point de traces de travail inflammatoire.

L'enfant, qui était une fille, avait bien le développement d'un fœtus de huit mois, il ne présentait aucun signe de putréfaction, sa mort ne devait dater tout au plus que de quelques jours.

La mère, qui était déjà à l'agonie au moment où je me décidai à opérer l'accouchement artificiel, fut tout à fait insensible à la version, elle expira quelques instants après.

Le mari, une parente et une autre personne, qui assistaient à l'opération, furent pleinement convaincus de la réalité de la cause des accidents que je leur avais annoncée ; moi-même, si je n'avais pas fait la version, j'aurais tout attribué à une influence typhoïde sur la mère et sur l'enfant ; et le fait aurait été perdu pour moi et pour la science. Je crus devoir dire aux parents que, malgré la saignée, il était survenu cette attaque d'apoplexie dans la matrice ; qu'on aurait été en droit, si on ne l'eût pas faite, de nous faire un grave reproche de ne l'avoir pas pratiquée, et aujourd'hui je suis à me demander, Messieurs, si la saignée n'a pas été elle-même cause de tous les accidents.

§ III. RÉFLEXIONS.

1^o *Etiologie.* — Une première question se présente ici : la saignée n'a-t-elle pas été la cause indirecte de tous les accidents que nous avons observés ? Baudelocque cite l'observation suivante, qui paraît avoir quelque analogie avec le fait que je viens de rapporter :

« En 1778, une femme de la plus forte complexion se
« fit saigner pour la troisième fois, au terme de sept mois

« environ de grossesse. A l'instant même elle tomba en
« syncope, et cet accident se renouvela plusieurs fois
« dans le cours de la journée. Dès le lendemain, elle se
« plaignit de douleurs de reins, de coliques sourdes et
« profondes, semblables à celles qui précèdent ordinaire-
« ment les règles. Elle ne sentait plus remuer son enfant ;
« le corps de la matrice parut être un peu plus développé
« que la veille et manifestement plus ferme au toucher.
« Ces douleurs se répétèrent assez périodiquement pendant
« l'espace de dix-huit à vingt jours ; elles se faisaient sen-
« tir avec cette périodicité remarquable durant cinq à six
« heures de suite, en acquérant plus de force à chaque
« paroxysme, mais sans produire aucun changement, au-
« cune altération dans le col de la matrice, quoiqu'elles
« dépendissent évidemment de la contraction du corps de
« ce viscère. Après deux jours de calme, de plus fortes
« douleurs s'annoncèrent, le travail de l'accouchement
« s'établit, et la femme se délivra sans avoir perdu une
« seule goutte de sang fluide. L'enfant était mort, il an-
« nonçait au plus un fœtus de sept mois. Des caillots de
« sang noirâtre avaient précédé et suivi sa sortie. Le pla-
« centa était ecchymosé et couvert extérieurement d'une
« couche de sang très-épaisse. »

On ne trouve pas dans les auteurs d'autres observations semblables. Partout la saignée est conseillée à toutes les époques de la grossesse, lorsqu'il existe des symptômes de pléthore, tels que ceux que nous avons eu à observer chez notre malade. Il n'est dit nulle part que la saignée puisse produire des accidents. Si la saignée n'avait point été faite chez cette malade, et que les accidents fussent survenus, on aurait été en droit de faire un reproche au médecin de

ne l'avoir pas pratiquée. Le décollement du placenta a-t-il été l'effet indirect de la saignée? Existe-t-il une simple coïncidence entre deux circonstances indépendantes l'une de l'autre? La saignée a-t-elle été sans effet pour prévenir cet accident, en admettant qu'il fût une conséquence de la pléthore? Ce sont des questions qu'il est permis de poser ici. Dans le cas de pléthore, les accès violents de céphalalgie, les tintements d'oreille, étaient peut-être le résultat de la gêne qui existait dans la circulation placentaire, et à laquelle la saignée n'avait pu remédier, et, par conséquent, le prélude du décollement du placenta. Les auteurs notent les céphalalgies violentes parmi les prodromes des métrorrhagies.

Il me paraît plus rationnel d'admettre que les choses se sont passées comme il suit. Les premiers phénomènes que la dame Darbet a éprouvés peu de temps après la saignée, lorsqu'elle a voulu se lever, étaient dus à la formation d'un épanchement sanguin bien circonscrit; les autres accidents graves ont été ensuite amenés par le décollement complet d'un point du placenta et par l'épanchement dans toute la cavité utérine. Si le fœtus, dans un mouvement convulsif, a été la cause des accidents, le tiraillement du placenta, par le cordon a produit un commencement de décollement avec épanchement bien limité. De là, gêne dans la circulation placentaire, état de souffrance du fœtus, dont les mouvements sont suspendus ou rendus moins sensibles; dès-lors malaise habituel, et, chez la mère, le 3 mai, pendant la promenade de la dame Darbet, décollement plus étendu du placenta, épanchement plus considérable de sang, mort du fœtus; dans la nuit, décollement complet du placenta, épanchement dans toute la cavité utérine, et,

par suite, les accidents observés. Peut être que, dès la première syncope, l'épanchement, bien que circonscrit, a amené la mort prompte du fœtus.

Dans quelque circonstance que ce soit, à l'occasion d'une saignée, il peut se développer des accidents mortels, tels qu'une syncope, une phlébite, etc. Or, chez une femme enceinte de plus de sept mois, la saignée ne peut-elle pas, en produisant la syncope, donner lieu à quelques mouvements convulsifs chez le fœtus? Alors, ne serait-il pas possible que, dans un de ses mouvements violents, le fœtus, autour duquel le cordon pourrait se trouver enroulé, ne tirillât brusquement le cordon, par un coup de pied par exemple, et ne donnât lieu au décollement du placenta, et par suite, à tous les autres accidents qui peuvent en être la conséquence?

Cette opinion ne peut-elle pas être émise avec raison? je la trouve en quelque sorte autorisée par le passage suivant de l'ouvrage de M. A.-C. Baudelocque, et par l'observation ci-jointe de M. Deneux. « A une époque avancée
« de la grossesse, dit M. Baudelocque (*Traité des Hémor-*
« *rhagies internes de l'utérus*), vers les cinquième, sixième
« mois et plus tard, les affections morales vives ont pour
« effets immédiats d'occasionner des mouvements très-vio-
« lents et comme convulsifs au fœtus. Ne serait-il pas possi-
« ble que, pendant ces mouvements, le cordon ombilical
« tirillant fortement le placenta, en opérât un décolle-
« ment plus ou moins étendu?

« Une femme d'une constitution sanguine et nerveuse,
« dit M. Deneux (*Journal général*, tome 63), heureuse-
« ment parvenue à la fin d'une grossesse pénible, fut
« tourmentée par des affections morales très-vives, ce qui

« donna lieu à de très-forts mouvements de l'enfant, pendant lesquels une douleur assez violente se fit sentir vers le fond de la matrice. Le lendemain, elle était pâle, très-faible, elle souffrait de douleurs de reins, d'un sentiment de tension, de pesanteur dans le bas-ventre. L'enfant n'avait fait aucun mouvement depuis dix-huit heures. Au bout de quatre jours, pendant lesquels elle n'avait cessé d'aller et venir, les douleurs de l'enfantement se manifestèrent; l'accouchement fut prompt, naturel. L'enfant était mort. Il y avait au centre de la face externe du placenta un caillot de sang noir, solide, plus volumineux que le poing. » Dans une autre observation de M. Deneux, une dame, qui avorta quelques jours après une vive frayeur, avait cessé de sentir remuer son enfant, dont les mouvements avaient été très-tumultueux au moment de l'affection morale.

L'observation de la dame Darbet me paraît pouvoir être interprétée à l'appui de cette opinion : Le cordon était deux fois entortillé autour du col du fœtus; il était tellement raccourci que l'enfant extrait était retenu fortement rapproché des parties génitales de sa mère, et qu'il n'a pu en être éloigné que lorsque le col eut été complètement débarrassé du cordon.

Mais il faut avouer que la malade n'a point accusé, au moment de la syncope, d'une manière bien tranchée, la sensation d'un mouvement violent de son enfant. La syncope a peut-être agi d'une manière fâcheuse, en amenant dans la circulation un trouble, un dérangement qui ont produit la rupture des artères et des veines utéro-placentaires, par l'accumulation dans ces vaisseaux d'une quantité trop considérable de sang.

Les auteurs rapportent le plus souvent le décollement du placenta à des contractions partielles de l'utérus. Nous admettons ce genre de causes, et c'est à lui peut-être que l'on doit attribuer les accidents de notre malade.

Doit-on rapporter ce fait à une simple apoplexie placentaire dont la cause reste inconnue ?

Il était aussi permis de se demander si la constitution médicale régnante à cette époque a été sans influence sur la terminaison si funeste de la grossesse dont il est question ici.

Enfin, nous avons cherché à savoir si les accidents mortels survenus chez la dame Darbet étaient la suite d'un travail inflammatoire, d'une phlébite, par exemple, développée dans le point du décollement du placenta. Nous n'avons constaté aucune trace de travail phlegmasique sur le placenta, l'autopsie de la mère n'ayant pas été faite. Les symptômes que l'on a observés ne m'ont paru en aucune façon se rapporter à une résorption purulente ; leur ensemble appartenait à la métrorrhagie interne, sans qu'il fût nécessaire d'admettre l'influence sur la mère du cadavre du fœtus, dont la mort ne pouvait être que récente. Cependant l'hémorrhagie placentaire, qui paraît s'être opérée en plusieurs fois, peut avoir donné lieu à quelques phénomènes inflammatoires sans traces évidentes sur le placenta.

2° *Symptomatologie.* — Les symptômes généraux et locaux que nous a offerts la dame Darbet ne pouvaient être rapportés qu'à une perte interne. Parmi les symptômes concomitants communs à toutes les hémorrhagies et dus à la sortie d'une certaine quantité de sang hors des voies circulatoires, nous avons eu à observer les suivants : Pâleur gé-

générale, teinte pâle de la peau, petitesse, puis absence du pouls, refroidissement des extrémités, syncopes fréquentes. Ici je crois devoir rappeler que, dans une hémorrhagie, il ne faut pas seulement tenir compte de la quantité de sang, mais qu'il faut aussi considérer, d'une part, la qualité du sang, du sang artériel par exemple, dont la perte épuise bien plus vite, et, de l'autre, les circonstances au milieu desquelles se trouvent les malades : une femme enceinte de sept mois et demi, épuisée par les fatigues d'une grossesse, se trouve dans des conditions bien plus favorables à l'épuisement.

L'époque avancée de la grossesse favorise aussi l'épanchement dans la cavité utérine.

Quant à la teinte jaune pâle avec bouffissure de la face, elle pouvait faire croire au premier abord à l'existence d'un ictère ou d'une fièvre grave. Mais les conjonctives étaient pâles, décolorées, sans teinte ictérique; ce symptôme a été le plus souvent mentionné par les auteurs dans les métrorrhagies abondantes.

Les phénomènes symptomatiques de la présence du sang dans l'utérus n'étaient pas au grand complet. Les plus importants manquaient; la distension du fond de la matrice vers l'épigastre n'était guère appréciable; il ne paraissait pas s'étendre au-delà des limites de sept mois de grossesse. Cependant l'anxiété épigastrique, la difficulté de respirer, indiquaient autant les effets d'une perte de sang considérable, que le refoulement du diaphragme en haut, que la diminution de l'étendue de la cavité thoracique, et que les obstacles mécaniques à l'inspiration profonde. S'il était impossible de démontrer la distension du tissu de la matrice d'une manière évidente, il existait, indépendam-

ment des phénomènes généraux, des circonstances locales propres à faire admettre un épanchement de sang dans l'utérus; douleurs de reins, pesanteur continuelle et incommode sur le fondement, sensibilité excessive de tout l'hypogastre, tension et dureté continuelles du corps de la matrice, proéminence de cet organe remplissant tout le vagin, impossibilité de se coucher sur le côté à cause de la sensation du poids énorme de l'utérus pressant les parties sous-jacentes.

Si dans le principe la matrice se durcissait pendant les douleurs, elle n'offrait pas dans leur intervalle ce relâchement complet qu'on observe habituellement, et bientôt la dureté du globe utérin, sa tension devinrent continuelles, à mesure que les contractions utérines s'éloignèrent.

Le fait précédent avec les observations de Chevalier, Laforterie, Baudelocque, prouve le danger pour la mère de la métrorrhagie interne; il vient réfuter, d'une manière complète, les opinions que M^{me} Boivin a émises dans un travail qui a eu de la publicité. « Nous ne pensons pas, « dit-elle, à quelque terme que soit la grossesse, que l'utérus rempli par le produit de la conception puisse admettre un volume de sang aussi considérable que quand l'organe est récemment vide, ni que cette quantité soit suffisante pour occasionner la mort de la femme.

« La perte interne dans le cas de grossesse, dit-elle « aussi sans plus de raison, en distendant ce viscère (l'utérus) outre mesure, est un moyen certain d'en déterminer la contraction, d'où il suit que la maladie devient elle-même son propre remède; que la perte utérine interne, au lieu d'être plus dangereuse, l'est moins que la perte externe dans le cas même de grossesse; que

« s'il en était autrement, il faudrait bannir le tampon de thérapeutique des hémorrhagies utérines. »

On me fera peut-être le reproche de n'avoir pas évalué d'une manière exacte, de n'avoir ni pesé ni mesuré, comme le dit M^{me} Boivin, la quantité de sang perdu : à cela je répondrai que cette appréciation exacte est le plus souvent impossible au milieu des circonstances graves d'une métrorrhagie. Aussi voit-on dans les observations de Chevalier, de La Forterie, Baudelocque, etc., que la quantité de sang, constituant la métrorrhagie, n'a jamais été ni mesurée ni pesée, que son évaluation a toujours été approximative ; les effets funestes d'une perte de sang chez une femme arrivée à une époque avancée de grossesse, sont sujets à varier, et relatifs aux circonstances dans lesquelles se trouve la femme, à la rapidité plus ou moins grande de l'hémorrhagie et à la qualité du sang qui est artériel, et dont la perte est bien plus sensible. Du reste la quantité de sang épanché n'a pas besoin d'être considérable pour déterminer la mort de la femme : ainsi, dans la 41^e observation rapportée par M. Baudelocque, l'accouchement se fit sans effusion de sang, le placenta vint aussitôt après l'enfant. Sa surface externe était couverte, dans les deux tiers de son étendue, par une croûte de sang noir assez épaisse, et un caillot qui excédait le volume de l'arrière-faix.

3^o *Traitement.* — Si les phénomènes observés portaient à penser que le fœtus n'existait plus, si les signes que l'on pouvait rapporter à une hémorrhagie intra-utérine n'en établissaient pas l'existence d'une manière incontestable, si quelques phénomènes pouvaient se rapporter à l'influence d'une affection typhoïde ou d'une fièvre grave, il

était évident que la grossesse ne pouvait se prolonger plus longtemps, que l'accouchement pouvait seul mettre un terme aux accidents terribles de la dame Darbet. Le travail n'était pas commencé, le col n'était ni dilaté ni dilatable. La conduite du chirurgien n'était pas nettement indiquée. Pouvait-il temporiser sans inconvénients? Devait-il attendre que la perte interne, en distendant l'utérus outre mesure, en déterminât la contraction; que la maladie fût devenue elle-même son propre remède? ou bien devait-il tout tenter pour hâter la délivrance?

Quelques symptômes nerveux dans les muscles de la face et des membres pouvaient faire craindre que la moindre tentative sur le col ne provoquât le développement de l'éclampsie; mais ces symptômes pouvaient aussi dépendre de l'hémorrhagie, et ils auraient cessé avec elle.

Dans la plupart des cas de métrorrhagies internes, l'épanchement sanguin intra-utérin, en distendant la matrice, ou bien l'irrite et en fait naître les contractions, ou au moins affaiblit le col et le dispose à se laisser dilater. « Rien, dit Baudelocque, ne saurait justifier la conduite de l'accoucheur qui, en pareil cas, voudrait opérer l'accouchement sans délai. » Il fut donc rationnel de favoriser les contractions utérines, et de hâter la marche du travail, par des frictions sur l'abdomen; par des touchers répétés avec un et plusieurs doigts, par l'administration de quelques doses de seigle ergoté. Peut-être que l'extrait de belladone porté sur le col aurait promptement amené sa dilatation.

Les cataplasmes sinapisés sur les extrémités supérieures ne doivent pas avoir eu d'influence sur les contractions.

Seulement, pour calmer l'anxiété épigastrique dont se

plaignait la malade avec instance, et s'opposer à l'explosion d'accidents nerveux qui avaient paru imminents, on fit prendre une potion contenant cinq centigrammes d'extrait gommeux d'opium. Il est permis de se demander si cette potion a été pour quelque chose dans la suspension des contractions utérines.

La rupture prématurée de la poche des eaux, lorsque le col offrait la dilatation d'une pièce de quarante sols, lorsqu'il existait encore des contractions dans l'utérus, n'a pu qu'être favorable au progrès du travail ; elle est conseillée par les auteurs, par Baudelocque en particulier, tant qu'il existe des contractions utérines évidentes. La quantité d'eau qui s'est écoulée dans ce moment a été si minime, qu'elle n'a pu fournir qu'un très-faible espace à l'épanchement. Du reste, l'augmentation du volume de la matrice n'en fut pas plus sensible, et par suite l'épanchement plus grand.

Il est généralement vrai que la perte interne dans le cas de grossesse, en distendant l'utérus, est un moyen certain d'en déterminer la contraction ; mais il est vrai aussi que cette contraction peut être insuffisante pour expulser non pas seulement l'enfant, mais même le sang épanché. Les contractions peuvent s'affaiblir graduellement au point de disparaître tout à fait, sans qu'une seule goutte de sang n'ait paru au dehors au moment où la femme succombe. Tel est l'exemple de la dame Darbet.

Ici semble se présenter naturellement la question suivante : Dans le cas de perte interne bien évidente, non contestable chez une femme enceinte de 7 à 9 mois, le col n'étant pas dilaté ni dilatable, les contractions utérines étant nulles, la femme étant en très-grand danger,

les accidents étant si urgents qu'on n'a point un instant à perdre, *l'accouchement artificiel, à défaut d'accouchement naturel*, doit-il être pratiqué sans délai ? M. Baudelocque se demande si on pourrait dans un danger pressant se permettre de recourir à l'opération de Smellie, à l'incision du col de la matrice. L'observation de la dame Darbet est pour moi une preuve évidente qu'il est facile, après l'incision du col, d'aller chercher l'enfant et d'opérer la version.

L'observation de Mangin prouve le peu de danger de cette opération et les avantages qu'on peut en tirer.

« M. Mangin qui suivait mes cours, dit Laverjat, fut » mandé pour une femme en travail dont les jours étaient » menacés par une hémorrhagie considérable. Ayant re- » connu par le toucher la callosité des bords de l'orifice, il » les incisa à plusieurs endroits; après quoi, il porta la » main dans la matrice, et termina l'accouchement. La » femme n'éprouva aucun accident, et a toujours joui » depuis d'une parfaite santé. »

§ IV. RÉSUMÉ.

De ce qui précède n'est-il pas permis de déduire les propositions suivantes :

1° La saignée dans les trois derniers mois de la grossesse, bien qu'indiquée, a pu dans quelques circonstances être la cause indirecte d'accidents.

Pour la pratiquer avec plus de sécurité, la malade doit être saignée couchée, ou se coucher immédiatement après pendant plusieurs heures, et la quantité de sang extraite doit toujours être très-modérée.

2° La métrorrhagie interne peut, dans quelques cas, rares il est vrai, être rapportée au décollement du placenta

dans quelque mouvement violent du fœtus, soit par des coups trop forts contre cette masse vasculaire, soit par des tiraillements sur le cordon ombilical.

3° Les faits de métrorrhagie interne sans augmentation bien appréciable dans le volume du ventre, sans écoulement de sang à l'extérieur, passent quelquefois inaperçus. Ainsi le cas de la dame Darbet aurait été perdu pour la science, si on n'avait pas opéré la version, et mis le fait hors de doute. Le diagnostic dans ces circonstances offre de grandes difficultés; l'existence de la métrorrhagie peut être contestée.

4° Dans le cas de métrorrhagie sans contraction aucune de l'utérus, avec occlusion complète du col, dont les bords sont résistants, non dilatables, il est rationnel dans un danger pressant, lorsque les autres moyens conseillés par les auteurs sont sans résultat, d'inciser le col, pour introduire la main dans la cavité utérine et opérer la version (1).

COUP D'OEIL

SUR

LE BRUIT DE SOUFFLE DES ARTÈRES EN GÉNÉRAL,

ET EN PARTICULIER

SUR LE BRUIT PLACENTAIRE ;

(Mémoire lu à l'Académie de Médecine.)

Par M. V. L. de STÉFANI, Docteur en Médecine et en Chirurgie.

Il est d'un grand intérêt pour le médecin, en général, de savoir si une femme est enceinte ou si elle ne l'est pas ;

(1) J'ai cru devoir donner de la publicité à un fait peu commun, dont la connaissance peut être utile dans la pratique des accouchements.

mais pour le médecin légiste, outre la certitude de ce fait, ce qui lui importe le plus, c'est de pouvoir en apprécier l'époque. Presque tous les signes nombreux indiqués par les praticiens au sujet de la grossesse sont incertains, et le plus souvent trompeurs. Aussi les accoucheurs ont dû souvent recourir à des recherches qui n'ont eu aucun résultat, et toutes les investigations qu'on a faites pour reconnaître la grossesse dans les premiers mois, prouvent la difficulté du fait lui-même.

Ainsi, le travail que j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie a pour but de fixer l'attention des praticiens sur les différents bruits qu'on rencontre pendant le temps de la gestation chez la femme. Je m'arrêterai particulièrement sur le bruit placentaire, dont je me propose d'indiquer les caractères différents et toutes les applications pratiques ; ensuite, après avoir jeté un coup d'œil rapide sur les opinions émises à ce sujet, je traiterai de la cause et de la formation du bruit de soufflet qu'on rencontre chez les femmes enceintes et dans plusieurs maladies. Quant au bruit placentaire, je ne prétends pas établir une nouvelle découverte ; ce que je veux, c'est de donner à ce fait toute la portée que lui voulait attribuer M. Kergaradec, auteur de la découverte, savoir : que le bruit de soufflet qu'on entend chez la femme enceinte est un signe pathognomonique de l'état de grossesse. Pour que cette découverte eût une valeur dans la science, il lui fallait la sanction de l'expérience. Les esprits se divisèrent sur ce point ; les uns l'acceptèrent comme signe de quelque valeur, tandis que les autres, et surtout le plus grand nombre des accoucheurs de nos jours, en méconnurent l'importance au point de le rejeter. La cause de cette espèce d'oubli, c'est que ces

derniers avaient négligé de faire des observations comparatives sur ce sujet, et c'est ce qui a empêché ce signe d'atteindre le degré qui lui convient dans l'échelle phénomologique de la grossesse. C'est à M. Mayor de Lausanne que nous devons l'application de l'auscultation à la grossesse et la découverte des battements du cœur du fœtus. A partir de cette découverte, qui eut lieu en 1818, jusqu'en 1822, époque à laquelle M. Kergaradec publia un mémoire sur ce sujet, les bruits placentaire et cardiaque n'avaient point été pris en considération. M. Kergaradec, par son travail, attira l'attention des praticiens ; alors ces deux bruits furent reconnus ; le bruit *cardiaque fœtal* fut accepté comme un signe pathognomonique de la gestation, tandis que le bruit de soufflet fut par plusieurs accoucheurs entièrement rejeté. Mais attendu que le bruit *cardiaque fœtal* ne se produit chez le fœtus que lorsque la circulation est parfaitement établie, c'est-à-dire après l'expiration du cinquième mois, la grossesse donc, jusqu'à cette époque, est restée et est encore incertaine.

Il y a quelques praticiens qui soutiennent avoir entendu les battements du cœur du fœtus au quatrième mois. Quant à moi, je ne les ai jamais rencontrés de si bonne heure ; je crois même cela impossible, car à cette époque le fœtus n'a pas acquis un développement suffisant, d'autant plus que ces pulsations se font entendre en raison du développement progressif de l'embryon. On y remarque même certaines variations que je crois soumises à l'influence générale de la circulation de la mère, et je crois aussi que toutes les causes qui peuvent apporter une perturbation dans le système circulatoire de la mère peuvent agir également sur la circulation du fœtus. A l'appui de cette

opinion, qu'il me soit permis de rapporter une observation recueillie à la clinique d'accouchement de Florence (1841). Dans la salle des grossesses anormales fut admise une femme de vingt-cinq ans, paysanne très-robuste et d'une organisation parfaite. L'ayant interrogée sur le motif qui l'amenait à l'hôpital, elle répondit que c'était à cause de son ventre qui augmentait de jour en jour. Elle disait même qu'elle n'avait jamais eu de rapports avec des hommes ; aussi elle s'effraya lorsqu'on lui apprit que sa maladie n'était autre chose qu'une grossesse. Voilà un cas où tous les signes rationnels n'étaient d'aucun secours. Il ne restait donc que les signes physiques : aussi son état de grossesse avancée suffit pour diagnostiquer qu'elle venait d'entrer dans son septième mois. Notre diagnostic fut confirmé par le jour de sa délivrance. Ce qu'il y a de remarquable dans ce fait, c'est que sur toute la surface du ventre, sans même le secours d'aucun instrument, on entendait les battements du cœur du fœtus avec une intensité et une célérité telles qu'il était difficile d'en apprécier le nombre. On en comptait de 200 à 220 par minute. Les pulsations de la mère, quoique fréquentes aussi, ne surpassèrent jamais le nombre de 120 à 130. Elles étaient irrégulières, intermittentes, changeant à chaque instant. On s'aperçut cependant que c'était l'annonce de la grossesse qui avait occasionné chez la femme toutes ces variations dans le système circulatoire. Après avoir constaté que sa grossesse était exempte de toute complication, la femme fut transportée dans la salle des grossesses normales. L'ayant visitée sur les neuf heures du soir, je la trouvai fort tranquille, et l'ayant engagée à se laisser ausculter, je me suis assuré que les battements du cœur du fœtus

étaient à peine perceptibles, et dans un espace fort limité. Quant au bruit placentaire, on le retrouvait au même point, mais avec moins d'intensité. Ce fait serait en opposition avec l'opinion de M. Depaul, qui croit que toutes les causes capables de troubler l'innervation et la circulation de la mère, n'ont aucune influence sur la circulation du fœtus. A ce propos, il rapporte plusieurs observations, d'où il conclut que les impressions éprouvées par la mère, aussi bien que toutes les causes qui peuvent augmenter la circulation chez elle, n'ont aucune influence sur les battements du cœur du fœtus. Voici ses paroles : « Comment serait-il possible dès lors qu'ils pussent être influencés par les commotions de la mère, c'est-à-dire par les impressions que reçoit le système nerveux d'une vie animale à laquelle il est complètement étranger (1). » D'après mes observations, il résulterait le contraire, c'est-à-dire que toutes les causes capables de troubler l'innervation et la circulation chez la mère, ont une certaine influence sur la circulation du fœtus. Avant de traiter de la nature et des caractères du bruit placentaire, disons quelques mots sur les différentes opinions émises à ce sujet.

Opinions des auteurs sur le bruit placentaire.

Plusieurs bruits se manifestent dès que la grossesse est à son troisième mois : je crois qu'il est impossible d'en constater avant cette époque, attendu que l'utérus ne s'est pas

(1) De l'Application de l'auscultation à la pratique des accouchements, par M. Depaul, page 21.

encore élevé au-dessus du détroit abdominal. Pourtant Kermedy dit avoir entendu le bruit de soufflet, vers la douzième semaine. Delens, Stolz et beaucoup d'autres, au contraire, soutiennent ne l'avoir jamais entendu avant la fin du troisième mois. Quant à nous, nous partageons l'avis de ces derniers. M. Kergaradec et d'autres croient que le bruit de soufflet se produit dans le placenta par l'effet d'un plus grand développement des vaisseaux. M. Corrignon pense qu'il est occasionné par le passage du sang des artères dans le tissu utérin. Cette opinion a été renouvelée, il y a quelque temps, par M. Depaul, qui y a ajouté la compression du fœtus. M. de la Harpe de Lausanne était d'avis que ce même bruit venait du frottement que tout liquide produit en parcourant un tube; aussi pensait-il, par analogie, que le bruit de soufflet qu'on entend pendant la grossesse n'était autre chose que le frottement du sang contre les parois des vaisseaux artériels utérins. M. Cazeaux est presque de cette opinion. MM. Moreau et Dubois l'ont nommé *bruit utérin*, attendu que l'utérus, à l'époque de la gestation, acquiert tous les caractères du tissu des tumeurs érectiles et variqueuses, et qu'une analogie existe entre le bruit de soufflet de la femme enceinte et le bruit de ces mêmes tumeurs.

Ceux qui pensent que ce bruit tient à la circulation *inter-placentaire* ont basé leur opinion sur ce fait: savoir, que ce même bruit est perçu le plus souvent au côté droit, dans la région où ordinairement le placenta se trouve implanté. Les accoucheurs s'aperçurent bientôt de l'inconstance du siège de ce bruit: car il paraissait et disparaissait à chaque nouvelle position de la mère, ce qui fit croire à M. Bouillaud que le bruit de soufflet qu'on entend chez la

femme enceinte, est communiqué par les vaisseaux iliaques, et dépend de la compression que l'utérus exerce sur ces mêmes vaisseaux. En outre, il fut porté à le croire par la raison que ce bruit se rencontre aux régions où ces vaisseaux ont leur passage ; c'est pour cela qu'il l'appelle *abdominal*. Cette explication ne me paraît nullement satisfaisante, car si ce bruit était produit par la compression de l'utérus, on ne devrait pas l'entendre dans toute l'étendue antérieure de l'abdomen, comme cela arrive quelquefois. Donc l'opinion de M. Bouillaud est loin d'expliquer la cause et le siège du phénomène. Quant à la cause, M. de la Harpe s'appuyant sur les lois physiologiques, pense que le bruit de soufflet est un effet des lois générales de la physique et même de l'économie animale ; savoir, qu'un liquide ne peut parcourir un tube quelconque sans produire du bruit. Aussi, disait-il, le bruit de soufflet est produit par la circulation utérine. Si le bruit de soufflet était produit par la circulation de l'utérus, il devrait être uniforme dans toute son étendue, se trouver toujours fixe, et invariable, au lieu de changer à chaque nouvelle position de la mère. Sans chercher tant d'explications, il suffit de sa variabilité pour prouver que ce bruit de soufflet n'est point produit par la circulation utérine. Mais accordons pour le moment à M. de la Harpe son explication ; il me permettra de lui demander si le bruit de soufflet a jamais lieu à l'état physiologique. Je ne connais pas d'organe où ce bruit se rencontre à l'état de santé. Ainsi donc on ne peut pas l'attribuer à des causes physiologiques, mais plutôt à des causes pathologiques ; car en effet, on ne le rencontre que dans l'état de maladie. Lorsque nous parlerons plus tard du mode de formation du bruit placen-

taire, nous tâcherons d'expliquer le plus exactement possible la nature et la cause du bruit de soufflet, et d'après quelles lois il se produit. Examinons avant tout l'opinion émise à ce sujet par le professeur Moreau; car c'est elle qui prévaut aujourd'hui dans l'école française. D'après la vascularité de l'utérus, et la dilatation énorme que ses vaisseaux prennent à l'époque de la gestation, il crut que le bruit de soufflet était produit par l'état de cet organe; d'autant plus qu'une certaine analogie existe entre le tissu que l'utérus acquiert à l'époque de la gestation, et le tissu érectile et *varico-anévrismatique*, et qu'il se rencontre dans l'un aussi bien que chez l'autre un bruit de soufflet presque identique. Aussi il fut par lui démontré que le bruit de soufflet tenait à cette disposition de tissu. M. Moreau oubliait d'expliquer comment tout cela se produisait.

Il faut cependant remarquer que, quoique le tissu utérin acquiert une certaine ressemblance avec le tissu érectile *varico-anévrismatique*, ces tissus ne sont pas identiques quant à leur nature; car les dilatations des vaisseaux utérins appartiennent aux vaisseaux veineux, et ne sont nullement pulsatiles, tandis que cette propriété pulsatile appartient aux tissus érectiles et *varico-anévrismatiques*, et que la prédominance des vaisseaux artériels dans ces tissus est évidente.

M. Moreau se confirma d'autant plus dans son opinion, que le même jour où M. Kergaradec publiait la découverte des deux bruits placentaire et cardiaque-fœtal (1), il lui fut

(1) Lejumeau de Kergaradec, Paris, 1822. Mémoire sur l'auscultation appliquée à la grossesse.

donné de les constater à la Maternité sur une femme qui, quelques moments plus tard, se délivra d'un fœtus putréfié. A ce propos voici ses paroles : « Frappé de ce fait
 « nous fîmes des recherches, et après avoir ausculté un
 « grand nombre de femmes, nous reconnûmes bientôt que
 « ce bruit de soufflet s'observait surtout vers les parties la-
 « térales de l'utérus; que ces régions étaient précisément
 « celles où se trouvent réunis les gros troncs artériels
 « et veineux qui se rendent à cet organe. Dès lors, nous
 « fûmes porté à penser que ce phénomène dépendait du
 « mode de circulation qui s'établit dans les parois même
 « de l'utérus pendant la grossesse; que ce bruit de soufflet,
 « analogue à celui que produisent les anévrysmes variqueux,
 « était le résultat des anastomoses fréquentes, des com-
 « munications nombreuses qui existent entre les vaisseaux
 « utérins pendant la grossesse. Cette opinion que nous avons
 « toujours professée reçut une nouvelle sanction des faits
 » observés par notre collègue, M. Paul Dubois, qui a
 « perçu le bruit de soufflet après la délivrance, particula-
 « rité notée par M. Carrière, 24 heures après l'accouche-
 « ment terminé (1).

Je n'aurais osé me mettre en contradiction avec ces deux illustres praticiens si une conviction raisonnée ne m'eût prouvé l'inexactitude de leurs opinions; et à ce propos, je n'aurais qu'à rappeler le raisonnement dont je me suis servi en parlant de l'opinion de M. de la Harpe. Ainsi je crois fermement que l'opinion de M. Moreau est insuffisante pour expliquer le phénomène en question.

(1) Moreau, Traité pratique d'accouchements, tom. I, p. 515.
 1844. Août. T. II. 33

L'erreur dans laquelle on est tombé quant au siège et à la cause du bruit de soufflet, c'est que l'on n'a pas établi assez d'observations comparatives, pour déterminer les caractères spéciaux des différents bruits qu'on rencontre aux diverses époques de la gestation. Aussi le défaut d'idées précises a conduit à les confondre les uns avec les autres ; car certains bruits ont entre eux une certaine ressemblance qui peut facilement induire en erreur, quoique chacun d'eux ait en même temps des caractères différentiels.

Caractères distinctifs des bruits qui se rencontrent chez la femme enceinte.

Lorsque à une certaine époque on ausculte une femme enceinte, on rencontre chez elle plusieurs bruits. Mais ils diffèrent par leur siège et par leur nature. Nous en ferons deux catégories, savoir, les *intra-utérins* et les *extra-utérins*. Nous appelons *intra-utérins* ceux qui ont lieu dans l'intérieur de l'utérus ; *extra-utérins* ceux qui ont leur siège en dehors de cet organe. Dans la première catégorie nous comprendrons les bruits suivants : le *cardiaque fœtal*, le *placentaire*, l'*amniotique*, et celui qui est produit par le *cordou ombilical*. Dans la seconde sont compris : l'*iliaque*, l'*aortique*, les *gargouillements intestinaux* et l'*écho cardiaque et pulmonaire de la mère*. Je ne m'arrêterai point à démontrer rigoureusement tous les caractères de chacun de ces bruits : je veux pourtant tracer les principaux caractères qui les distinguent les uns des autres ; et je m'arrêterai principalement au bruit placentaire qui a été le sujet d'un grand nombre d'opinions différentes.

Le *cardiaque fœtal* est un bruit sur lequel il n'existe aucune controverse ; car il n'y a de doute ni sur sa nature, ni sur son siège. Voici les principaux caractères qui le distinguent : les pulsations du cœur sont presque doubles en nombre de celles de la mère ; elles ne sont appréciables que lorsque le système circulatoire du fœtus a atteint un certain développement, et qu'il a acquis l'activité nécessaire pour se contracter. Ce bruit n'est appréciable qu'au cinquième mois accompli, quoique certains praticiens soutiennent l'avoir remarqué avant cette époque.

Le *bruit placentaire* a eu plusieurs dénominations selon le siège qu'on lui donnait. Il a été appelé *abdominal*, *utérin*, *placentaire* ; enfin on lui donnait le nom de l'organe où il semblait avoir son siège. Quant à moi, je l'appellerai bruit placentaire ; car je crois pouvoir démontrer qu'il a lieu dans le placenta.

Caractères distinctifs du bruit placentaire.

Le bruit placentaire n'est identique avec aucun des bruits qui se rencontrent pendant le cours de la gestation. Il a pourtant une certaine analogie avec tous les bruits qui offrent le caractère de souffle ; mais avec cette différence que le bruit placentaire ne change jamais, ni de place, ni de nature ; car chacun de ces bruits conserve certains caractères particuliers selon l'organe où il se produit. Le bruit placentaire se compose de deux temps, tandis que tous les autres n'en comptent qu'un seul : le premier temps, que j'appelle *d'insufflation*, est doux et expansif ; il se prolonge plus que les autres ; il est isochrone

avec le pouls de la mère ; je crois même qu'il correspond au passage du sang des extrémités des vaisseaux utérins débouchant dans les aréoles du lieu de connexion entre l'utérus et le placenta. Le second temps, que j'appelle d'*aspiration*, car son caractère est vraiment aspiratoire, répondrait, pour moi, au passage du sang des aréoles dans les extrémités des vaisseaux ombilicaux. Je crois même que ce caractère aspiratoire est dû à l'activité du système circulatoire du fœtus, parce que le cordon ombilical et ses divisions servent comme de trompe aspirante. Quant à moi, je donnerai à cette explication une valeur hypothétique ; mais elle me semble en harmonie avec la loi du bruit de soufflet, et avec la disposition anatomique des parties. Ce qu'il y a de certain, c'est que ces deux temps, avec les caractères ci-dessus décrits, appartiennent au bruit placentaire ou à la circulation *utéro-placento-fœtale*, et qu'ils ne se rencontrent dans aucun autre bruit pendant tout le temps de la gestation.

Il faut pourtant remarquer que le bruit placentaire peut varier d'intensité en raison de l'épaisseur et de la nature des diverses parties qui doivent le transmettre : car souvent la grossesse se trouve compliquée par quelque maladie, comme l'*ascite*, l'*hydrométrie*, la *tympanite*, l'*œdème* des parois abdominales : toutes ces complications peuvent en modifier l'intensité.

Le bruit placentaire quelquefois ne se rencontre point pendant tout le temps de la gestation ; alors on peut dire avec probabilité que le placenta se trouve implanté sur le col de l'utérus ou dans sa partie postérieure et inférieure. L'accoucheur en ce cas doit veiller aux hémorrhagies qui

peuvent survenir à l'époque du travail, comme il m'est arrivé de l'observer. Une fois il me fut impossible de rencontrer le bruit placentaire pendant tout le temps de la gestation ; on entendait fort bien le bruit *cardiaque fœtal* et le bruit *iliaque* ; ce qui me fit voir que le placenta devait occuper le col de l'utérus. En effet, à l'époque de l'enfantement il se manifesta une forte hémorrhagie, ce qui me certifia qu'un petit segment occupait l'orifice de l'utérus. Le bruit placentaire ne se fait jamais entendre dans toute son étendue, mais toujours dans un espace plus petit que l'insertion du placenta. Le bruit placentaire peut occuper une large surface, et cela arrive lorsque le placenta occupe une étendue correspondante, ou qu'il se trouve bilobé, comme une fois il m'est arrivé de l'observer. En ce cas on entendait le bruit placentaire sur une large surface qui s'étendait presque sur toute la région latérale droite de l'abdomen. Après la délivrance le placenta se trouvait partagé dans son diamètre vertical par une zone de la largeur de quatre pouces sur laquelle on ne remarquait point de tissu placentaire, excepté le chorion, dont l'épaisseur se trouvait traversée par des gros vaisseaux veineux et artériels, qui mettaient en communication les deux lobes placentaires (1). Je crois que ce que nous venons de dire sur le bruit placentaire, est suffisant pour le distinguer d'une manière certaine des autres bruits, avec lesquels on l'avait jusqu'à présent confondu.

(1) Cette disposition du placenta confirmerait l'opinion de ceux qui pensent que le chorion, à son origine, est vasculaire dans toute son étendue, et que les vaisseaux se développant dans un point plutôt que dans un autre, produisent l'atrophie du restant.

C'est par M. Stolz que le bruit amniotique a été décrit pour la première fois : il le croit produit par la décomposition des eaux de l'amnios. Quoique j'aie dirigé des recherches à ce sujet, il ne m'a été jamais donné de l'observer.

Nœgèle fils, dans ces derniers temps, a décrit un bruit analogue à celui qui se rencontre aux artères carotides des chlorotiques. Ce bruit est par lui attribué au cordon ombilical, lorsqu'il se trouve entortillé au col du fœtus ; il n'est point isochrone au pouls de la mère ; il ajoute que ce bruit devient plus intense après l'écoulement des eaux de l'amnios. MM. Depaul et Dubois pensent que ce bruit accompagne les battements du cœur du fœtus ; car ils l'ont même constaté après la naissance. Quant à moi, je ne puis nullement me prononcer sur ces deux bruits ; car les recherches que j'ai dirigées à ce propos ont été jusqu'à présent sans résultat.

Le bruit iliaque a tous les caractères du premier temps du bruit placentaire. Il occupe les régions correspondantes ; il se rencontre toutes les fois qu'un corps quelconque comprime ces vaisseaux directement ou indirectement. Le bruit de soufflet qu'on rencontre après l'accouchement terminé appartient à l'iliaque, à cause de la compression que l'utérus, n'étant pas suffisamment contracté, exerce sur les vaisseaux iliaques. C'est ce bruit qui a donné naissance à l'opinion de ceux qui croient que le bruit décrit pour le bruit placentaire était produit par l'action compressive de l'utérus. Si le bruit de soufflet, disait-on, donné comme bruit placentaire, se fait encore entendre après l'expulsion du placenta, comment peut-il appartenir à la circulation placentaire ? Cette contradiction apparente venait de ce que ces Messieurs ne

comparaient pas entre eux les deux bruits pour en saisir la différence, se bornant à dire : nous entendons, après la délivrance, un bruit qui a de l'analogie avec le bruit décrit pour le bruit placentaire; donc le bruit de soufflet n'appartient point à la circulation placentaire. Ainsi nous tenons pour certain que le bruit de soufflet qu'on entend après la délivrance appartient au bruit iliaque, et qu'on le perçoit plus ou moins, d'après la rétraction plus ou moins prompte de l'utérus sur lui-même. D'après cela, on peut dire que l'observation rapportée par M. Carrière, d'avoir entendu le bruit de soufflet après la délivrance, est complètement confirmée.

On ne peut entendre le bruit *aortique* que lorsque la gestation est avancée; il conserve les mêmes caractères que le précédent bruit : le plus souvent il se rencontre dans les régions abdominales supérieures, mais il n'est pas constant.

On ne peut pas confondre les *borborygmes intestinaux* avec quelque bruit que ce soit; ceux même qui sont le moins exercés à l'auscultation ne sauraient s'y méprendre.

L'*écho respiratoire maternel* peut être confondu avec le bruit placentaire, surtout lorsque la grossesse est avancée au point que le sommet de l'utérus peut comprimer le diaphragme. Ce bruit occupe les régions plus supérieures, et il s'étend dans une zone transversale; il correspond au nombre de respirations de la mère, qui sont toujours en plus petit nombre que les battements du cœur. Pourtant, je ne crois pas qu'il soit facile de les confondre.

L'*écho cardiaque* de la mère peut quelquefois être confondu avec le bruit placentaire, et avec tout bruit qui conserve le caractère de souffle; mais c'est lorsque le bruit de soufflet se produit au cœur. Laennec, dans une visite qu'il fit à la *Maternité*, en compagnie de MM. Delens

et Kergaradec, auscultant l'abdomen d'une femme enceinte, s'aperçut qu'elle était atteinte d'hypertrophie avec dilatation du cœur. C'est une preuve que les bruits sont perceptibles même à certaine distance. Ici, il est bon de rappeler que certains individus, en auscultant les carotides, confondent le bruit de soufflet qui se rencontre dans certaines affections avec les bruits transmis par le cœur. Il en est de même du bruit produit par le passage de l'air à travers la trachée, et de celui occasionné par l'expansion des vésicules pulmonaires.

Ce que nous avons dit suffit pour ne pas confondre tous ces différents bruits. Il me reste à rapporter quelques faits qui serviront à constater la réalité et les avantages du bruit placentaire. Je choisirai les plus intéressants parmi ceux qui ont des rapports avec d'autres phénomènes de la grossesse.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Le 18 novembre 1841, à la clinique d'accouchements de Florence, se trouvait la femme Adélaïde Vanini; elle était enceinte de sept mois et pour la septième fois. Depuis trois jours elle se trouvait atteinte d'une fièvre gastrique. Un froid général assez fort, suivi de très-peu de chaleur, mais d'abondantes sueurs, avait signalé le commencement de la maladie. Ensuite les mouvements actifs du fœtus commencèrent à se faire entendre avec plus de célérité qu'auparavant. Après quelques jours, ils disparurent tout-à-fait. La fièvre revenait tous les jours, quoique moins forte, et le froid se bornait aux extrémités inférieures. Par l'auscultation, on apercevait de l'altération dans la circu-

lation du fœtus. Depuis trois jours la mère n'entendait plus les mouvements actifs. Quant à nous, il nous fut même impossible de les provoquer. Le col de l'utérus était hermétiquement fermé, et recouvert de pustules semblables aux miliaires, surtout sur sa face extérieure. Il fut administré une boisson avec de la pulpe de tamarin ; diète et repos parfait ; fomentations sur la région hypogastrique, où elle accusait de la douleur. Le 9, les douleurs étaient moins fortes ; dans la nuit, elle avait eu plusieurs selles. Dans la soirée antécédente, les frissons n'avaient point reparu comme à l'ordinaire. Le bruit placentaire s'entendait dans une petite aréole très-circonscrite ; il était plus appréciable que les jours précédents ; les battements du cœur du fœtus, s'ils existaient, n'étaient point appréciables. La femme se plaignait d'une certaine pesanteur au bas-ventre, accompagnée du besoin fréquent d'uriner : les mêmes prescriptions furent continuées. Le jour suivant, le bruit placentaire ne présentait aucun changement ; à la région abdominale droite, on percevait l'écho pulmonaire et cardiaque de la mère. Le 11, le bruit placentaire se trouvait plus intense ; on entendait les battements du cœur du fœtus, mais à peine perceptibles, très-profonds, peu fréquents, quoique un peu plus que les battements du cœur de la mère. Le 12, le bruit cardiaque fœtal se trouvait plus sensible ; la malade accusait de la douleur aux reins. Le 13, les battements du cœur du fœtus avaient entièrement disparu ; mais on entendait le bruit placentaire toujours au même point à droite, et à côté de l'ombilic, il était un peu plus faible. Le 14, la femme accusait de la douleur aux reins, qui se trouvaient gonflés, et les bouts du sein en état d'érection ; on con-

statait l'existence du lait ; la malade ne pouvait supporter la moindre exploration abdominale ; l'utérus se contractait au toucher. A partir du 15 jusqu'au 19, on ne put remarquer aucun signe stéthoscopique. Le 20, elle se plaignait d'avoir la bouche amère, des nausées, des inquiétudes ; en même temps, la pesanteur, au détroit abdominal, devenait de plus en plus intense. Cet état se prolongea jusqu'au 24 du mois. Le 25, elle éprouvait des contractions utérines assez fortes ; le 28, ces contractions acquirent tous les caractères des douleurs expulsives, mais à de longs intervalles ; le 27, elles augmentèrent au point qu'à neuf heures du soir, l'avortement eut lieu. Le fœtus paraissait mort depuis quelques jours ; il commençait même à se putréfier. Le placenta présentait une petite aréole au centre, où correspondait le cordon ombilical ; et c'était cette seule partie qui semblait être détachée de l'utérus ; tout le reste était décoloré ; les mamelons même étaient infiltrés de caillots sanguins et avaient perdu leur organisation.

L'écoulement de *lochies* eut lieu pendant tout le 28. Le 29 les mamelles se tuméfièrent avec sécrétion abondante du lait qui avait apparu après la disparition du bruit placentaire. Il lui fut administré un purgatif d'huile de ricin. Le 1^{er} décembre la malade n'avait plus qu'une légère céphalalgie et un peu de sécheresse de la bouche ; l'utérus était revenu presque à son volume ordinaire. A partir de cette époque, elle se trouva mieux de jour en jour, et le 10 décembre elle quitta l'hôpital parfaitement guérie.

De cette observation il résulte que la circulation *placento-fœtale*, à cause de l'invasion de la fièvre avec froid, fut altérée de manière à compromettre le produit de la conception, que la désorganisation était plus sensible à la

périphérie, où les mamelons étaient décolorés et infiltrés de sang; et malgré cela, la circulation chez le fœtus avait lieu quoique imparfaitement. Toutes les fois que la circulation dans le fœtus devenait plus active, on entendait d'une manière plus distincte le bruit placentaire et les battements du cœur du fœtus. Il faut pourtant remarquer que le bruit cardiaque avait disparu à cause des altérations survenues au placenta, et que le bruit placentaire continuait à se faire entendre toutes les vingt-quatre heures après la disparition des battements du cœur du fœtus. Je crois même qu'il cessa tout-à-fait à la mort du fœtus.

La circulation *utéro-placento-fœtale* s'accomplissait au moyen de cette portion du placenta qui semblait détachée de l'utérus; malgré cela, le bruit placentaire conservait ses caractères distinctifs.

L'observation précédente, bien qu'elle ne se rapporte pas directement à notre sujet, sert néanmoins d'appui à l'opinion de ceux qui pensent que l'apparition du lait est en rapport avec la mort du fœtus, et non avec son expulsion.

2^me OBSERVATION.

Dans une salle du même hôpital, une femme était atteinte de *bronchite* chronique, avec commencement de tuberculisation. Après quelques jours, elle s'aperçut de l'augmentation rapide de son ventre; elle se crut enceinte; en conséquence elle fut transportée dans la salle des accouchements anormaux. Le volume de l'utérus n'était pas trop développé, quoique dépassant le détroit abdominal; il inclinait à droite, était très-peu mobile, et présentait une

certaine dureté. En auscultant on entendait un bruit de souffle : d'après ce signe, quelques personnes la crurent enceinte. En appréciant les caractères de ce bruit, je parvins à reconnaître que cela tenait à une affection organique de l'ovaire droit, et que le bruit de souffle n'était autre chose que le bruit *iliaque*, à cause de la compression de la tumeur sur ces mêmes vaisseaux.

Il résulte de cette observation qu'au moyen des caractères distinctifs des différents bruits, j'ai reconnu que la femme n'était point enceinte. Ce qui fut entièrement confirmé par l'autopsie quelque temps après.

3^{me} OBSERVATION.

Le 14 mars 1843, se présenta dans la salle d'accouchements de la faculté de Paris, madame Vernet, âgée de trente-deux ans, et enceinte de huit mois. Depuis trois jours elle souffrait des douleurs qui avaient le caractère des douleurs expulsives: elles avaient été occasionnées par une chute; j'eus l'occasion de l'observer dans la salle du travail. Je trouvai les membranes rompues et les eaux écoulées: en l'auscultant, je ne rencontrai aucun bruit caractéristique, ni le bruit placentaire, ni le cardiaque fœtal; à gauche, à la région *iliaque*, on entendait un bruit de souffle, qui disparaissait sous les contractions utérines; je me suis assuré que c'était le bruit *iliaque*, aux contractions suivantes: il disparut tout-à-fait sans plus reparaitre. L'absence des signes stéthoscopiques me fit penser qu'il s'agissait d'un fœtus mort; en effet trois heures après elle se délivra d'un enfant qui paraissait mort depuis quelques jours. Le placenta était friable, quoique très-peu altéré dans son organisation.

De tout cela résulte que le bruit placentaire est très-reconnaisable même en présence des autres bruits qui ont avec lui une certaine ressemblance.

4^{me} OBSERVATION.

Une femme de 52 ans se disait enceinte pour la 17^{me} fois, et soutenait que le commencement de sa nouvelle grossesse était pareil à toutes les autres, savoir: disparition des règles, trouble dans la digestion, extravagance d'appétit, et elle disait même entendre depuis quelque temps les mouvements actifs du fœtus. Ce cas était bien propre à démontrer l'incertitude de tous les signes rationnels de la grossesse, excepté les signes physiques. L'utérus se trouvait en quelque façon développé, quoique mou, et point proportionné à l'époque à laquelle la femme faisait remonter la conception : elle se disait à la fin de son huitième mois. En l'auscultant il ne se présentait aucun signe diagnostique, excepté un léger bruit de souffle à la région iliaque droite; ce bruit n'était point fixe, ni constant : pendant tout le temps que la femme resta à la Clinique, je ne l'ai remarqué que deux seules fois; mais avec tous les caractères du bruit *iliaque*. Il nous fut impossible de déterminer la nature de la maladie. Le cas de grossesse fut écarté; il s'agissait plutôt de quelque corps développé dans la cavité de l'utérus, ou en dehors de cet organe.

C'est en pareil cas qu'on reconnaît l'utilité du bruit placentaire; car on peut alors le considérer comme le seul signe pathognomonique. J'eus l'occasion d'observer plusieurs faits analogues à la même Clinique : Il y avait des femmes, dont la grossesse était compliquée avec différentes actions qu'il serait long et inutile de rapporter.

J'ai dirigé mes observations sur un grand nombre d'individus, mais sans esprit de parti, ni de prévention. Ce qui m'animait, était le désir de constater par moi-même laquelle était vraie, de toutes ces opinions différentes émises à ce sujet. Je me disais à moi-même : Comment se fait-il que les praticiens ne soient point d'accord sur la réalité d'un fait ? Ce que je cherchais alors, c'était un local propice à la réalisation de ma pensée. J'ai pu atteindre mon but à Florence à l'hôpital de Sta-Maria, nouvel établissement destiné au perfectionnement *des sciences médico-pratiques*. C'était le soir principalement, dans le silence de la nuit, que je pouvais me livrer à l'examen des moindres bruits, qu'il m'eût été impossible de saisir dans la journée pendant la visite ordinaire.

Valeur comparative des signes de la grossesse.

En jetant un coup d'œil sur les signes décrits par les praticiens afin de reconnaître la grossesse, nous verrons que tous, excepté ceux fournis par l'auscultation, sont insuffisants pour faire reconnaître sûrement cet état de la femme, surtout lorsque la grossesse se présente avec des complications. Quels sont donc ces signes à partir du 5^e au 5^e et quelquefois au 6^e mois, lorsqu'il y a absence de signes rationnels, ou lorsque ces signes sont plus ou moins dissimulés, comme dans le cas dont nous avons déjà parlé ? Quels seraient les résultats que nous donnerait l'exploration vaginale, abdominale, anale ? Les changements qui surviennent au col de l'utérus ne sont pas toujours appréciables, ni constants. Le *ballotement* a été donné comme signe pathognomonique de la gestation ; il n'est appréciable que lorsque la grossesse est avancée ; mais si le

foetus présente les fesses on ne peut le provoquer d'aucune manière. Quelquefois même on peut le confondre avec un corps quelconque qui se développerait dans la cavité de l'utérus. J'ai remarqué ce fait chez une femme qui portait une énorme quantité d'hydatides : chez elle on n'entendait aucun bruit ; mais à l'exploration vaginale on provoquait des mouvements semblables aux mouvements passifs du foetus. Nous passerons sous silence les aspérités qui se développent dans les aréoles du sein , comme aussi leur coloration ou teinte foncée , la sérosité laiteuse , la douleur à l'occiput , la coloration du mucus vaginal , l'état du pouls , la nature des urines , la proéminence de l'ombilic et d'autres signes, que, avec le plus grand nombre des praticiens, je crois insuffisants à constater l'état de grossesse.

Les accoucheurs insistaient sur tous ces signes incertains et inconstants , attendu qu'on n'avait pas encore de signes pathognomoniques. Ils étaient alors obligés de diriger leurs investigations sur tous les moindres changements qui surviennent chez la femme pendant la gestation : tout cet échafaudage de signes tomba lors de la découverte de M. Mayor. Ainsi nous concluons que les vrais signes de la grossesse sont ceux que l'auscultation nous fournit : Ces signes sont : le *bruit cardiaque fœtal* et le *placentaire* seuls ou réunis ; un des deux suffit pour nous autoriser à prononcer sur la réalité de la grossesse.

L'application du bruit placentaire ne se borne pas au seul diagnostic de la grossesse. Il est utile lorsqu'il s'agit de détacher le placenta , surtout lorsque le cordon ombilical se trouve rompu tout auprès de son insertion. Il est encore utile de reconnaître l'insertion du placenta dans le cas d'opération césarienne , afin d'empêcher que l'incision

ne tombe sur son implantation. Mais son application la plus importante c'est lorsqu'il s'agit de déterminer la vie du fœtus ; car il arrive quelquefois que les battements du cœur du fœtus ne sont point appréciables, quoique le fœtus soit vivant ; et c'est dans ce cas que l'on peut dire que si le bruit placentaire existe, le fœtus n'est point mort : voilà un critérium presque infaillible ; comme nous l'avons déjà observé dans le cas de la dame Vannini.

Guidés par des faits et des observations comparatives, nous sommes conduits à reconnaître l'utilité du bruit placentaire parmi tous les signes recommandés par les praticiens. Maintenant, après en avoir décrit les caractères, qu'il me soit permis de dire quelques mots sur le bruit de soufflet, et sur la cause qui le produit.

Cause et mode de formation du bruit de soufflet.

En règle générale, je crois que le bruit de soufflet a lieu toutes les fois qu'une cause quelconque empêche la libre circulation du sang. Le bruit de soufflet ne se rencontre jamais à l'état physiologique : ainsi ce n'est point dans ces lois que l'on doit en rechercher la cause. Pour que le bruit de soufflet ait lieu, il faut un obstacle organique permanent c'est-à-dire un état pathologique ; c'est donc dans les lois de cet état qu'il faut en trouver la cause.

Le bruit de soufflet se rencontre dans bon nombre de maladies ; on est pourtant tombé dans l'exagération en disant qu'il se rencontre dans les phlegmasies aiguës ; c'est qu'on le confond en ce cas avec l'écho pulmonaire, et avec le bruit de soufflet qui se produit dans l'organe central de la circulation, à cause de la propriété dont les tissus organiques sont doués de transmettre les bruits, même à cer-

taine distance, comme aux artères carotides, temporales, crurales. Quant au cas rapporté par Fricher, d'avoir entendu le bruit de soufflet dans la *méningite* aiguë, aux artères temporales, il est probable qu'il y fut transmis par les poumons à cause de la continuité des tissus. Je n'ai jamais rencontré le bruit de soufflet dans aucun cas d'inflammation aiguë. Il est quelquefois occasionné par la compression du stéthoscope sur les vaisseaux qu'on ausculte: voici le fait qui doit nous servir de base fondamentale pour expliquer la formation, toutes les fois qu'on le rencontre dans toute espèce de maladie.

Pour en faciliter l'explication, nous diviserons en deux séries les maladies dans lesquelles le bruit de soufflet se rencontre. L'obstacle qui détermine le bruit de soufflet dans la première série, nous l'appellerons *mécanico-organico-chimique* (1), dans la seconde, nous le nommerons *mécanico-organique* (2). Voici les maladies qui rentrent dans la première série : *chlorose, l'anémie, les cas où les individus ont éprouvé des hémorrhagies en général et la grossesse* (3). Les maladies de

(1) Sous la dénomination d'obstacle *mécanico-organico-chimique*, nous comprendrons le cas où, outre le défaut de contraction active, existe l'altération de la composition élémentaire du sang.

(2) Sous la dénomination *mécanico-organique*, nous entendons l'obstacle qui est occasionné par l'altération ou dégénération de quelque organe capable d'empêcher la libre circulation du sang, sans que la masse sanguine soit altérée dans sa composition intime.

(3) Laissons la question de savoir si l'on doit considérer la femme enceinte comme en état physiologique ou pathologique. Il est pourtant à remarquer que lors de la conception, il y a bien

la seconde série sont : les altérations du centre circulatoire, comme l'hypertrophie, les rétrécissements réels et relatifs des orifices, les altérations de la membrane interne du cœur, les végétations, l'insuffisance des valvules, les concrétions, les épanchements dans la cavité du péricarde, les tumeurs érectiles, variqueuses, pulsatiles, les tumeurs anévrysmatiques, l'innervation pervertie, enfin toutes les tumeurs qui se développent tout le long du trajet des gros vaisseaux artériels capables de les comprimer.

Au premier coup d'œil, il paraît difficile de pouvoir soumettre à une seule loi l'explication du bruit de soufflet qui se rencontre en beaucoup de maladies, toutes différentes par leur forme et par leur nature, comme l'innervation pervertie. Je tâcherai de démontrer que dans toutes ces affections, le bruit de soufflet se produit sous l'impression de la même loi. Il faut pourtant remarquer que souvent le bruit de soufflet qui se rencontre dans certaines cardialgies est dû à l'action propre des ganglions pulmonaires et cardiaques, et non au système général, parce que les ganglions sont des organes où est concentré tout le fluide nerveux qui s'émane des ramifications de commu-

des maladies invétérées qui disparaissent ; comme l'hystérie, l'épilepsie, la manie, la mélancolie, et parfois des fièvres intermittentes, tandis que d'autres surviennent, comme des névralgies, des herpès, etc. Ceci nous fait voir que la conception a produit chez la femme des changements permanents dans l'organisme, et que le bruit de souffle est occasionné par la formation d'un tissu nouveau et accidentel, c'est-à-dire anormal. Quoique la grossesse par ses caractères généraux soit placée dans la première série, l'obstacle du bruit de souffle est pourtant *mécanico-organique*.

nication. Mais avant de décrire la manière dont le bruit de soufflet se forme chez la femme enceinte, il est nécessaire de dire quelques mots sur la disposition anatomique des parties où la circulation *utéro-placento-fœtale* a lieu.

Opinion sur la circulation materno-fœtale.

Différentes opinions, soutenues par des hommes également respectables, se présentent ici. Elles reposent sur des raisons et des faits démonstratifs, et la confiance que ces savants inspirent tient en suspens toute personne qui voudrait embrasser une de ces deux opinions. Je préfère m'en tenir à l'explication la plus satisfaisante et la plus rationnelle, car elle n'est pas en opposition avec les lois physiologiques, mais se trouve au contraire en harmonie avec les lois ordinaires de la vie, et en parfaite analogie avec la loi du bruit de soufflet ; en outre, elle ne s'oppose point à l'explication de certaines particularités caractéristiques de l'état de gestation.

C'est une question qui depuis longtemps occupe les médecins, que de savoir si le sang de la mère au fœtus passe par continuation de vaisseaux ou par imbibition. Voilà les deux opinions en présence ; cette dernière pourtant est celle qui nous semble être la vraie.

Le docteur Biancini de Pistoja, en l'année 1828, présenta à l'Académie médico-physique de Florence des pièces anatomiques injectées au mercure, qui, par la présence du métal, confirmaient, avec toute évidence, la continuité des vaisseaux utéro-placentaires. Après cela

l'Académie fit un rapport par lequel elle déclara avoir constaté l'existence de la continuité des vaisseaux materno-fœtaux. M. Flourens, en 1838, présenta des résultats pareils. Il ajoutait que cette disposition existe dans tous les animaux doués de placenta simple. En 1841, lors de la réunion scientifique tenue à Florence, dans la section de médecine et chirurgie, M. le professeur Panizza, célèbre anatomiste, soutint la non-existence de la communication directe; la section de médecine et d'anatomie décida qu'on devait considérer comme des anomalies les résultats obtenus par MM. Biancini, Flourens et autres. MM. Breschet, Velpeau, etc., etc., ont obtenu des résultats pareils à ceux de M. Panizza. En attendant, nous devons tenir compte de ce fait, savoir, que les anatomistes italiens ont constamment rencontré des épanchements entre l'utérus et le placenta. Il est encore à remarquer que quelquefois le mercure, injecté avec trop de violence, se formait passage à travers le placenta et l'utérus. On croit alors qu'il s'agit de vaisseaux naturels, tandis que ce n'est autre chose que des fausses routes tracées par le mercure à travers les parties perméables, comme nous l'avons très-bien constaté. Chaussier, quoique partisan de la communication directe des vaisseaux materno-fœtaux, a décrit des aberrations semblables. Il rapporte que dans toutes les injections il observait des épanchements dans la membrane de connexion entre l'utérus et le placenta. A ce propos, voici ses paroles : « La surface du placenta était recouverte d'une « innombrable quantité de petites parcelles de métal, dont « on voyait de larges gouttes dans les mailles de la membrane de connexion. » Que cette opinion soit plus ou moins vraie, quant à nous, nous croyons rationnellement et

d'après quelques injections que nous avons faites, que la continuité des vaisseaux n'existe point. Cette disposition nous explique parfaitement la formation du bruit de soufflet. Nous avons remarqué que la circulation du fœtus est dépendante de celle de la mère, et que tous les troubles qui surviennent dans la circulation de la mère doivent nécessairement agir sur celle du fœtus, par la quantité et la qualité plus ou moins grande de sang qui y aboutit. Nous concluons en disant que le sang ne passe point par continuité de vaisseaux, mais que les points de communication sont les aréoles où les épanchements ont lieu; car le sang formant dans ces aréoles une espèce de stagnation momentanée, les colonnes sanguines, poussées par la force contractive du cœur et des artères, ne peuvent pénétrer tout entières dans les vaisseaux placento-fœtaux; il en résulte que la portion du sang qui s'arrête dans ces aréoles à chaque contraction du système artériel, se rencontre avec les colonnes sanguines qui reviennent; c'est en cette rencontre que se forme le bruit de soufflet ou le premier temps du *bruit placentaire*.

Le second temps du bruit placentaire, ou comme l'appelle M. Vannoni, d'*aspiration, aspiratorio*, a lieu par le passage de la portion du sang qui traverse les vaisseaux *placento-fœtaux*; le cordon ombilical et ses divisions forment alors une espèce de trompe aspirante. De cette manière le second temps serait occasionné par la consommation continuelle de sang nécessaire au développement progressif du produit de la conception.

Ainsi en terminant nous dirons que le premier temps du bruit placentaire, bruit de soufflet, se produit sous l'empire de la loi générale, c'est-à-dire par l'obstacle or-

ganique à la libre circulation du sang qui aboutit au nouveau produit de la conception. Cette explication nous semble d'accord avec la doctrine de la non existence de continuité des vaisseaux *utéro placentofœtaux*, comme aussi avec celle du bruit de soufflet.

Après avoir expliqué la circulation *materno-fœtale*, nous avons démontré en même temps la manière dont le bruit de soufflet a lieu chez la femme enceinte : maintenant nous l'examinerons dans toutes les maladies où il se rencontre.

Opinions sur la cause du bruit de soufflet.

La cause du bruit de soufflet a été attribuée par quelques auteurs à la contraction active ou exagérée du système artériel ; d'autres l'ont fait dépendre d'un mélange de particules hétérogènes ; comme du pus, des gaz, etc. Nous tâcherons de prouver que ce n'est point la contraction active, ni le mélange de ces particules qui produisent le bruit en question ; mais qu'il se forme plutôt sous la loi ci-dessus indiquée.

Si la contraction active du système artériel était la cause du bruit de soufflet, on devrait entendre ce bruit toutes les fois que les pulsations circulatoires deviennent plus fréquentes, ou que la force contractive du système est exagérée ; mais ceci n'a lieu dans aucun cas de fièvre, ni dans la plupart des circonstances capables d'augmenter le mouvement circulatoire. Il peut y avoir quelque espèce de bruits ; mais ce ne serait point le bruit de soufflet proprement dit.

Quant à ceux qui pensent que le bruit de soufflet peut

être produit par des particules de pus en circulation, rationnellement nous ne pouvons partager leur avis; car ayant fait des recherches à ce sujet sur des individus atteints d'infection purulente générale, survenue après de grandes opérations, ou par dissolution générale des humeurs, je n'ai jamais, dans aucun de ces cas, rencontré le bruit de soufflet. Dernièrement, dans le mois de février, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Velpeau, au lit n° 28, se trouvait un individu, palefrenier de profession: un phlegmon diffus s'était emparé de toute sa jambe et cuisse gauches; et y il en avait un autre de la même nature au bras correspondant. D'après ces vastes désorganisations, M. Velpeau faisait remarquer l'évidence de l'infection purulente; il croyait même qu'elle était le résultat de la contagion communiquée par des chevaux atteints de morve aiguë. L'ayant ausculté avec attention, je n'ai pu retrouver aucun bruit de soufflet, ni aux artères carotides, ni aux crurales. Dans le même hôpital j'ai fait quelques observations sur quelques individus atteints d'affections analogues, sans avoir rencontré jamais ce bruit.

D'après ce petit nombre d'observations, il paraîtrait que le bruit de soufflet n'est point produit par la présence du pus en circulation. Pourtant il est à remarquer que mes observations ne me semblent point suffisantes pour l'exclure d'une manière absolue,

Quant à l'opinion de ceux qui pensent que le bruit de soufflet peut être occasionné par la présence de gaz en circulation, je ne saurais la prendre en considération, attendu que je n'ai point fait d'observations à ce sujet;

mais comme on a rencontré ces gaz chez des individus morts de la chlorose, il est très-probable que ce n'était autre chose que le produit de la décomposition de certaines parties organiques survenue après la mort, et qu'ils n'existaient pas pendant la vie. Il est bon de remarquer que chez les chlorotiques, il existe une prédominance des éléments séreux et albumineux, avec tendance à la dissolution. On ne doit pas non plus oublier que les autopsies cadavériques se font ordinairement vingt-quatre heures après la mort. Ainsi, il est permis de soupçonner que ces gaz sont produits par la décomposition de la matière organique.

Plus que dans toute autre maladie, c'est dans les chlorotiques que l'on rencontre le bruit de soufflet; leur sang, comme on sait, est très-peu chargé de parties solides: ce sont MM. Andral et Gavarret qui, par de belles recherches et par une longue série d'analyses, ont déterminé cette loi constante. Ainsi le sang, par ce défaut des globules, n'excitant pas assez d'action contractile dans le cœur et les artères, alors cette contraction est insuffisante pour accomplir la circulation, attendu qu'elle n'est point proportionnée à la masse sanguine qui doit se mouvoir. C'est ainsi, par cette insuffisance, qu'il arrive que les colonnes sanguines, dans les gros troncs artériels, n'étant pas suffisamment poussées, se rencontrent à chaque contraction avec les colonnes survenantes; et c'est dans cette rencontre que se produit le bruit de soufflet. A cela il faut ajouter l'état physique du sang; car, chez les chlorotiques, il est gluant, et par conséquent moins coulant. C'est à cette disposition qu'il faut attribuer le peu de coloration de la peau; car, dans ces maladies, les extrémités périphériques ne se trouvent pas assez arrosées de sang. Cette

explication vient confirmer l'observation que les chlorotiques guérissent le plus souvent au moyen des excitants, des toniques, de l'air libre et souvent renouvelé, etc. Tous ces médicaments hygiéniques et pharmaceutiques agissent en améliorant l'hématose et en augmentant la quantité des globules propres à exciter l'action contractile du système. Alors, peu à peu, la circulation devient régulière, et le bruit de soufflet disparaît.

Cette explication pour le cas de chlorose peut s'appliquer aux individus affectés d'anémie, et en général à tous ceux qui ont éprouvé des hémorrhagies excessives. Pourtant, chez ces derniers, elle n'est point applicable dans tous les cas, ni également pour les deux sexes. Souvent le bruit de soufflet se rencontre chez toute femme qui a éprouvé des pertes sanguines, soit avant, soit après l'enfantement; et c'est aux artères carotides que constamment le bruit de soufflet se rencontre. Mes observations sont parfaitement d'accord avec les recherches faites par M. Vernoy de Lagny (1) et quelques autres. Il est pourtant à remarquer qu'il ne m'est jamais arrivé de rencontrer le bruit de soufflet chez des individus qui venaient d'éprouver des hémorrhagies par des causes traumatiques; pas même chez ceux qui ont subi de grandes opérations. Je ne sais pas si on doit tenir compte, pour ces derniers, de la réaction fébrile, qui, augmentant les mouvements circulatoires, empêche que le bruit de soufflet se fasse entendre.

(1) Études physiologiques et cliniques pour servir à l'étude du bruit des artères. Thèse n° 474, Paris, 1837.

Dans ces cas on doit admettre une prédisposition générale ; je la crois même nécessaire, afin que le bruit de soufflet se produise, comme chez les nouvelles accouchées et les chlorotiques ; car chez les premières, non-seulement il existe une prédominance de parties séreuses et albumineuses capables d'affaiblir l'action contractile du cœur et des artères ; mais il faut ajouter que la grossesse a produit chez elles une nouvelle manière d'être occasionnant des troubles dans l'assimilation. Il faut ajouter que les nouvelles accouchées sont assujetties à toute espèce de dissolutions et d'épanchements dans toutes les cavités, et que toute espèce de complication, chez elles, prend le caractère maligno-typhoïde. Voici, je crois, les raisons pour lesquelles, chez les femmes qui ont éprouvé des hémorrhagies, le bruit de soufflet aux artères carotides, et quelquefois aux crurales, se rencontre constamment. A cela il faut ajouter que les artères carotides, dans tout leur trajet, ne donnent pas de ramifications et qu'elles se trouvent en position presque verticale.

Pour expliquer la manière dont le bruit de soufflet se forme dans les maladies qui entrent dans la seconde série, nous pouvons considérer les tumeurs anévrysmatiques comme le type de ces affections. Rien de plus facile que de comprendre la manière dont le bruit de soufflet se produit dans les tumeurs anévrysmatiques.

On peut regarder les troncs antérieurs qui font suite aux dilatations anévrysmales, comme en état de rétrécissement par rapport aux portions anévrysmatiques ; car le calibre des vaisseaux n'est point proportionné à la quantité de sang recueilli dans la dilatation ou poche anévrysmale. Il s'en suit que les colonnes sanguines survenantes ren-

contrant à chaque contraction du système artériel dans la poche anévrysmatique une masse de sang telle qu'elle ne peut être chassée toute entière, c'est dans cette rencontre avec la portion du sang qui reste, qu'a lieu le bruit de soufflet, comme plusieurs fois nous l'avons dit. Il en est de même pour toutes les tumeurs variqueuses et érectiles pulsatives ; car il arrive que le sang formant dans les aréoles de ces tumeurs une espèce de stagnation momentanée, on comprend aisément le mode de formation du bruit de soufflet.

CONCLUSIONS.

1° Lorsqu'on ausculte une femme enceinte à partir du 3.^{me} mois, on commence à saisir plusieurs bruits tous différents par leur siège et par leur nature.

2° Outre le bruit placentaire, il y en a d'autres qui conservent le caractère de souffle.

3° Le bruit placentaire a lieu dans le placenta ; il est produit par la circulation materno-fœtale. Il conserve des caractères particuliers et distinctifs.

4° L'intensité du bruit placentaire et cardiaque du fœtus est sous l'influence de la circulation maternelle.

5° Le bruit placentaire, jusqu'à l'époque de l'apparition du bruit cardiaque du fœtus, est le seul signe pathognomonique de la grossesse.

6° Le bruit placentaire cesse de se faire entendre lors de l'interruption de la circulation materno-fœtale.

7° Le bruit de soufflet se produit par une seule et même

loi; c'est-à dire par un obstacle à la libre circulation du sang.

8° Il semble que les particules hétérogènes en circulation ne produisent pas le bruit de soufflet.

9° Le bruit de soufflet qu'on entend après la délivrance appartient au bruit *iliaque*.

10° Dans certaines affections où le bruit de soufflet se rencontre, il est occasionné par l'insuffisance de contraction active du cœur et des artères; exemple, la chlorose.

ABLATION

D'UN

CARCINOME CUTANÉ DE LA TEMPE.

Observation recueillie à l'hôpital de la Charité dans le service de M. le professeur GERDY;

Par M. TRIFET.

Résorption de la couche corticale de l'os par les bourgeons venant du tissu diploïque. — Marche et nature du bourgeonnement de l'os. — Avancement de ces bourgeons sans exfoliation. — Leur arrivée et leur épanouissement sur la surface osseuse. — Enfin leur anastomose avec les parties molles. — Guérison.

Victoire Maugemartin, âgée de 68 ans, culotière, demeurant rue Princesse n° 11, entre le 5 mars 1844 à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Gerdy.

Elle porte à la partie droite et supérieure du front, vers l'origine du cuir chevelu, une ulcération carcinomateuse

de la grandeur d'une pièce de cinq francs , accompagnée de tuméfaction des parties environnantes et du tissu cellulaire sous-jacent.

Elle fait remonter l'origine de son mal à plus de dix ans; c'était alors une petite végétation grosse comme une lentille , indolente , recouverte d'une petite croûte. Pendant plus de neuf ans elle ne remarque pas de changement notable dans ce tubercule; ce n'est que depuis huit mois qu'elle a commencé à éprouver quelques douleurs dans cette partie , douleurs sensibles surtout pendant la nuit. En même-temps , elle remarque que la tumeur augmente de volume. Les accidents marchèrent rapidement malgré une médication interne et externe à laquelle elle était soumise depuis quelques mois: bientôt la tumeur s'ulcéra et produisit de vives démangeaisons ; c'est alors qu'elle entra à l'hôpital.

Le 20 mars , M. Gerdy enlève toute la partie malade , en la circonscrivant entre deux incisions et en la disséquant jusqu'au périoste. On n'a point agi sur le tissu osseux, il était parfaitement sain. Le tissu de la tumeur est de nature encéphaloïde parsemé de foyers hémorragiques. Les petites artères qui donnaient une grande quantité de sang en nappe ne pouvant être saisies , on couvre toute la plaie avec des lamelles d'agaric ; par dessus, on applique un plumasseau de charpie , des compresses , et on maintient le tout avec une bande que l'on serre convenablement.

Le 21 , la malade a un peu de fièvre , elle accuse quelques douleurs vers la partie opérée.

Le 22, céphalalgie, nausées.

Le 23, un peu de mieux ; l'appétit commence à se faire sentir (2 bouillons).

Le 26, on enlève l'appareil que la suppuration a détaché, la malade se trouve bien.

Le 27, vers deux heures de l'après midi, elle est prise de violents frissons avec tremblement général et claquement des dents; on a beaucoup de peine à la réchauffer, avec des draps chauds et une bouteille d'eau bouillante placée aux pieds. Ce frisson a duré deux heures, puis une chaleur mordante s'est emparée de tout le corps et a été suivie d'une transpiration abondante. A six heures la malade était dans l'état suivant : décubitus dorsal, yeux animés, face colorée, peau moite et couverte de sueurs, pouls fort, donnant 120 pulsations par minute; la bouche est pâteuse; soif vive; pas de nausées, pas de douleurs dans le ventre, céphalalgie intense.

Le 28, la malade est beaucoup mieux; plus de frisson, plus de fièvre, pouls à 85.

Le 29, le mieux se maintient. La partie opérée est douloureuse, les ganglions cervicaux sont engorgés. La plaie offre un bon aspect; l'os dénudé présente dans trois ou quatre endroits de petits points rougeâtres. Les parties molles se recouvrent de bourgeons charnus.

Le 1^{er} avril, les bourgeons des parties molles sont abondants et d'une belle apparence, ils couvrent la moitié de la surface osseuse dénudée; ils sont à la hauteur des parties environnantes; leur couleur est rosée, leur surface lisse ne diffère de la peau que par la couleur et sa structure. L'os dénudé est injecté; on y remarque de petites traînées; et, dans sept ou huit endroits différents, des taches rougeâtres indiquant que les bourgeons charnus venant du tissu diploïque vont arriver à la surface de l'os.

La malade ne se plaint pas; cependant la peau de la face est rouge, tendue, tuméfiée, brûlante et douloureuse; en un mot, il y a un commencement d'érysipèle de la face. La langue est un peu chargée; la bouche pâteuse; pas de soif; quelquefois des nausées; un peu de constipation; point de céphalalgie, point d'insomnie; agacement et courbature des jambes (lavement purgatif; compresses imbibées d'eau blanche sur la partie enflammée).

Le 2 avril, elle est beaucoup mieux.

Le 3, l'érysipèle a disparu; la malade se trouve très-bien; les bourgeons charnus des parties molles vont toujours en croissant; ils envahissent de plus en plus la surface dénudée de l'os. On aperçoit encore sur ce dernier les taches rouges dont nous avons parlé. Sur l'une d'elles, on remarque un petit tubercule saillant, un peu plus petit que la tête d'une épingle; on le déchire avec un stylet, il saigne fortement. Le bout du stylet, introduit à l'endroit où siègeait le petit bourgeon, s'y engage légèrement et fait constater que ce petit tubercule provient du tissu diploïque de l'os, et qu'il a percé d'un petit trou la lame corticale, pour se montrer au dehors.

Le 4, les bourgeons charnus des parties molles augmentent toujours; l'injection de l'os est un peu plus marquée; on remarque un autre petit tubercule, qui offre les mêmes caractères que celui dont nous avons parlé; on fait la même expérience afin de découvrir son origine, et l'on obtient le même résultat. L'état général de la malade est bon; elle demande et obtient une portion d'aliments.

Le 5, les bourgeons charnus que nous avons remarqués sur l'os, et que nous avons déchirés, se sont reproduits; l'un d'eux a acquis le volume de la tête d'une épingle. Là

où l'on aperçoit des taches rouges, l'os est érodé, présente de légers enfoncements, qui sont d'autant plus prononcés que la rougeur est plus vive. En soulevant les parties molles de nouvelle formation, ce qui est facile puisqu'elles sont en contact avec la surface de l'os sans y adhérer, on peut constater que la vascularisation est très-développée sur la surface osseuse sous-jacente, et que douze ou quinze tubercules ont déjà traversé la couche corticale et sont venus s'épanouir à sa superficie. On en déchire quelques-uns; ils saignent abondamment et laissent constater l'orifice par lequel ils sont sortis. L'état général est très-satisfaisant.

Le 6, la plaie suppure modérément. On trouve tous les jours sur les bourgeons charnus beaucoup de lymphé coagulable, transparente, jaunâtre, et de consistance sirupeuse. La vascularisation de l'os dénudé n'a point fait de progrès sensibles depuis hier; on n'aperçoit plus les petits tubercules dont nous avons parlé; ils sont ensevelis sous les bourgeons charnus des parties molles, qui tendent à recouvrir la plaie avec une rapidité surprenante; aussi, il suffit de soulever ces parties pour les retrouver et s'assurer qu'ils continuent à se développer progressivement. Les parties de nouvelle formation s'élèvent au-dessus des tissus voisins; on les touche légèrement avec le crayon de nitrate d'argent; elles sont complètement insensibles.

Le 7, au centre de l'os dénudé, on aperçoit un point saillant, arrondi, transparent, rosé, vésiculeux; on le déchire, il saigne abondamment. Le stylet pénètre légèrement dans l'orifice par lequel il était sorti. On continue à réprimer le bourgeonnement trop rapide des parties molles.

Le 8, la plaie a un bon aspect; on veut soulever les

parties nouvellement reproduites, afin de voir l'état du tissu osseux ; mais on éprouve une résistance occasionnée par l'adhérence de ces parties avec les bourgeons charnus qui ont traversé l'os en assez grand nombre et que nous avons étudiés les jours précédents. En faisant un léger effort, on parvient à briser les adhérences, ce qui produit un écoulement de sang assez abondant. Alors on peut constater que les petits tubercules ont beaucoup augmenté ; quelques-uns ont acquis le volume d'une lentille, sont pédiculés, leur sommet s'élargit sous forme de champignon ; d'autres, moins développés, sont arrondis ; à mesure qu'ils se développent, ils s'aplatissent et s'anastomosent avec ceux des parties molles dont ils ont tout l'aspect. Quelques-uns, des plus petits, ont été déchirés et ont donné les mêmes résultats que ceux que nous avons déjà soumis à cette expérience. En parcourant la surface de l'os avec un stylet, on sent qu'elle est rugueuse et que plusieurs petits enfoncements correspondent avec les taches rouges que forme le bourgeonnement du tissu diploïque, à travers la couche corticale amincie par un véritable travail de résorption. On examine tous les jours avec beaucoup de soins le pus et les pièces de l'appareil ; on ne découvre les traces d'aucune exfoliation ; pas la moindre parcelle osseuse. On permet à la malade de descendre dans le jardin ; elle mange deux portions d'aliments.

Le 9, la malade éprouve des nausées, des douleurs vers la région épigastrique, des insomnies. On applique un vésicatoire sur la partie douloureuse.

Le 10, l'état général est beaucoup mieux. Il se détache

du milieu de la portion dénudée une lamelle d'une ténuité extrême, de la grandeur d'une lentille, trouée, érodée, comme une dentelle, non vascularisée, blanche et sonore. Un examen attentif fait voir que les trous dont est criblée cette esquille appartiennent à un travail de résorption de la part des bourgeons, et non à une vascularisation du tissu osseux, puisqu'ils sont taillés irrégulièrement et ne sont nullement arrondis, comme ceux que produit un travail de vascularisation. Les travaux récents de M. Gerdy ont suffisamment éclairci ce point.

Le 12, bien que la plaie soit complètement recouverte par les bourgeons charnus des parties molles qui, dans une grande étendue, ont contracté des adhérences avec ceux qui ont traversé la couche corticale des os dénudés, il s'échappe un nouveau séquestre plus petit que le premier et offrant les mêmes particularités.

Le 15, tout marche on ne peut mieux ; la plaie est complètement recouverte par les bourgeons charnus des parties molles, adhérents et confondus désormais avec ceux de l'os ; dans quelques points où ils sont trop saillants, on a soin de les toucher avec le nitrate d'argent.

Le 20, la malade, se trouvant parfaitement bien, demande sa sortie de l'hôpital et nous promet de revenir au pansement tous les matins, afin de nous montrer la terminaison de cette petite plaie, qui, aujourd'hui, n'a plus rien de bien intéressant.

6 mai. Depuis sa sortie de l'hôpital, la malade est venue nous voir tous les jours ; nous n'avons jamais trouvé la moindre poussière osseuse dans les matières fournies par la suppuration. Elle vient aujourd'hui pour la dernière fois ; elle est complètement guérie.

Remarques. Cette observation vient à l'appui de l'opinion de M. Gerdy ; à savoir, que la partie corticale d'un os peut être résorbée par les bourgeons eux-mêmes, sans aucune exfoliation dite *insensible*. Ici, l'exfoliation eut lieu sur deux petits points ; mais cette exfoliation partielle a été manifeste et non pulvérulente ni occulte. Les portions correspondantes de l'os, perforées, n'ont pu disparaître que par résorption, puisque nous n'avons pu en obtenir la moindre parcelle, malgré l'attention que nous mettions à leur recherche.

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

ANALYSES D'OUVRAGES.

Encyclopédie anatomique comprenant l'anatomie descriptive, l'anatomie générale, l'anatomie pathologique, l'histoire du développement et celle des races humaines. Traité d'anatomie générale ou histoire des tissus et de la composition chimique du corps humain, par J. HENLE, professeur d'anatomie et de physiologie à l'université de Zurich ; traduit de l'Allemand par A. J. L. JOURDAN, membre de l'acad. de médecine, 2 vol. in-8, avec 5 planches gravées. — chez J. B. Baillière, rue de l'École de médecine,

Lamagnifique collection anatomique due à la collaboration du professeur le plus distingué de l'Allemagne!

cette collection, la plus riche et la plus belle que l'on connaisse, vient enfin, grâce aux soins de M. Jourdan, de traverser le Rhin et de prendre parmi nous droit de cité. Véritable monument élevé à la science anatomique, l'*Encyclopédie* poursuit sa marche avec un succès toujours égal, et chaque traité nouveau qui nous arrive justifie les prévisions conçues depuis longtemps. Je vais entretenir quelques instants les lecteurs du remarquable traité d'*Anatomie générale* de M. le professeur J. Henle.

L'anatomie générale n'est point, comme le croient certaines personnes, une création de nos jours. Le premier anatomiste qui établit une distinction entre un muscle et une glande, entre un nerf et un vaisseau, celui-là jeta les premiers fondements de la science; or, ces distinctions précédèrent à coup sûr l'étude des organes, en d'autres termes, l'étude de l'anatomie descriptive. L'anatomie générale, pour nous servir de la définition du professeur Henle, est « *la science qui s'occupe de rechercher les parties similaires dans des organes différents, de les comparer ensemble et de leur assigner des caractères qui conviennent à toutes.* » p. 119, tome 1. Ainsi comprise, l'anatomie générale ou *histologie*, comme l'appelle notre auteur, embrasse un cercle beaucoup plus grand que celui qui lui avait été assigné par les anatomistes. Elle ne s'arrête pas aux tissus, à leur classification, à la recherche de leurs propriétés organiques et vitales, elle s'étend au contraire à l'universalité des parties constituantes du corps humain. Tissus, organes, appareils, liquides de diverses natures, elle embrasse tout dans son vaste domaine. Cette manière de considérer la science dénote une grande conception et exige nécessairement, pour être menée à son terme, des connais-

sances étendues et précises. Ici la difficulté de l'exécution égale la grandeur de l'entreprise. Il ne s'agit plus en effet de s'armer du scalpel et de poursuivre avec cet instrument les fibres organiques jusque dans leurs dernières ramifications ; il ne s'agit plus seulement de classer et nombrer les tissus primitifs ou élémentaires, il faut aller au-delà. Il faut, comme je le disais, prendre séparément chacun des éléments du corps humain, l'étudier d'une manière approfondie, saisir les rapports qui l'unissent à l'ensemble, le considérer en lui-même, dans sa structure, dans sa composition anatomique et chimique ; il faut en un mot, faire son histoire complète. Tel est, en effet, le but que se propose l'auteur ; et pour y atteindre, il met en œuvre tous les moyens d'investigation que nous fournit la science, tels que : le microscope, l'analyse chimique, etc. Les notions fournies par ces divers moyens doivent nécessairement se coordonner, s'aider mutuellement et fournir leur contingent dans les recherches scientifiques ; sans ce concours réciproque, on peut dire que les questions les plus compliquées restent sans solution : l'élève n'aperçoit plus autour de lui que doute, incertitude et confusion.

Il peut paraître singulier, au premier abord, de voir compris au nombre des tissus le sang, la lymphe, le mucus et les autres humeurs de l'économie ; cependant cet étonnement cesse bientôt quand on se rappelle que l'observation microscopique est celle à laquelle M. Henle s'arrête pour établir sa distinction. Or, on sait que tous les tissus se confondent dans le champ du microscope, qu'ils perdent leur apparence sous l'appareil amplificateur, et qu'ils se réduisent alors à quelques formes élémentaires, c'est-à-dire à des cellules, des noyaux et des fibrilles. La

fibre musculaire comme la fibre nerveuse , comme la vésicule sanguine , comme l'écaille épidermique , comme l'utricule cellulaire , etc. , ne peuvent se rapporter qu'à l'une des formes primitives dont je viens de parler ; c'est pourquoi elles peuvent toutes être contenues sous la même dénomination et faire partie de la même science , l'histologie. Il y a certainement des objections à faire à ce système qui étend les dimensions de la science sans la changer en quoi que ce soit , et qui introduit forcément dans l'étude des tissus l'intervention d'un instrument difficile à manier et par conséquent infidèle et variable dans les résultats qu'il fournit entre différentes mains ; mais passons sur les objections , et , toute réserve faite , acceptons les données de la science moderne.

M. Henle , après avoir passé en revue dans une rapide introduction les travaux de Haller, Bichat, Treviranus, Krause, Lauth, Doellinger, Heusinger, Raspail, Dutrochet, Schleiden et Schwann , exprime ainsi son opinion sur la structure de l'organisme : « Nous sommes arrivés à ce résultat que l'organisme se compose d'un certain nombre de parties élémentaires , monades ou atomes organiques , qui , dominés et retenus ensemble par une puissance soustraite à nos moyens d'investigation, s'arrangent et se développent conformément à un type. Ces monades sont douées de forces particulières ; car il leur suffit d'une source commune, le jaune ou le sang , pour former et nourrir toutes les cellules , chacune dans son espèce. » p. 131. Au premier rang de ces parties élémentaires figure la *cellule*. Qu'est-ce donc qu'une cellule ? C'est une petite vessie contenant un liquide et portant

dans l'une de ses parois un *noyau* (*cystoblaste* ; Schleiden) lequel présente des taches rondes appelées *nucléoles*. Ces vésicules sont disposées dans une substance amorphe, la *cystoblastème*. (Schawn). Dans certains cas, la surface interne de la cellule est parsemée de granulations considérées par quelques physiologistes comme des *noyaux élémentaires*. Dans l'opinion de plusieurs d'entre ces derniers, les granulations sont considérées comme les éléments morphologiques les plus généraux des tissus de l'animal. Quoique descendue à des détails microscopiques bien minimes, puisque les granulations élémentaires n'ont qu'un ou deux millièmes de lignes de diamètre, cependant l'analyse ne s'est pas arrêtée là ; elle a recherché la composition même des granulations et les a trouvées formées d'une gouttelette de graisse enveloppée par une membrane. Avec ce système de recherches, les travaux microscopiques sont destinés à n'avoir pas de fin ; car des pouvoirs grossissants plus forts que ceux actuellement à notre disposition feront apercevoir des cellules dans des cellules, des granulations dans des granulations.

Après avoir constaté ces faits par l'observation directe, les physiologistes sont entrés dans une voie difficile à parcourir ; car ici les analogies sont obscures ; ils ont cherché à formuler les lois de la génération des granulations et des cellules. Parmi les divers systèmes écrits sur ce sujet, j'en rappellerai un seul, celui de la comparaison des cellules avec les cristaux. Cette hypothèse, due à MM. Raspail et Schwann, consiste à établir une ressemblance entre les cellules élémentaires organiques et les cristaux inorganiques. Les cristaux reçoivent leurs parties constituantes par une simple apposition, tandis que les cellules sont susceptibles

d'une simple imbibition ; telle serait la seule différence qui séparerait les cristaux organiques des cristaux inorganiques. Si l'on ajoute à ces considérations tirées de la forme, la mise en œuvre de quelques lois chimiques et physiques, telles que celle d'endosmose et d'exosmose, celle découverte par Ascherson, relative à la propriété de l'albumine de se coaguler en membrane lorsqu'elle entre en contact avec une graisse liquide, on aura, ou plutôt on croira posséder, la connaissance exacte des lois qui président au développement de l'organisme vivant. Mais alors que de difficultés ne rencontre-t on pas ? M. Henle nie, avec raison, la parité qu'on veut établir entre les cellules et les cristaux ; car dans ces derniers la composition est complètement homogène, tandis que le contraire a lieu pour les cellules organiques : et d'ailleurs, comment expliquer avec les lois physiques la production de tissus de diverse nature, de tissus spécifiques, si l'on pouvait s'exprimer ainsi, avec des liquides invariables, toujours les mêmes, comme le sont le sang, le chyle, la lymphe, etc. ? Non, il est impossible d'admettre que l'organisme soumis aux lois de la matière, les subisse dans son développement. Reconnaître un tel principe, c'est soumettre l'homme et tout le règne organique à l'influence d'une nécessité fatale. Quiconque réfléchit sérieusement et sans passion aux grandes lois de la genèse organique, est toujours forcé de reconnaître qu'elle se trouve sous la dépendance immédiate d'une force déterminée que nous appelons la force vitale. Dira-t-on qu'il y a parité dans les termes des formations primitive et consécutive, et pourra-t-on établir que des cellules engendrent des cellules ? Cette prétention paraît fort exagérée, et, du reste, contraire à l'observation.

D'abord les cellules organiques sont très-variables entre elles, et leurs différences portent sur leur forme, leur disposition physique, leur composition chimique, la nature de leur contenu, etc.; mais, de plus, il y a dans l'organisation autre chose que des cellules. Pour échapper à cette dernière objection, dira-t-on avec Schwann que les muscles et les nerfs sont formés de cellules *dans lesquelles les parties et les cavités sont confondues ensemble*? Mais alors on se condamne à de misérables subtilités et à des subterfuges inadmissibles.

Comment se multiplient les cellules? M. Henle a constaté trois modes de multiplication: 1° par surculation ou génération extérieure; 2° par génération intérieure; 3° par cloisonnement. Les phénomènes consécutifs sont dignes d'intérêt; ainsi ces cellules grandissent, leurs parois se transforment, s'épaississent, se laissent pénétrer par des canaux cylindriques qui ont reçu les noms de canaux *poreux* ou *ponctués*, puis bientôt elles se rompent, disparaissent en partie ou totalement, en se confondant avec les cellules voisines. Quelques-unes s'allongent au point de faire disparaître la cavité; alors elles forment des fibres véritables qui se groupent en faisceaux ou en lamelles.

Les noyaux présentent des phénomènes de métamorphose tout-à-fait analogues à ceux des cellules; ainsi ils peuvent disparaître, ou donner naissance à des fibres particulières. Dans le premier cas, ils diminuent graduellement de volume, et sont encore reconnaissables à une suite de petits points noirs; puis ils disparaissent complètement. Dans le second cas, au contraire, ils s'allongent, se rétrécissent de plus en plus, et se convertissent en stries minces et obscures, qui reposent sur les cellules correspondantes,

tantôt droites, tantôt courbées à angles ou en demi cercle, tantôt enfin décrivant des flexions onduleuses lorsqu'elles ont une certaine longueur. Les fibres *de noyau* se distinguent des fibres *de cellules*, en ce que celles-là sont toujours plus grêles que les dernières, et en ce qu'elles sont solubles dans l'acide acétique, tandis que les fibres de cellules sont insolubles dans cet acide. Ce dernier caractère n'est cependant pas sans exception. Indépendamment des phénomènes que nous venons de signaler, les cellules et les noyaux paraissent susceptibles d'une transformation chimique, car elles passent à l'état huileux. Quant aux fonctions des cellules élémentaires, elles sont encore couvertes d'un voile épais, et notre ignorance à cet égard est complète.

Je me suis appesanti à dessein sur l'étude des cellules élémentaires, parce que ces travaux sont peu connus en France et parce que nos confrères d'outre-Rhin y attachent une importance toute spéciale. On peut en juger par le passage suivant.

« Quand on voit un grand nombre et peut-être la totalité des formations organiques, les unes être composées, les autres se développer de parties similaires, c'est-à-dire de cellules élémentaires, on ne peut s'empêcher d'espérer que les mystères qui enveloppent les phénomènes de la vie, dans les organismes compliqués, seront dévoilés par l'étude de ces parties constituantes simples. »
p. 206, t. I. J'avoue franchement ne pas partager tout-à-fait les espérances du professeur Henle. On a beau multiplier les recherches de cette nature, on a beau descendre aux détails les plus délicats, on a beau poursuivre avec le microscope les dernières ramifications des tissus organiques, on n'obtient qu'un seul résultat, à savoir, la constata-

tion pure et simple de formes physiques nouvelles. Qu'on y songe bien : de là à une théorie, c'est-à-dire à l'explication d'une fonction, il y a un vide immense. Du reste, en agissant de la sorte, on déplace la question; en la portant sur le terrain microscopique, on la recule, si je puis ainsi dire, mais on ne l'éclaire pas. Aussi, toute réflexion faite, on peut répéter avec notre auteur : « Si avec ces espérances et ces prétentions, nous tournons nos regards vers les cellules élémentaires, nous voyons l'abîme entre la nature morte et la nature vivante s'agrandir plutôt que se combler. » p. 207.

Je viens de passer en revue d'une manière très-succincte, les observations et les opinions du professeur Henle sur les formes élémentaires des substances qui entrent dans la composition du corps humain. Là, cependant, ne commence pas son ouvrage; cette partie se trouve précédée d'une suite de chapitres dans lesquels l'auteur étudie, du point de vue de la chimie organique, les substances nitrogénées, puis les substances non nitrogénées. Les notions qu'on peut recueillir dans ces chapitres se trouvent dans tous les traités de chimie organique, et, pour cette raison, j'ai cru devoir les passer sous silence, préférant renvoyer le lecteur à l'un ou l'autre de ces ouvrages. Il est un point sur lequel il ne sera peut-être pas inutile de revenir, car il est digne du plus haut intérêt : je veux parler de l'état de combinaison des substances élémentaires.

Les corps organisés ne contiennent aucune substance qui leur soit propre et qui les caractérise particulièrement. « Il n'y a point, dit Burdach, de matière particulière pour la vie; mais la vie produit une combinaison spéciale et

« en harmonie avec elle-même des substances élémentaires généralement répandues. » En effet, si l'on prend une partie quelconque d'un corps organisé et qu'on la soumette à l'analyse, on la réduira à certains éléments toujours les mêmes ; ainsi on trouvera de l'oxygène, de l'hydrogène, du nitrogène, carbone, phosphore, chlore, soufre, fluor, potassium, sodium, calcium, magnésium, silicium, aluminium, fer, manganèse, titane, et peut-être même de l'arsenic. Sous ce point de vue donc, il n'y a aucune différence entre les substances organiques et les substances inorganiques, car la liste des principes *médiats* se trouve puisée entièrement dans le règne inorganique. Si nous laissons ces éléments à l'état de *combinaison*, et tels, en un mot, qu'ils ont été assemblés pour la vie, alors nous trouvons des principes immédiats doués de propriétés spéciales, et qui se comportent d'une manière toute particulière dans la série des êtres organisés. Les principes *éloignés* ou *médiats* se combinent deux à deux, trois à trois, et le plus souvent quatre à quatre, pour former les matériaux *immédiats* ou *prochains* des organismes. Il faut faire la remarque que les composés binaires, tels que les acides et les bases, se rapprochent pour former des composés quaternaires et peuvent être facilement isolés.

Les chimistes cherchent depuis longtemps quelle est la théorie des radicaux composés, et ils ont, à cet égard, émis plusieurs hypothèses, parmi lesquelles celle de M. Gay-Lussac s'est conciliée le plus de partisans. Ce savant chimiste considère les substances organiques comme de simples mélanges de combinaisons inorganiques connues. Ainsi l'éther serait un mélange de carbure d'hydrogène et d'eau ; l'acide acétique, un mélange d'oxyde de carbone,

d'eau et de carbure d'hydrogène ; les huiles grasses, un mélange d'acide gras et de glycérine. Cette théorie réserve le mode de formation. Quant aux métaux et aux métalloïdes, quel rôle jouent-ils dans l'organisme ? Sont-ils à l'état d'oxydes combinés avec les matériaux immédiats ? Ou bien sont-ils à l'état de combinaison inorganique (sel, par exemple) mêlés aux matériaux immédiats ? C'est ce que la science ne saurait dire. Ce qui lui reste à découvrir est immense. Quand on pense que les mêmes éléments, dans les mêmes proportions, peuvent représenter des matières douées de propriétés totalement différentes ; que les modifications les plus simples suffisent pour donner naissance aux substances spécifiques des liquides et des solides, alors on se croit encore loin de connaître la véritable composition des principes immédiats, et surtout les lois chimico-vitales, comme disent les Allemands, qui président à l'arrangement et à la création de ces tissus. Je ne cesse de revenir à cette idée, parce que les chimistes purs et les physiiciens se paient trop facilement de mots et se contentent trop vite d'explications plus ou moins spécieuses présentées par un maître de la science.

Après avoir posé la règle générale dont je viens de parler, l'auteur entre véritablement en matière, c'est-à-dire qu'il commence l'histologie ou histoire des tissus considérés séparément. Il étudie successivement l'épiderme et l'épithélium, — les ongles, — le pigment grenu, — les poils, — le tissu de la cornée transparente, — le tissu du cristallin, du corps vitré et de leurs membranes, — le tissu cellulaire, le tissu adipeux, — le tissu élastique, — le suc nourricier et les vaisseaux qui le charrient (chyle, lymphe et sang), — le tissu musculaire ; — les tissus nerveux, cartilagineux, os-

seux, — les dents, — les pierres auditives, — les glandes, enfin les membranes. Cette simple énumération sera suffisante pour faire connaître le plan suivi par l'auteur dans l'exposition de ses recherches : on comprendra facilement qu'il est impossible, dans un travail comme celui-ci, de suivre l'auteur dans les immenses détails que comporte son œuvre. Ce que j'ai déjà dit précédemment pourrait suffire pour mettre le lecteur au courant des idées générales qui président au magnifique travail du professeur Henle ; néanmoins, je vais appeler l'attention d'une manière spéciale sur ses observations relatives aux glandes.

L'auteur reconnaît deux espèces de glandes : les unes communiquant à l'extérieur ou plutôt à une surface tégumentaire interne ou externe ; les autres, au contraire, n'ayant aucune communication apparente avec les appareils voisins, si ce n'est avec les vaisseaux, et, pour cette raison appelées glandes *vasculaires*. Lorsqu'on examine au microscope une membrane muqueuse, on la voit couverte de petits points transparents constitués par des vésicules sécrétoires enchâssées dans son épaisseur, et communiquant avec la surface libre par de petits tubes rangés en couronne. Ces organes sont considérés par M. Henle comme l'élément morphologique primitif du tissu glandulaire, et appelés, par lui, *vésicules glandulaires*. « En s'accumulant, s'arrangeant suivant des types divers, et s'ouvrant les unes dans les autres, elles donnent naissance aux glandes composées. » T. II, p. 472. Ainsi une glande est constituée par une tunique propre formée par un tissu amorphe et remplie par des cellules.

On observe dans le corps humain trois classes de glandes : 1° les unes en forme de cœcum ; 2° les autres en

forme de grappes ; 3^o enfin, les dernières, appelées glandes rétifformes. Une suite de vésicules s'ouvrant les unes dans les autres, et se terminant définitivement en cul-de-sac, puis venant s'ouvrir à la surface directement ou par un canal intermédiaire ; dans le second cas, des vésicules incomplètement absorbées et formant avec leurs derniers vestiges une cavité ; dans le troisième cas, des tubes anastomosés ensemble ; telles sont les dispositions générales des glandes. Il y a, à cet égard, des exceptions remarquables. Ainsi, le foie se compose de granules 1 melliformes tapissés par des rameaux de la veine hépatique. Ces granules, organes de sécrétion, n'ont aucun canal excréteur, et la composition intérieure en est tout à fait inconnue. Dans l'état actuel de la science, il est donc impossible de dire comment la bile pénètre dans les canaux biliaires.

Les glandes donnent deux espèces de produits ; un liquide d'abord, puis des corpuscules qui y sont suspendus. Parmi ces derniers, on compte les corpuscules du mucus, ceux du colostrum, les vésicules adipeuses et les filaments spermatiques, désignés habituellement sous le nom d'animalcules. Indépendamment de ces corpuscules, qui sont une partie essentielle des sécrétions, on rencontre mélangés à eux, mais accidentellement, des cellules épithéliales, des plaques épidermiques, des segments de membrane, etc. Le liquide, ou *plasma* des sécrétions, est un mélange d'eau et de substances organiques et inorganiques. L'étude de ces combinaisons donne lieu aux considérations physiologiques les plus importantes. On s'est souvent demandé comment s'opéraient les sécrétions ; les glandes fabriquent-elles des produits, ou bien au contraire font-elles seulement l'office de crible, et séparent-

elles du sang les produits que nous apercevons? Plusieurs données importantes ont déjà été fournies par l'analyse chimique. Ainsi on trouve à la fois dans le plasma du sang et dans le plasma des sécrétions : de la fibrine, de l'albumine, de la matière caséuse, de la graisse, des matières extractives (ptyaline, osmazome), le pigment biliaire, l'urée, des lactates, carbonates, phosphates, sulfates et des chlorures sodiques. D'une autre part cependant, on trouve parmi les produits des sécrétions des principes qui n'ont pas encore été découverts dans le sérum du sang ; ce sont principalement la biline, l'acide urique, le sucre de lait, l'acide lactique libre, le fer, l'acide chlorhydrique, la pepsine, la pyine, le sulfure de cyanogène, plusieurs matières odorantes. Malgré cette difficulté, M. Henle se range néanmoins à l'opinion de ceux qui regardent « les glandes « comme des organes sécrétoires dans l'acception rigoureuse de ce mot, c'est-à-dire comme des filtres. »

Pourquoi les glandes donnent-elles des produits différents? M. Henle pense qu'elles ont une affinité plus grande pour tel ou tel principe du sang. Une telle assertion signifie peu, et l'auteur eût tout aussi bien fait, je pense, d'avouer franchement notre ignorance à cet égard. Du reste, cette question est tout-à-fait accidentelle dans l'ordre des travaux de l'auteur ; ce n'est donc pas ici le lieu de la combattre.

Le paragraphe relatif aux glandes qui s'ouvrent à la peau et aux muqueuses, se termine par des considérations organogénésiques sur ces organes. Les notions encore obscures que nous possédons sur ce sujet nous empêchent de nous y arrêter.

La seconde espèce de glandes comprend la thyroïde, le

thymus, la rate et les capsules surrénales. Les usages de ces organes sont encore complètement ignorés. Toutefois, raisonnant par analogie, on est arrivé, d'exclusion en exclusion, à leur attribuer une influence sur les phénomènes de la sanguification et de la nutrition. Mais quelle est précisément la part de cette influence? c'est ce qu'on ne saurait dire actuellement. Considérées du point de vue purement anatomique, on les trouve formées d'éléments microscopiques uniformes. Leur substance se compose de granules occupant tous les interstices laissés libres entre les vaisseaux. Quelquefois ces granules sont emprisonnés dans des vésicules ou plutôt dans des cellules élémentaires. Les corpuscules des capsules surrénales sont plongés dans une substance molle, à grains très-fins.

Telle est l'analyse succincte et fort incomplète du grand travail du professeur Henle. Ce qui le caractérise surtout, c'est l'application du microscope à l'étude de l'anatomie générale. Cette application s'est tellement généralisée entre les mains de l'auteur, qu'on pourrait dire de son livre qu'il représente l'histoire complète de l'histologie microscopique. Où nous conduira cette tendance des anatomistes pour juger les questions les plus délicates de la physiologie, de l'anatomie et de la pathologie? c'est ce que nul ne pourrait dire sans risquer un jugement téméraire. Cependant, si l'on compare les promesses aux effets obtenus, on se désillusionne un peu et l'on devient plus circonspect, plus sceptique. Ce n'est pas moi, à coup sûr, qui voudrais mettre une entrave quelconque aux recherches des savants; loin de là, j'estime et loue leurs nobles efforts; mais le devoir de la critique est aussi de montrer les écueils

contre lesquels vont se briser en pure perte beaucoup d'hommes très-laborieux et pleins de conscience. Heureusement mes reproches ne s'adressent pas à notre auteur.

Le livre de M. Henle est véritablement dans son genre une œuvre hors ligne. Les travaux immenses qu'il a nécessités et qui ont été conduits avec persévérance et bonheur, le grand nombre de recherches dont il donne les résultats, la richesse des détails anatomiques, la sobriété de déductions physiologiques et l'esprit philosophique qu'on y remarque, placent l'auteur dans un rang élevé et lui assurent une supériorité incontestable.

BOURDIN.

**REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE DES JOURNAUX
DE MÉDECINE FRANÇAIS.**

Température chez les enfants à l'état physiologique et pathologique. — Folie consécutive à la fièvre typhoïde. — Thérapeutique de la pneumonie typhoïde. — Rage communiquée à un baudet.

Archives générales de médecine.

(Juillet 1844).

1. *De la température chez les enfants, à l'état physiologique et pathologique*, par M. le docteur HENRI ROGER, médecin du Bureau central des hôpitaux. — Autant la chaleur animale, dans l'état sain, a donné lieu à de nombreuses recherches, autant sont rares les travaux

sur la température du corps dans les maladies. « Et cependant, dit M. Roger, est-il une étude plus curieuse que celle des modifications diverses de la calorification dans l'état pathologique ? » Parmi les praticiens qui se sont occupés de ce sujet, M. Bouillaud est le premier à qui revient le mérite d'avoir introduit l'usage du thermomètre dans la clinique, et d'avoir ainsi contribué au progrès de la médecine qu'il appelle exacte ; il a, de plus, établi quelques principes généraux qui ressortent d'observations multipliées ; mais il les a posés en quelques lignes seulement, et n'a point exploité la mine féconde qu'il avait ouverte.

La science doit également d'intéressantes recherches sur la chaleur animale à MM. Piorry et et Donné. Mais celui qui a le plus fait pour cette question de la température dans les maladies, est M. Andral, qui, dans ses éloquents leçons, a formulé la plupart des lois générales qui résultent de l'ensemble et du rapprochement des faits particuliers.

Toutefois, ces différents travaux ne forment point un tout complet et ne s'appliquent d'ailleurs qu'aux maladies de l'âge adulte. Rien de pareil n'avait été tenté pour la pathologie de l'enfance : c'est cette lacune que M. Henri Roger s'est efforcé de remplir en mettant au jour le résultat de huit mois d'observation assidue en 1843, tant à l'hôpital des Enfants-Trouvés qu'à celui des Enfants malades.

M. Roger expose d'abord les moyens d'apprécier la température du corps humain. Ces moyens, au nombre de trois, sont la main, les appareils thermo-électriques de M. Becquerel, et le thermomètre. Ce dernier instrument offre seul des avantages, le premier fournissant des données infidèles, et le second étant d'une application trop délicate.

Un bon thermomètre doit être très-sensible. Les divisions des degrés seront, en outre, assez écartées pour qu'on saisisse avec facilité les moindres variations d'élevation ou d'abaissement de la colonne thermométrique.

Dans ses expériences, à moins qu'il ne s'agit de constater la température locale de certaines parties, M. Roger a toujours mis l'instrument dans le creux axillaire, ce qui est d'un effet sûr chez les enfants. En général, la colonne de mercure avait atteint son maximum au bout de trois minutes; mais il est bon néanmoins de ne le retirer qu'après cinq minutes et davantage, pour plus de certitude. Par le même motif, les chiffres de la température étaient constatés sur place et sans déranger le thermomètre.

Quelques précautions sont nécessaires pour apprécier la chaleur dans l'intérieur de la bouche. En mettant, comme on l'a conseillé, la boule du tube au-dessous de la langue, on court risque, chez les enfants indociles, que le tube se brise. On a moins à craindre cet inconvénient, si on le glisse entre la paroi externe des arcades dentaires et la joue.

Après ces notions préliminaires, M. Roger indique la température normale dans l'enfance.

Au moment même de la naissance, l'enfant a une température au moins égale à celle qu'il aura quelques jours, quelques années plus tard. Dans une première expérience, l'auteur a trouvé en moyenne $37^{\circ}, 75$ centigrades, et dans une seconde, $36^{\circ}, 75$. Sur trente-trois nouveau-nés, six seulement dépassaient ce chiffre. Chose remarquable et contraire aux observations d'Edwards chez les animaux, la température de ces enfants était supérieure à celle de la mère d'un demi et même d'un degré.

Mais bientôt après, cette température diminue. A peine

s'est-il passé 3-4 minutes qu'elle tombe à 36° , à 35° , 50, à 35° , 25. Toutefois, cet abaissement n'est point durable, et le lendemain, la température a beaucoup remonté ; car la moyenne donnée par cinq enfants âgés de un jour révolu, fut de 37° , 05, 37° , 08. Edwards avait donné 2° de moins.

Chez les enfants de un à sept jours, la moyenne de toutes les températures a été de 37° , 08. Une fois seulement, l'instrument a marqué 36° et une autre fois 39° .

Dans la première série, les degrés de température paraissent indépendants des fonctions respiratoires et circulatoires. Dans la seconde, l'activité des battements de cœur eut au contraire une influence réelle. Il en est de même de la force du sujet.

Martin, cité par Burdach, avait avancé que le sommeil abaissait la température du corps ; ce résultat est contredit par les observations de M. Roger, dans lesquelles on voit un tiers de degré en faveur de l'état de sommeil sur l'état de veille.

Au-dessus de quatre mois et jusqu'à quatorze ans, l'élévation de la chaleur est presque insensible ; elle a varié en effet, sur vingt-cinq sujets, entre 35° , 11, pour ceux de six ans et au dessous, et 37° 31 pour ceux au-dessus. La circulation et la respiration étant moins actives dans cette troisième catégorie, et néanmoins la chaleur du corps étant plus considérable, on doit en conclure que cette chaleur n'est sous l'influence immédiate ni de la circulation ni de la respiration.

L'exercice plus ou moins vioient vient encore appuyer ce fait : à peine a-t-il augmenté d'un quart de degré la température du corps. Elle ne subit non plus aucune modification sensible après les repas.

On a comparé, sous le rapport de la chaleur, les diffé.

rentes parties du corps, et l'on a signalé des variations notables. D'après les expériences de M. Roger, on peut établir entre elles l'ordre d'élévation suivant : *aisselles, abdomen, cavité buccale, pli du bras, main, pied*. Plusieurs fois néanmoins, la température de l'abdomen ou de la bouche fut égale, sinon supérieure à celle des aisselles.

Ces expériences comparatives confirment l'opinion qu'une observation vague a introduite dans la science, savoir : que la chaleur est d'autant moins grande dans une partie du corps que cette partie est plus éloignée du centre.

(La suite au prochain cahier.)

Journal des connaissances médico-chirurgicales.

(Juillet 1844.)

I. *De la folie consécutive à la fièvre typhoïde, et de son mode ordinaire de terminaison*, par MAX. SIMON, D. M. P. — Malgré la fréquence des dérangements intellectuels à la suite de la fièvre typhoïde, peu d'auteurs ont signalé le rapport qui pouvait exister entre ces dérangements et la maladie dont il s'agit. Cependant ce rapport n'a pas échappé à Esquirol. Mais suivant M. Max. Simon, il aurait à ce sujet commis une erreur évidente, en prétendant qu'il ne faut pas confondre le délire chronique qui succède aux fièvres de mauvais caractère avec l'aliénation mentale ; « car, dit-il, en l'assimilant au délire qui accompagne l'inflammation des méninges ou du cerveau, supposerait-on qu'il est commandé par des lésions anatomiques analogues à celles qu'entraîne cette

« double affection ? Mais comment alors ces lésions som-
« meilleraient-elles pendant des mois, pendant des an-
« nées même, pour se réveiller ensuite tout à coup, et se
« manifester par l'ensemble des phénomènes qui appar-
« tiennent réellement à l'aliénation mentale ? »

Cette objection de M. Max. Simon ne nous paraît fon-
dée que pour quelques cas ; et il suffit d'avoir eu l'occa-
sion d'observer les désordres intellectuels consécutifs à la
fièvre typhoïde, comme on peut le faire dans les hospices
d'aliénés, pour être convaincu, en effet, qu'il n'y a qu'une
analogie fort indirecte entre ces désordres et la folie ordi-
naire ; et qu'ici la maladie est évidemment subordonnée
à une altération physique plus ou moins profonde. Pres-
que toujours le délire s'accompagne de stupidité ; l'air est
niais, les réponses lentes ; le malade rit ou pleure sans
motif. Parfois il extravague et s'agite, mais comme un
individu qui rêve ou un idiot qu'on irrite. Il n'a ni les
idées fixes et suivies du monomane, ni la vivacité et
la mobilité du maniaque ; c'est, en un mot, une véritable
démence, qui dégénère quelquefois en idiotisme et assez
souvent est suivie de guérison, parce qu'elle est la consé-
quence de l'inertie où la maladie a jeté le cerveau, sans
avoir déterminé une lésion grave de sa substance. Nous
pourrions, à l'appui de ces considérations, citer un nom-
bre de faits respectables dont plusieurs sont encore sous
nos yeux.

Quant à la forme aiguë, celle qui ressemble à la folie
proprement dite, nous n'en avons encore vu que deux
exemples tout-à-fait semblables aux trois cas qui font
l'objet du mémoire de M. Max. Simon, et qui semblent
lui avoir inspiré son opinion. C'est dans le cours de la con-
valescence qu'ils se sont montrés ; le délire était actif et
apyrétique. Il fut également passager, comme chez les

malades de notre confrère, et l'on peut s'en rendre compte jusqu'à un certain point, en le regardant comme un des signes frappants du retour des fonctions du cerveau engourdi à l'état normal. La plupart des auteurs n'ont-ils pas mentionné maint cas où la manie a ainsi succédé à la stupidité, c'est-à-dire à l'irrégularité à l'abolition plus ou moins absolue de la pensée et des actes qui en sont la conséquence ? Dans ces circonstances, les soins hygiéniques et une alimentation réparatrice contribuent, en augmentant les forces, à dissiper les accidents que nous venons d'énumérer. Au nombre des conditions les plus favorables, on doit assurément mettre en première ligne, pour accélérer le terme de la convalescence et par conséquent celui de la maladie, l'habitation à la campagne, ainsi que l'a remarqué M. Gouraud pour un de ses clients.

II. *Thérapeutique de la pneumonie typhoïde*, par M. SMITH. — Il n'est aucun praticien qui n'ait eu occasion d'observer cette forme de la phlegmasie du poumon, qui réunit à l'extérieur tous les symptômes adynamiques propres à la fièvre typhoïde, la stupeur, la prostration, le *subdelirium*, la sécheresse de la langue, etc.; mais on est bien loin d'être d'accord sur la valeur de cet appareil symptomatique, et tandis que les uns le considèrent comme une complication fondamentale qui exige un traitement à part, les autres le subordonnent tout simplement à la maladie, et n'y voient qu'un motif de combattre celle-ci avec une énergie plus grande. M. Smith n'est pas de ce dernier avis. Il proscriit surtout les saignées, dont l'excès, selon lui, a été souvent la cause de cet état nerveux; il recommande, au contraire, les toniques unis aux narcotiques, le camphre, l'acide benzoïque, l'acide

prussique, l'opium, l'acétate de plomb, la digitale, le musc, le phosphore, et il cite à ce sujet les formules plus ou moins compliquées dans lesquelles divers auteurs tels que Bayler, Most, Thaer, Hoffmann, etc., ont fait entrer ces substances.

Il veut qu'on seconde l'action de ces moyens par l'application des rubéfiants entretenus longtemps en suppuration, tant sur le siège de la maladie que sur les extrémités.

La formule de Ristcher, comme lui médecin de Varsovie, est celle à laquelle il donne la préférence. Sur treize malades dans l'état le plus grave, auxquels il l'a administrée, il n'en a perdu qu'un seul. Elle est ainsi composée :

Y. Plumbi acetici. . . .	0,15
Laudanum Sydenh. . . .	1,00 —200
Aquæ ceras. . . .	120,00
Succi liquir. . . .	Q. S.

Voici la manière dont il explique son action : l'acétate de plomb diminue la fréquence du pouls, la sécrétion pulmonaire, et en particulier les sueurs. D'un autre côté, l'opium agit sur l'irritation des poumons, calme la toux et la tendance à la congestion. Il substitue quelquefois la digitale au laurier-cerise. La digitale ralentit également le pouls et favorise, en outre, la résorption des épanchements. Cette combinaison a donc l'avantage de modifier à la fois, d'une façon avantageuse, tous les états morbides dont se composent ces sortes de pneumonies.

Les succès obtenus par M. Smith doivent sans doute porter à employer, dans les cas graves dont il est question, le moyen qu'il indique ; cependant l'imagination paraît avoir beaucoup de part dans la manière dont il conçoit

l'action de sa préparation, et l'on aurait peut-être tort d'être toujours préoccupé des symptômes adynamiques et de négliger la maladie elle-même. Dans plus d'une circonstance, il nous a suffi de triompher de la pneumonie pour voir disparaître des accidents qui, dans cette affection, sont quelquefois particuliers à certains individus ou à certaines époques.

III. *Rage communiquée à un baudet.* Obs. par M. RIGAL, médecin vétérinaire. — Le 11 juillet 1843, un chien lévrier, atteint de la rage, se jette sur un animal de son espèce, appartenant à un berger de Cessenon, lui fait un grand nombre de morsures et s'enfuit. En passant à Pierre Rue, il s'élance sur un baudet qui paissait et lui fait une morsure au-dessus de la narine gauche. Le chien de berger, surveillé, n'a présenté depuis aucun symptôme de cette maladie. Il n'en fut pas de même du baudet; cet animal, quatre mois après, et bien que la plaie de sa morsure fût parfaitement cicatrisée, refusa de boire, éprouva de la difficulté pour avaler les aliments, et chercha à mordre un mulet avec lequel il était attelé à la charrue.

Le lendemain du jour où s'étaient manifestés ces symptômes, la femme du fermier, voulant lui présenter de la luzerne, se vit saisie au bras gauche, et ce n'est qu'avec la plus grande peine que l'on put faire lâcher prise à l'animal. M. Rigal, qui fut appelé dans cette circonstance, trouva le baudet qui se livrait dans son écurie à des mouvements désordonnés; il se roulait, se relevait aussitôt pour se rouler de nouveau; il secouait la tête comme pour se débarrasser d'un poids incommode. Une grande quantité de bave s'échappait de sa bouche; les yeux étaient hagards, les flancs retroussés, presque immobiles; il se précipitait avec fureur sur les différents objets qu'on lui présentait, les saisissait entre les dents et

se ruait même sur les personnes. Les accès se succédèrent, se rapprochèrent, et enfin l'animal succomba.

Ici l'hydrophobie, dit l'auteur, est bien manifeste ; elle est le résultat de l'inoculation. L'incubation a duré quatre mois.

DELASIAUVE.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX ITALIENS.

Usage externe de l'élixir acide de Haller. — Emploi du cyanure de zinc dans les maladies nerveuses. — Épilepsie périodique suite d'aménorrhée, guérie par l'assa fœtida. — Amaurose guérie par la stryénine. — Paraplégie guérie par le *Rhus radicans* de Virginie.

Effets de l'usage externe de l'élixir acide de Haller ; par le docteur BARRACLI. — Ce remède, employé déjà il y a quelques années avec un heureux succès par Warncke, Threnreich et Brach dans le traitement d'affections névralgiques, rhumatismales, arthritiques, herpétiques, etc., a été reconnu comme très-avantageux par l'auteur dans des cas semblables. Selon ses expériences, l'élixir acide de Haller offrirait une grande efficacité tant dans les névralgies (pourvu qu'elles soient circonscrites à un petit espace) que dans ces affections douloureuses qui tirent leur origine des métamorphoses morbides produites par la goutte, le rhumatisme ou l'herpès dans la texture intime de la peau, des aponévroses sous-ja-

centes ou même du périoste ; mais, dans les affections qui dépendent de la phlogose de ces tissus ou qui ont un siège plus profond, ce médicament est ordinairement nuisible. Il est difficile de croire avec l'auteur qu'un semblable remède puisse guérir des désordres organiques, et que la composition chimique d'une semblable combinaison, c'est-à-dire du mélange de l'acide sulfurique et de l'alcool, soit susceptible de rétablir dans leur état normal une partie de l'organisme qui a déjà subi une métamorphose matérielle.

Les effets que le docteur Barracli a vu produits par l'élixir appliqué sur la peau sont les suivants : elle présente plus ou moins vite, selon qu'il est plus ou moins étendu d'eau, une vive chaleur, une rougeur prononcée et une sensibilité fort exagérée. Si l'on continue l'usage du remède pendant quelque temps, on ne tarde pas à voir se développer une inflammation semblable à l'érysipèle, si ce n'est que la partie tuméfiée est dure et cède à peine sous la pression du doigt, comme lorsqu'il y a épanchement, dans le tissu cutané, de lymphe coagulée. Après dix, ou au plus quatorze jours, ces phénomènes se dissipent peu à peu, et l'épiderme, soulevé par écailles plus ou moins larges, se détache.

La manière la plus avantageuse de se servir de ce remède est de pratiquer des frictions matin et soir ; l'auteur conseille de l'étendre dans quatre parties d'eau distillée. Il faut éviter de mettre les vêtements en contact avec le médicament, parce qu'ils seraient attaqués.

Voici les cas dans lesquels le docteur Barracli a employé avec succès l'élixir acide de Haller : 1^o Une maîtresse d'école de 28 ans, de tempérament nerveux, menstruée régulièrement, souffrait depuis plus d'une année d'une douleur très-vive, mais circonscrite, au côté droit

du sinciput. Après avoir fait usage pendant quatorze jours de l'élixir, elle fut parfaitement guérie. 2^o Une autre dame, tourmentée d'un clou hystérique au sommet de la tête, en fut débarrassée par l'usage de ce remède mis en usage pendant plusieurs semaines. 3^o Une juive, sujette depuis vingt ans à un rhumatisme nerveux erratique, fut atteinte d'une douleur très-vive, bornée à un petit espace entre les épaules ; cette douleur l'empêchait nuit et jour de reposer, et avait résisté à une foule de remèdes. On eut recours aux embrocations avec l'élixir de Haller, et, dans l'espace de trois semaines, la douleur avait complètement disparu. 4^o Un homme de 48 ans, qui depuis très-longtemps avait des nodosités aux articulations, eut, dans le mois de mars 1842, l'épaule droite tellement gonflée et douloureuse, qu'il fut contraint de garder le lit. Le gonflement, ainsi que les autres symptômes inflammatoires, ayant cédé aux évacuations sanguines, aux fomentations, aux dépuratifs, la douleur subsista sans presque avoir perdu de sa vivacité, et ne se dissipa qu'après que le malade eut fait usage de l'élixir pendant quatorze jours consécutifs. 5^o Un jeune homme de 25 ans, d'apparence cachectique, avait eu dans son enfance l'éruption désignée sous le nom de crusta lactea, puis plus tard la teigne, la gale, et en dernier lieu un herpès serpigineux, qui occupait tout l'avant-bras gauche. Désirant se marier, il eut recours à un chirurgien, qui, par l'application d'un certain onguent très fétide et de couleur verte, le délivra de cette maladie si incommode. Mais, peu de semaines après, se développa à l'articulation du coude correspondant une douleur fixe, térébrante, très-vive, qui durait depuis vingt jours sans lui laisser un seul instant de calme. Il avait inutilement employé les vésicatoires, le liniment mercuriel, les bains

topiques, émoullients, etc. En peu de jours il fut parfaitement guéri par l'usage externe de l'élixir acide de Haller.

Bien que nous ne soyons disposés qu'à ajouter une confiance très-limitée aux faits cités dans ce mémoire, dont nous avons reproduit l'extrait, il faut cependant convenir qu'employé avec discernement, et surtout dans les affections de nature névralgique, l'élixir de Haller peut avoir de bons résultats.

(*Annali univ. di med.*, mai 1844.)

Observations sur l'emploi du cyanure de zinc dans les maladies nerveuses; par le docteur BARTELO. —
1° Une jeune fille de 19 ans, d'une bonne santé, de tempérament sanguin, fut atteinte il y a deux ans de convulsions qui revenaient régulièrement avant ou après l'éruption menstruelle. Les règles avaient paru pour la première fois à l'âge de quatorze ans et étaient peu abondantes. Quelques médecins ayant tenté en vain de guérir cette jeune personne, avaient conseillé de la marier le plus tôt possible. Lorsque l'auteur fut consulté elle jouissait en apparence d'une santé florissante, les accès convulsifs se déclaraient pendant la nuit, étaient accompagnés de perte de connaissance, et souvent la malade, si l'on n'y faisait attention, se mordait la langue. Il était rare que l'accès reparût la nuit suivante; il ne se renouvelait qu'à l'époque menstruelle suivante. Enfin une grande faiblesse suivait et souvent précédait les accès. Huit jours avant les règles, M. Bartelo prescrivit à la malade de prendre trois doses de cyanure de zinc, de vingt-cinq milligrammes chacune. L'accès suivant fut moins fort; mais le troisième ayant été aussi violent que les précédents, on voulut doubler la dose et l'accès ne reparut plus pendant trois

mois, bien que le médicament eût été suspendu dans les deux derniers mois. Quelques imprudences dans le régime donnèrent encore lieu à deux petits accès. Des bains de rivière complétèrent la guérison, et cette jeune personne n'éprouve plus de convulsions depuis longtemps, bien qu'elle ne soit pas mariée.

2° Une enfant dont la santé avait toujours été parfaite, fut prise vers l'âge de douze ans de symptômes morbides qui, chez une adulte, auraient été nommés hystériques. Elle était la 5^e enfant de parents âgés, sa taille était mince et longue. Au milieu des accès nerveux elle était saisie d'une terreur inexprimable et suppliait sa mère de ne pas l'abandonner. Cet état alternait avec l'état de santé ou avec divers symptômes, tels que faiblesses, lassitudes, tremblement des membres, impossibilité de remuer une jambe; la malade s'éveillait avec un sentiment de suffocation et s'agitait dans son lit d'une manière incroyable; elle se plaignait beaucoup enfin de tiraillement à l'ombilic.

On administra d'abord de la rhubarbe, afin de rétablir les fonctions digestives; et des anthelmintiques dans la supposition qu'il existait des vers dans le tube digestif, mais tout cela sans résultat. Le calomel fut ensuite mis en usage, et enfin le cyanure de zinc, les bains et affusions froides. Cette chorée parvint à se dissiper sous l'usage réitéré du cyanure de zinc et d'un régime convenable.

3° Cette observation a rapport à un jeune homme tourmenté de convulsions semblables à celles de l'éclampsie, avec écume à la bouche et accès de somnambulisme. Après avoir mis en usage une quantité de remèdes variés, on essaya le cyanure de zinc, qui réussit et procura un intervalle de repos de quatre mois. Mais sous l'influence d'affections morales, sa maladie se reproduisit, et le cyanure porté à la dose de 17 centigrammes par jour, pro-

cura un nouveau calme de cinq mois. Cependant le séjour que ce jeune homme était obligé de faire dans le voisinage d'un four, puis surtout de vives contrariétés, renouvelèrent l'état de somnambulisme et les convulsions. On fut donc contraint de recourir encore au cyanure de zinc, dont on donnait 0 centigrammes par jour, et dont on suspendait l'usage pendant 8 et quelquefois 15 jours; les accès disparurent pendant une année entière. Malheureusement M. Bartelo perdit le malade de vue et ne put compléter la guérison.

L'auteur avoue cependant avoir été moins heureux dans un cas d'hémicrânie très-douloureux qu'éprouvait une dame de 36 ans chaque fois que ses règles devaient paraître. Le cyanure de zinc administré à deux reprises différentes ne fit qu'augmenter ces symptômes et les compliquer de vomissements et d'étourdissements.

(Hufeland's journal, et Filiatre Seberio.)

Accès épileptiques périodiques produits par l'aménorrhée et guéris par de fortes doses d'assa-fœtida : Observations du docteur MANFREDONIA. Une dame de 30 ans, mère de trois enfants, d'un tempérament sanguin bilieux, née de parents scrofuleux, avait eu deux couches laborieuses et un écoulement leucorrhéique consécutif abondant. Sous l'influence d'émotions morales vives, elle eut une attaque d'épilepsie qui reparut tous les quatre mois, puis tous les 30 jours, puis tous les 20 jours : La durée du paroxysme était de sept à huit minutes. Cette malade parvint à se faire admettre dans l'hôpital des Incurables, où elle fut traitée d'abord par les cathartiques et les bains; mais on ne connaissait pas encore la raison spécifique de sa maladie, bien que la pléthore et la cac-

chylie abdominale fussent évidentes chez elle. Lorsque l'on apprit qu'après la disparition du flux menstruel, sa santé s'était altérée, qu'elle avait éprouvé des vertiges, des évanouissements auxquels avaient succédé les accès épileptiques, on abandonna les médicaments anti-épileptiques, et l'on mit en usage les fleurs de sel ammoniac martial, le safran, l'assa fœtida; on porta surtout ce dernier médicament jusqu'à la dose de 5 grains par jour, dans un bol fait avec l'extrait de camomille, et comme il était bien toléré, on en éleva la dose jusqu'à un scrupule, en deux bols matin et soir. Deux mois après, une forte secousse morale rappela l'accès épileptique, qui cette fois cependant ne dura que quatre minutes, et à un degré beaucoup moins violent. Les sangsues, les bains, les laxatifs, les épispastiques furent mis en usage, et on vit quelques gouttes de sang s'écouler de l'utérus; bientôt cet écoulement augmenta, les symptômes diminuèrent de plus en plus d'intensité, et les accès épileptiques s'éloignèrent, sous l'influence de l'assa-fœtida dont on continua encore l'usage pendant quatre mois, et dont on avait porté la dose à 30 grains matin et soir. La menstruation se rétablit complètement, l'épilepsie cessa et la malade guérit parfaitement.

(*Annali univ. di med.*, avril 1844)

Amaurose guérie par l'usage interne de la strychnine. — Une femme de service, âgée de 56 ans, sanguine, d'une forte constitution, veuve et exempte de toute affection morale, porta sur la tête un sac rempli de poudre de marbre pendant une journée du mois de juillet. Peu d'heures après, elle fut prise de violentes douleurs de tête, avec sensation incommode de froid à la région syn-cipitale. Revenue chez elle, elle négligea d'appliquer des

1844. Août. T. II.

37

sangsues aux apophyses mastoïdes, selon le conseil qu'on lui en avait donné, de telle sorte que les douleurs augmentèrent et que la vue s'affaiblit sensiblement. La malade consentit alors à se laisser appliquer un vésicatoire d'abord à l'un des bras, puis à l'autre, mais sans aucun soulagement; et dans l'espace d'un mois et demi, elle devint complètement aveugle. Le docteur Hoppa, appelé pour lui donner des soins, vit qu'il existait chez elle une amaurose survenue à la suite d'une congestion cérébrale: la douleur était gravative sur toute la tête, les yeux à peine injectés, les pupilles très-dilatées et immobiles; il y avait impossibilité de discerner la lumière des ténèbres. Un grand nombre de sangsues fut appliqué autour de la tête et aux angles latéraux des yeux; un large vésicatoire fut placé à la nuque. A l'aide de ces moyens, les douleurs de tête diminuèrent et cessèrent même; mais l'altération de la vue resta la même, d'autres vésicatoires placés au cou et les pilules de Richter semblèrent y apporter une légère amélioration, qui restant alors stationnaire, engagea l'auteur à faire usage de la strychnine comme seul médicament capable en quelque sorte d'imprimer une secousse aux facultés nerveuses assoupies. On en administra un douzième de grain associé à l'extrait de douce-amère. L'avantage que la malade retira de ce médicament fut tel, qu'au bout de trente jours de son administration, elle était parfaitement guérie.

(*Ibid.*).

Paraplégie complètement guérie par l'usage du rhus-radicans de Virginie. — Le docteur J. Manfredonia rapporte le fait suivant: Une paysanne âgée de 40 ans, mère de trois enfants, était sujette à des convulsions

venues à la suite d'affections morales : depuis l'époque de la puberté, elle était toujours prise de vomissements convulsifs deux ou trois jours avant l'apparition des règles. Après avoir usé d'une foule de remèdes qui lui avaient été administrés dans son pays pour la guérir d'une paralysie, dont elle fut atteinte en dernier lieu, elle se décida à entrer, quatorze mois après, aux Incurables de Naples.

Le visage était rouge, les yeux ardents, les sclérotiques injectées, le pouls vif et irritable ; les digestions étaient lentes, la nutrition médiocre ; il y avait aménorrhée, constipation, incontinence d'urine, atrophie des membres inférieurs avec perte du mouvement et du sentiment. Elle ajouta à ces renseignements que deux fois elle avait été atteinte de psora ; que trois fois elle avait laissé se supprimer la sécrétion lactée, et qu'elle était habituellement exposée aux vicissitudes atmosphériques et se nourrissait mal. L'auteur de l'observation portant son attention sur les causes occasionnelles et prédisposantes, sur les phénomènes décrits, sur l'aspect pléthorique de la malade, sur la fièvre et sur les signes d'embarrassaburral, eut recours d'abord aux saignées générales et locales, dans le but de dégager la tête, puis prescrivit des purgatifs huileux et des médicaments réfrigérants. On eut recours ensuite aux résolutifs, aux frictions cantharidées, aux vésicatoires, et enfin à l'extrait aqueux de rhus radicans, à la dose d'un sixième de grain matin et soir, associé à une dose double de belladone. Au bout de trente jours, la malade commença à retrouver quelques mouvements des membres inférieurs, vit la nutrition s'opérer mieux, la constipation et l'incontinence d'urine diminuer. On augmenta graduellement la dose du médicament jusqu'à deux grains, et quatre mois après, la

malade put, ses règles étant devenues régulières, la constipation et la paralysie vésicale ayant disparu, la paralysie enfin étant guérie, sortir de l'hôpital huit mois après y être entrée. Le docteur Manfredonia attribue au *rhus radicans* une action élective particulière sur la moelle épinière, en même temps que des facultés calmantes et résolatives.

(*Annali univ. di medic. avril 1844*).

C. DEVILLIERS, D. M.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

(Juillet et août 1844.)

Suite et fin de la discussion sur l'ophtalmie.—Extirpation d'une tumeur cancéreuse de l'S iliaque du colon.—Monstruosité double.—Examen critique des faits touchant le vitalisme.—Peste.

Suite et fin de la discussion sur l'ophtalmologie. — M. Gerdy résume ce qu'il a dit dans les précédentes séances dans les conclusions suivantes :

Il faut, dans l'exposition des ophtalmies, comme il le faut en général dans l'exposition des autres maladies, commencer par une description générale de toutes les affections de la même espèce, pour passer ensuite à leurs modifications.

Ces distinctions doivent plutôt être désignées sous le nom de *modes* que sous celui d'*espèces*, parce que, dans les sciences, les espèces sont des distinctions plus larges, qui réclament un plus grand nombre de caractères parti-

culiers, et de différences plus profondes que les modes, dont l'expression, étant inusitée et plus vague, est plus propre à indiquer des différences variées et inégales par leur importance.

Il faut puiser successivement les distinctions des ophthalmies à tous les caractères qui fournissent des différences notables à la pathologie, dans les causes, dans les caractères anatomiques, dans les symptômes, dans la marche et les terminaisons des maladies. Toutes ces différences, en effet, sont importantes, et, quoiqu'elles le soient à des degrés divers, il n'y a pas de motifs pour tenir compte seulement de quelques-unes et pour négliger les autres. Ce serait s'exposer à perdre certainement des vérités lumineuses et des conséquences pratiques utiles.

Si, contrairement à la raison, on persistait à vouloir distinguer les ophthalmies uniquement d'après un seul caractère, ce serait plutôt d'après la nature patente des ophthalmies que d'après la nature des tissus lésés qu'il faudrait les distinguer les unes des autres. Le siège n'est pas tiré de l'essence de la maladie; c'est évidemment un caractère relatif, jusqu'à un certain point, étranger à la maladie dont l'existence est tellement indépendante de la diversité de texture, qu'elle peut se montrer dans tous les tissus de l'œil.

Si l'on suivait la doctrine ophthalmologique qui tend à s'établir en France, et qui, sous certains rapports, paraît plus vicieuse que la doctrine allemande, si l'on proclamait, comme l'a fait M. Bérard, qu'il faut uniquement distinguer les ophthalmies d'après la nature des tissus affectés, si l'on voulait rester conséquent à ce principe, voyez à quelles conséquences on serait conduit! Ou bien on supprimerait les distinctions des causes, des symptômes et de la marche des maladies, et on ne parlerait ni des ophthalmies

scrofuleuses, rhumatismales, syphilitiques, ni des ophthalmies légères, intenses ou très-intenses, ni des ophthalmies aiguës, chroniques; ou bien on les subordonnerait aux distinctions de siège, en en faisant des subdivisions de conjonctivite, de kératite, d'iritis, etc., et que l'on distinguerait sous les noms de scrofuleuse, rhumatismale, syphilitique, etc. Alors on trouverait une foule de tableaux pathologiques où l'on partagerait arbitrairement les symptômes entre les inflammations, de manière à distinguer dans les livres des espèces et des variétés qui ne seraient pas distinctes dans la nature. C'est ce qui est arrivé pour presque toutes les ophthalmies, pour les conjonctivites purulentes, pour la kératite, et surtout pour les inflammations internes et profondes de l'œil, dont on ne peut apprécier l'isolement et la circonscription, ni par les yeux (parce qu'on ne peut voir convenablement les tissus malades), ni par les symptômes (parce qu'ils développent à tout instant des irritations de voisinage dans les divers tissus de l'œil et même dans les parties voisines).

Enfin, il y a tant d'arbitraire et d'inexactitude dans les descriptions ophthalmologiques de nos jours, qu'à chaque instant les auteurs tombent en désaccord, et ne peuvent parvenir à s'entendre. Est-il possible d'être ainsi en désaccord sur la vérité! Ce fait ne démontre-t-il pas jusqu'à l'évidence la vanité de la doctrine nouvelle et de la méthode qui l'a engendrée?

M. Velpeau, après avoir rectifié la fausse interprétation donnée au mot d'épidémie d'ophthalmie scrofuleuse, contenu dans son rapport, interprétation contre laquelle l'auteur du mémoire a lui-même réclamé, s'exprime à peu près ainsi :

Je n'aurai que peu de choses à répondre aux questions

ou aux objections qui m'ont été adressées par MM. Roux, Martin-Solon, Castel et Rochoux ; cette réponse se trouvera d'ailleurs comprise dans les considérations dans lesquelles je vais entrer. M. Bérard a raisonné d'après la doctrine que je professe ; à l'exception d'un seul point relatif à la photophobie, nous sommes complètement d'accord. Je n'aurai donc rien à démêler avec lui. J'aurai à m'occuper principalement de l'argumentation de M. Gerdy. Je ferai d'abord à son égard une remarque, c'est que M. Gerdy a presque toujours affecté de diriger sa critique contre les Allemands, bien qu'en réalité elle s'adressât souvent à moi-même. Je ne sais pourquoi ce détour ; il était inutile entre nous et dans une question purement scientifique. Il y a bien des choses dans ce qu'a dit M. Gerdy : de là une confusion qui ne m'a pas toujours permis de saisir sa pensée. Il m'a semblé qu'il était tantôt pour, tantôt contre la doctrine allemande. Quoi qu'il en soit, la première objection qu'il oppose à la doctrine que je professe, c'est de commettre une omission importante, en n'admettant d'autres distinctions que celles fondées sur le siège anatomique des ophthalmies, ne tenant point compte de leur nature ; mais il n'y a là aucune omission, puisqu'il est convenu qu'il s'agit, dans tous les cas, d'une inflammation. S'élevant contre la considération du siège des maladies en général, M. Gerdy nous dit que, dans une hémorrhagie, par exemple, c'est l'écoulement du sang qu'il faut prendre en considération, et non le lieu par lequel il se fait. C'est une grande erreur : la gravité d'une hémorrhagie dépend principalement du point où elle a lieu, ou des parties dans lesquelles le sang s'épanche ; et c'est de ces circonstances mêmes que se déduisent les moyens à lui opposer. Qui n'est d'ailleurs convenu aujourd'hui que, la nature d'une maladie étant connue, la

thérapeutique se modifie en raison du siège qu'elle affecte ?

M. Gerdy a dit que c'étaient à peu près les mêmes causes qui produisent indistinctement une conjonctivite, une kératite ou une iritis. Cela n'est pas exact. Il y a des ophthalmies qui sont produites par l'influence atmosphérique, telles sont les conjonctivites épidémiques, par exemple ; mais on ne voit jamais des kératites naître sous l'influence des mêmes causes. La kératite ne se montre jamais épidémiquement, par la raison que les épidémies affectent en général de préférence les membranes muqueuses. Il a dit ensuite qu'il fallait tenir compte de certaines conditions particulières, telles que la constitution des sujets, l'âge, l'hérédité, etc. Mais je n'ai jamais nié cela. Ce sont là de ces considérations qui rentrent dans la pathologie générale, et dont il ne peut être question à propos des ophthalmies ; on doit d'ailleurs les supposer connues. L'inflammation, a-t-il ajouté, passe facilement d'un tissu à un autre. Sans doute, ce qui se passe dans les tissus de l'œil ne diffère en rien, à cet égard, de ce qui a lieu dans les autres organes ; on voit tous les jours l'inflammation se propager de la plèvre aux poumons, du péritoine à la muqueuse intestinale. On n'en admet pas moins pour cela une péritonite et une entérite distinctes, une pleurésie et une pneumonie, etc. De ce que l'inflammation se propage effectivement parfois de la conjonctive à la cornée, de là à l'iris, ce n'est pas une raison pour qu'elle ne puisse rester circonscrite dans l'une ou l'autre de ces membranes. M. Gerdy lui-même ne pourrait nier que des conjonctivites les plus intenses, même purulentes, guérissent quelquefois sans qu'il reste après elles la moindre trace d'inflammation de la cornée ou des autres membranes de l'œil.

M. Gerdy est arrivé ensuite à la question des ophthalmies spécifiques. C'est là que j'ai été surpris, après l'avoir entendu annoncer qu'il allait combattre à outrance les idées allemandes, de le voir admettre presque toutes les distinctions de Baer et de son école.

Ici M. Velpeau énumère et examine successivement les principales espèces d'ophthalmies spécifiques admises par les auteurs allemands, telles que l'ophthalmie rhumatismale, goutteuse, syphilitique, scrofuleuse, hémorroïdale, etc. Et que l'on ne croie pas, ajoute-t-il, que ces sortes d'ophthalmies ne soient admises que sur une simple coïncidence avec telle maladie générale; à chacune d'elles on assigne des caractères locaux, une distribution spéciale des vaisseaux injectés, etc. J'ai voulu voir par moi-même depuis un grand nombre d'années ce qu'il en était de cette doctrine; j'ai bien vu qu'il y avait des colorations différentes, des injections variées, des degrés divers de densités de tissu, mais que ces caractères anatomiques dépendaient uniquement de la nature du tissu malade, et non de telle ou telle cause morbide particulière. Ainsi, les caractères qu'ils ont assignés à l'ophthalmie catarrhale, sont tout simplement ceux de la conjonctivite; l'ophthalmie rhumatismale n'est autre chose qu'une iritis ou une kératite, etc. Je viens de prononcer le mot d'iritis; je ne comprends pas comment M. Gerdy peut nier son existence. L'inflammation de l'iris a des symptômes, une marche, un mode de terminaison qui ne permettent pas de la confondre avec aucune autre des maladies de l'œil; on la voit naître, se développer et parcourir toutes ses phases, sans que l'on puisse apercevoir la moindre trace d'inflammation dans les autres tissus. L'existence de l'iritis est donc incontestable; ce n'est pas moi d'ailleurs qui l'ai décrite le premier, c'est M. Gimelle qui l'a fait

connaître l'un des premiers en France. Mais les ophthalmologistes allemands sont allés beaucoup plus loin : ayant remarqué que dans l'iritis la pupille affectait des formes différentes, ils ont assigné à chacune de ces formes une cause spécifique particulière. Ainsi, suivant que la pupille était élargie en travers, ou oblongue de haut en bas, ils en ont fait une iritis, tantôt rhumatismale, tantôt syphilitique, etc. En examinant de près, qu'ai je vu ? C'est que la pupille se déforme de telle ou telle manière, suivant le degré de l'inflammation et l'étendue des adhérences qui en résultent.

Quant à l'ophtalmie scrofuleuse, je ne l'admets pas. A entendre les ophthalmologistes, ce serait la forme d'ophtalmie la plus fréquente ; ils lui assignent la photophobie comme un de ses principaux caractères. Mais j'ai déjà démontré par un grand nombre d'observations que la photophobie est le symptôme de la kératite ulcéreuse : elle a lieu, dans ce dernier cas, au moins dix-huit fois sur vingt. D'un autre côté, ne voit-on pas cette photophobie se manifester chez les sujets de tout âge, de tout tempérament, indistinctement ? Enfin les sujets lymphatiques n'offrent-ils pas également toutes les autres formes de l'ophtalmie ? Non-seulement, je le répète, je n'admets pas d'ophtalmie scrofuleuse, mais je n'admets pas même de scrofules.

Examinant ensuite successivement les différentes ophtalmies dites spécifiques, telles que l'ophtalmie goutteuse, arthritique, rhumatismale, etc., M. Velpeau nie également leur existence ; la seule ophtalmie qu'il admet à titre de spécifique est la syphilitique. Il n'y a rien, dit-il, de spécial, rien de particulier dans les autres ; il n'est donc pas nécessaire de recourir à des principes

scrofuleux, gouteux, rhumatismaux, tout aussi imaginaires les uns que les autres, tandis que les localisations différentes rendent suffisamment compte des différences observées.

Quant à la thérapeutique, elle devrait être considérée d'une manière générale, suivant M. Gerdy, le même traitement convenant à toutes les formes d'ophtalmie. Je lui demanderai s'il pense sérieusement que la ponction de l'œil, par exemple, dont il a parlé, uniquement indiquée pour les cas d'ophtalmite ou d'inflammation générale du globe de l'œil, puisse convenir à quelque autre forme que ce soit; emploierait-il le nitrate d'argent, si efficace dans les conjonctivites, contre la kératite ou l'iritis? Evidemment, non.

Qu'ai-je voulu en établissant la classification des ophtalmies d'après leur siège? appliquer aux maladies de l'œil ce que l'on fait depuis longtemps pour les autres maladies.

En résumé, dit en terminant M. Velpeau, je ne partage ni les opinions des Allemands, ni celle de M. Gerdy, ni sur la spécificité des ophtalmies, ni sur la nécessité de les considérer d'une manière générale. Pour moi, les ophtalmies diffèrent : 1° selon le tissu qu'elles affectent ; 2° secondairement, selon les circonstances particulières d'âge, de constitution dans lesquelles l'individu affecté se trouve placé ; 3° enfin leurs symptômes, leurs caractères, leur marche, leur terminaison et leur traitement différent d'après leur siège.

SÉANCE DU 30 JUILLET. — *Extirpation d'une tumeur cancéreuse de l'S illiaque du colon.*— M. Jobert (de Lamballe) lit le rapport suivant :

Dans la séance du 7 mars dernier, vous avez chargé

MM. Blandin, Bérard et moi de vous faire un rapport sur un travail de M. Reybard (de Lyon), ayant pour titre : *Mémoire sur une tumeur cancéreuse affectant l'S iliaque du colon ; ablation de la tumeur et de l'intestin ; réunion directe et immédiate des deux bouts de cet organe ; guérison*. L'auteur de cette observation avait demandé à faire devant la commission, et sur les animaux, les divers essais propres à démontrer la nature de son procédé opératoire et les résultats auxquels il parvenait.

Vos commissaires l'ont vu opérer et ont examiné les pièces anatomiques. Nous avons donc à vous rendre compte aujourd'hui :

- 1° De l'observation de M. Reybard ;
- 2° Du procédé opératoire qu'il a mis en usage pour pratiquer l'ablation de la tumeur ;
- 3° Des expériences qu'il a répétées devant la commission.

Analyse de l'observation. Le 8 avril 1833, M. le docteur Reybard fut appelé auprès d'un homme âgé de 28 ans, qui souffrait depuis plusieurs années ; le mal avait surtout pris de l'accroissement pendant les six mois qui précédèrent l'opération. Les symptômes principaux consistaient en coliques vives et répétées, accompagnées de quelques douleurs lancinantes dans la région hypogastrique du côté gauche, qui donnaient lieu à un malaise continuel, lequel augmentait chaque jour.

Quand M. Reybard l'examina pour la première fois, il nota ces différens signes, et, de plus, reconnut par l'inspection que le ventre avait un volume énorme qui simulait exactement, au premier abord, une abondante hydropisie. Par la palpation, on distinguait dans la fosse iliaque gauche une tumeur dure, grosse comme une pomme ordinaire, profondément située et paraissant mo-

bile sous les doigts et non adhérente aux parois abdominales. Le développement du ventre était dû à des gaz, et on pouvait suivre le trajet du colon qui se dessinait sous la peau et se faisait sentir plus distinctement que dans l'état normal. Le malade avait des éructations, et pourtant son appétit était conservé. Les selles étaient rares et aucun gaz ne s'échappait par l'anus. Mais il en sortait habituellement une matière sanguinolente, puriforme, dont l'émission donnait lieu à de fréquents ténesmes.

Les lavements émollients, quoique donnés en petite quantité, étaient difficilement supportés.

Le toucher par le rectum ne faisait reconnaître aucune tumeur accessible à l'examen direct.

Le malade avait maigri, et depuis quelque temps il avait tous les jours des frissons et les nuits se passaient sans sommeil. Ces derniers symptômes s'étaient surtout accrus depuis trois mois, époque où, dit l'auteur de l'observation, la tumeur s'était convertie en un abcès qui avait été annoncé par une évacuation de pus, à la suite de laquelle la douleur locale avait sensiblement diminué.

M. Reybard, se fondant sur les résultats de la palpation, et éclairé par les symptômes rationnels, en conclut qu'il y avait dans ce point une tumeur carcinomateuse, et qu'elle occupait évidemment l'S iliaque du colon.

Persuadé de l'incurabilité du mal si on l'abandonnait à lui-même, il se décida à pratiquer une opération, et ce fut le 2 mai qu'il y procéda de la manière suivante :

Le malade étant couché sur le dos, M. Reybard fait au dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure, parallèlement à la crête et à un pouce d'elle, une incision de 6 pouces, qui divise les tissus couche par couche : des ligatures placées sur les vaisseaux arrêtent le sang aussitôt qu'il s'échappe.

Le péritoine est ouvert avec précaution dans l'étendue de 3 pouces environ.

La tumeur, quoique avec beaucoup de difficulté, est amenée au dehors ; deux ligatures embrassant entre elles une assez grande étendue du mésocolon sont placées pour prévenir une hémorrhagie.

L'intestin est enlevé avec un bistouri dans l'étendue d'environ 3 pouces, et le mésocolon est coupé avec des ciseaux. On lie les artères qui longent l'intestin, et les fils sont conservés longs afin d'être introduits dans la cavité du tube digestif. Avant de commencer la suture, M. Reybard prépare deux aiguilles chargées d'un fil de soie fin et double ; une de ces aiguilles porte, en guise de nœud, un petit rouleau de charpie du volume de la tête d'une épingle : toutes deux sont graissées de cérat.

« Lorsque, dit M. Reybard, j'eus mis en rapport les deux bouts de l'intestin, je les attachai ensemble, près de leur bord mésentérique, avec le fil de la première aiguillée que j'arrêtai par un double nœud. C'est là que la suture à surjet commença. Je prolongeai ensuite celle-ci jusqu'au milieu de la solution de continuité, avec la précaution d'en serrer et d'en rapprocher beaucoup les spirales. Je coupai ensuite le fil à sept ou huit lignes de l'intestin ; puis je l'arrêtai, non point en faisant un nœud comme on termine une couture, mais en l'entraînant, c'est-à-dire en le comprenant dans les nouveaux points de suture que je pratiquai avec la deuxième aiguillée de fil dont je me servis pour terminer l'opération.

« Lorsque celle-ci fut achevée, c'est-à-dire lorsqu'elle fut poussée de nouveau jusqu'au bord mésentérique de l'intestin, j'arrêtai le fil en nouant ensemble par un double nœud les deux brins dont se compose l'aiguillée ; toutefois, après les avoir dédoublés et après avoir traversé avec

l'un d'eux une des lèvres de la plaie. Je n'embrassai à dessein, pour arrêter ce fil, que le côté péritonéal de cette lèvre, afin qu'étant plus vite coupé, la ligature devînt libre plutôt par ce côté de la suture que par l'autre; ce dernier nœud étant fait, je coupai les fils au ras de la plaie. »

La suture terminée, M. Reybard repousse l'intestin profondément dans le ventre pour l'éloigner de la plaie. Celle-ci est réunie par trois points de suture. Le malade garde la position fléchie de la cuisse sur le bassin, et le tronc incliné en avant et à gauche. Le traitement consiste en un régime émollient. Tout se passe bien jusqu'au cinquième jour de l'opération. Survient alors du ballonnement, de la tension, de la douleur; les lèvres de la plaie s'écartent de près de 6 lignes. (sangsues, cataplasmes, lavements émollients).

Le septième jour, mieux sensible; il n'y a pas encore eu de selles. On permet un peu de bouillon.

Au dixième jour, on enlève les fils de la suture des parois abdominales, et, à la suite d'un lavement, a lieu une selle abondante; on n'examine pas ce qu'elle pouvait contenir. Le ventre n'est plus douloureux; le mieux continue, et l'état du malade va en s'améliorant.

Trente-huit jours après l'opération, il prenait des aliments solides, allait naturellement à la selle, rendait des vents par l'anus; la cicatrisation de la plaie était complète. Ce ne fut qu'au bout de six mois que ce jeune homme éprouva quelques douleurs lancinantes vagues, de peu de durée, de la gêne, du malaise dans la région iliaque gauche. Mais bientôt les douleurs devinrent plus violentes; on constate le retour de la tumeur, et en même temps une vive sensibilité dans la cuisse et la jambe correspondantes. Joseph Valesnaud garda le lit pendant

deux mois, et succomba le 16 mars 1834, environ un an après l'opération.

On ne fit pas l'ouverture du corps. Voici comment M. Reybard décrit la tumeur enlevée : « Elle était grosse comme une pomme de reinette de volume ordinaire, dure, d'un blanc grisâtre ; elle offrait plusieurs tubercules, plus distincts au toucher qu'à l'œil ; elle occupait les deux tiers postérieurs du diamètre de l'intestin. Ouverte en avant dans le sens de la longueur, la cavité de l'intestin avait perdu la moitié de son étendue. » M. Reybard n'a pu nous représenter cette pièce, qu'il a lui-même égarée depuis longtemps.

Après avoir entendu l'analyse de cette observation, et sans nous demander si réellement elle contient les éléments nécessaires et propres à démontrer que le malade de M. Reybard était atteint et a été opéré d'un cancer de l'S iliaque du colon, sans nous demander s'il n'y manque pas une foule de détails sans lesquels votre conviction ne saurait être acquise, et en l'absence surtout des pièces pathologiques, vous pensez, Messieurs, que le premier soin de vos commissaires fut de prier M. Reybard de répéter devant eux les essais et les opérations qui l'avaient conduit à agir ainsi, et de leur démontrer comment il opérant.

M. Reybard se rendit à nos désirs et opéra un certain nombre de chiens par son procédé.

Expériences. — Le 10 mars dernier, sur un chien de petite taille, M. Reybard commence par inciser la ligne blanche dans l'étendue de 1 pouce et demi environ, puis il fait sortir par cette ouverture une portion d'intestin et d'épiploon ; celui-ci étant réduit et maintenu, M. Reybard fait deux ligatures dans le mésentère, destinées à arrêter le sang qui doit s'échapper des artères mésentériques lors de la section d'une anse intestinale en deux points différents

et à 2 pouces environ d'intervalle. Cette ablation pratiquée, on procède à la suture telle qu'elle a été décrite plus haut dans l'observation de M. Reybard.

La suture terminée, on réduit l'intestin et on coud la plaie extérieure. Sept chiens ont subi cette opération; la seule différence qui s'est présentée a été dans la nature de la section de l'intestin : ainsi, tantôt elle a été complète, tantôt incomplète, et alors transversale ou longitudinale.

Résultat des expériences. — (Examen des pièces pathologiques). — Chien opéré le 10 mars et ouvert le 22. Il n'existe pas d'épanchement libre dans le péritoine; mais on voit un paquet d'anses intestinales réunies entre elles par des adhérences nombreuses et faciles à déchirer. En différents points, l'épiploon est comme greffé sur l'intestin; et le pédicule qui l'y attache est rempli d'arborisations très déliées; la séreuse est d'un rouge noirâtre à mesure qu'on l'examine plus près de la suture, et son tissu est friable.

Pour mieux examiner l'état des parties, on coupe l'intestin au-dessus et au-dessous de la suture sans détruire ses adhérences. Le bout supérieur offre une invagination de plusieurs pouces, et déjà des adhérences se rencontrent entre ses feuillets séreux adossés; cette invagination s'arrêtait à 1 pouce au-dessous de la plaie, et bouchait l'orifice de l'intestin. Les deux lèvres de la plaie sur lesquelles la suture a porté sont béantes et boursoufflées. Quatre fils sont encore adhérents; la muqueuse est rouge, épaisse et ramollie.

En faisant pénétrer un stylet par la plaie que l'on vient de faire et de dedans en dehors, on arrive dans une cavité circonscrite par des anses d'intestin où se trouvent épanchées des matières fécales et des liquides purulents.

Ainsi, dans ce premier fait, aucune trace de réunion,
1844. Août. T. II.

épanchement circonscrit de matières, exsudation plastique et adhérence des feuillets séreux du péritoine.

Deuxième expérience. — Chien opéré le 13 mars. Ouvert le 22.

Suture complète. La plaie de l'abdomen est réunie, et à sa face interne est fixée une circonvolution intestinale. On rencontre aussi un paquet de circonvolutions agglomérées par de la lymphe plastique récemment organisée et facile à déchirer. L'intestin est rouge et tuméfié. Ces adhérences détruites, on arrive à une ligne blanche transparente, au-dessous de laquelle on distingue les fils non encore détachés. Cette cicatrice est due à l'accolement et au rapprochement des deux feuillets séreux, entre lesquels a eu lieu une exsudation plastique mince et peu résistante. A l'orifice du bout supérieur de l'intestin, on observe un tœnia qui oblitère en partie sa cavité. La plaie n'est pas réunie immédiatement. Les fils adhèrent encore à ses bords. Les deux lèvres sont écartées d'environ 3 lignes; entre elles existe un tissu mou de nouvelle formation, et deux ou trois points fistuleux vers les angles de la plaie. La séreuse est friable et recouverte de lamelles de matières plastiques, et la muqueuse autour de la plaie est rouge et visiblement enflammée.

Troisième expérience. — Suture complète. Mort. On n'a pas fait l'ouverture de ce chien.

Quatrième expérience. — Suture transversale incomplète. Plaie abdominale cicatrisée. Adhérence au dedans des portions épiploïques, et réunion de plusieurs anses intestinales au point correspondant. Accolement immédiat à la suture de deux circonvolutions. Dilatation de 4 centimètres de largeur et de 7 de longueur de la portion de l'intestin opéré.

Elle renferme un bouchon de matière moulé sur la dilatation. Le bout inférieur contient des matières stercorales. Il n'y a pas de réunion immédiate, et on observe pour cicatrice une production nouvelle, molle, large et facile à déchirer. Une circonvolution ferme en partie la plaie.

Cinquième expérience. — Section complète transversale. Mort en trente-huit heures. A l'autopsie, nous trouvâmes les bouts de l'intestin flottant dans le ventre, un épanchement péritonéal et des fausses membranes.

Sixième expérience. — Suture longitudinale. Il n'y a pas de réunion immédiate de la plaie, qui se trouve bouchée par des anses intestinales voisines. Quand on détruit les adhérences, la solution de continuité de l'intestin est reproduite, et les matières s'échappent dans le péritoine. Point de traces de réunion entre les lèvres de la plaie.

Septième expérience. — Le chien n'a pas été sacrifié.

Ainsi donc, dans toutes ces expériences, le fait capital est que la réunion immédiate de la plaie ne s'est pas opérée, qu'il y a eu épanchement tantôt diffus dans la cavité du péritoine, tantôt circonscrit entre les anses intestinales accidentellement accolées à la plaie. Dans tous les cas, il y a eu entéro-péritonite avec inflammation de la muqueuse correspondante à la section, avec dilatation, tuméfaction ou invagination de l'intestin. Dans les points où la réunion a eu lieu, ce résultat était dû à l'accolement plus ou moins parfait des deux feuillets de la séreuse, et non à la réunion immédiate des lèvres de la plaie. Deux fois la continuité entre les surfaces saignantes s'est établie à l'aide d'une substance intermédiaire de nouvelle formation, substance molle, facile à déchirer, et qui n'occupait pas

toute l'étendue de la division et offrait plusieurs points fistuleux.

Voilà ce que nous avons vu relativement au mode opératoire, et ce que nous avons observé quant aux conséquences de la suture de M. Reybard. Que voulait cependant produire notre confrère? La réunion immédiate des lèvres de la plaie, c'est-à-dire la réunion directe et par première intention, l'accolement des surfaces saignantes, séreuse, musculuse et muqueuse réunies, et par quel procédé? Si vous vous rappelez la description que M. Reybard a donnée de son mode opératoire dans le cours de l'opération dont nous avons présenté l'analyse, vous aurez remarqué qu'il a eu recours à la suture en surjet modifiée. Quoi qu'il en soit, M. Reybard pensait qu'avec les changements apportés au procédé de Pelletier, il produisait d'abord l'accolement immédiat des lèvres de la plaie, but final de son opération; et, en second lieu, que les fils, disposés comme il les plaçait, pouvaient se détacher et sortir par l'intestin sans donner lieu à des points fistuleux et à des épanchements consécutifs. En effet, la première aiguillée étant fixée dans l'intérieur de l'intestin par un gros nœud, et même par un petit bourdonnet de charpie, devait entraîner par son poids le bout de fil dans l'extrémité libre au-dessous des anses de la deuxième aiguillée. Quant à celle-ci, réunie vers la fin de la suture aux ligatures placées sur les artères mésentériques, et introduite avec elles, elle devait également tomber avec facilité de ce côté.

Si M. Reybard se fût bien pénétré des objections faites depuis si longtemps au procédé en question, et s'il ne se fût pas fait sans doute illusion sur les résultats obtenus chez les animaux, il aurait hésité à conseiller la suture à surjet. Vous en avez eu la preuve par les faits que nous avons exposés. Qu'on se serve de la suture à surjet,

de la suture à points passés, il paraît impossible d'arriver à cet accollement direct des surfaces saignantes. La mobilité des parties, le peu d'épaisseur des points qui doivent être maintenus en contact, les causes si nombreuses qui peuvent opérer l'écartement de ces surfaces, comme la contraction des tuniques, le gonflement, la dilatation déterminée par les gaz, etc., toutes ces raisons expliquent suffisamment comment la réunion immédiate ne saurait avoir lieu à l'aide de la suture conseillée de nouveau par M. Reybard; et si cette réunion n'a pu être obtenue chez des chiens, comment pourrait-on l'obtenir chez l'homme, là où les tuniques intestinales sont encore bien moins épaisses?

Mais comment aussi ne pas songer qu'il y aura quelquefois un trajet organisé, une véritable fistule intestinale, abdominale, dans l'endroit où ces fils sont repoussés dans l'intestin? Comment conseiller d'abandonner ainsi dans la cavité de l'abdomen un élément si probable d'insuccès?

L'intention de M. Reybard, si elle avait pu se réaliser, était bonne; mais elle paraît impraticable. Les expériences sur les animaux en ont démontré les dangers.

Cette critique, fondée sur l'observation attentive des faits, est le résultat d'un examen consciencieux. Nous regrettons que M. Reybard ait abandonné les opinions qu'il avait émises dans un travail publié en 1827, sous le titre de *Mémoire sur le traitement des anus artificiels, des plaies pénétrantes des intestins et des plaies pénétrantes de poitrine.*

Alors notre confrère en était arrivé, par de curieuses vivisections, à démontrer l'impossibilité de la réunion immédiate des plaies intestinales. Nous ne pouvons mieux faire, pour réfuter ce qu'il avance aujourd'hui, que de

citer quelques passages empruntés à ses recherches antérieures.

Voici comment il s'explique à propos de la réunion directe de la plaie. Après avoir insisté sur le renversement des lèvres de la section déterminé par la contraction des fibres musculaires, il ajoute (p. 112) : « Cette disposition, qui s'observe dans toutes les blessures de l'intestin grêle, qu'elles soient longitudinales, obliques ou transversales, s'oppose à ce qu'on puisse rapprocher les bords de la plaie, et que ceux-ci puissent se réunir immédiatement, en sorte que leur guérison ne s'opère que par les adhérences qu'ils contractent par un côté péritonéal contre les parois intestinales de l'abdomen, etc. » Dans un autre endroit (p. 39) : « La guérison des plaies du tube digestif ne s'opère point par la réunion par première intention, comme celles des autres organes; lorsqu'elle a lieu, les lèvres de la plaie ont contracté des adhérences avec les tissus voisins par leur surface péritonéale, et c'est consécutivement que les bords se réunissent entre eux et se cicatrisent. »

Voilà, quant à la théorie de la réunion immédiate de la plaie, ce qui arrive. Que lui avait appris l'expérience, soit sur l'homme, soit sur les animaux ? « Qu'une suture ordinaire ne s'opposerait peut-être pas même à l'épanchement des matières fécales dans le ventre » (p. 39); et surtout d'après deux expériences répétées sur des chiens, et après une suture opérée bien plus solidement encore que celle qu'il propose aujourd'hui, que ces lèvres de la plaie ne se réunissaient pas directement.

Voici le résultat de deux ouvertures (p. 116) : « L'animal mort un mois et demi après l'opération, j'en fis l'ouverture : les intestins n'étaient pas enflammés; une anse de cet organe qui correspondait à la plaie abdominale y était encore adhérente.... La portion de cet organe où

était la plaie adhérait aussi aux parois abdominales....
Ayant ouvert l'intestin par le côté opposé à la blessure, je
découvris que les bords de la plaie, loin d'être cicatrisés,
étaient au contraire très-écartés. »

Dans la deuxième expérience, à l'autopsie (p. 118) :
« Le doigt porté dans la plaie extérieure pénétrait dans la
cavité de l'intestin. Ayant détaché une grande étendue
des parois abdominales, tout autour de la plaie, et l'ayant
renversée, j'aperçus d'abord beaucoup de rougeur dans les
intestins adhérents entre eux et autour des parois de la
plaie. L'anse de l'intestin sur laquelle avait porté l'opéra-
tion, ouverte par derrière, me fit apercevoir qu'un des
bords de la plaie tenait à une des lèvres de l'abdomen, et
que l'autre, fortement engagé et dur, était collé à l'intestin
voisin. On voit, d'après ce que je viens de dire, que l'o-
pération n'a pas eu de succès (p. 113). »

Ces derniers passages, comme vous le voyez, auraient
pu faire partie de notre rapport.

Ce que nous voulons conclure surtout d'un travail dont
nous n'avons pas à vous présenter l'analyse, c'est que déjà,
en 1827, M. Reybard, après avoir répété sur des animaux
toutes les méthodes connues de sutures intestinales, était
arrivé à établir que la réunion immédiate des lèvres de la
plaie était impossible. Vous savez aussi maintenant que
par son nouveau procédé il n'a pas été plus heureux.

Dans une troisième expérience (p. 131), M. Reybard
dit : « Les bords de la division des deux bouts de l'intestin
n'étaient réunis qu'au moyen de la fausse membrane. *Ils
n'étaient point immédiatement cicatrisés.* Les extrémités
des bouts de l'intestin, renfermées dans la plaie du ven-
tre, étaient froncées et resserrées au point de se toucher,
mais n'étaient pas cicatrisées.

Revenons actuellement à l'observation dont nous avons donné une analyse.

Si des doutes, et de très-légitimes, peuvent s'élever sur la nature de la tumeur enlevée, tumeur dont on a à peine examiné la structure, tumeur qui a été égarée et ne peut plus être aujourd'hui soumise à notre examen, on ne saurait mettre en suspicion l'enlèvement d'une portion de 2 à 3 pouces d'intestin, tant la description des temps de l'opération pratiquée par M. Reybard est précise et circonstanciée.

La guérison ne se maintint pas; les douleurs locales dans l'hypochondre gauche reparurent, ainsi que tous les signes d'une affection grave dans la fosse iliaque, et le malade succomba. Malheureusement l'ouverture du cadavre n'a pas été faite, et en l'absence de renseignements précis : 1^o sur la nature de la tumeur enlevée; 2^o sur ce qui s'est passé entre les deux bouts d'intestin réunis par la suture; 3^o sur l'état exact des désordres consécutifs, il est impossible de tirer de ce fait aucun parti rigoureux pour la science.

Vos commissaires concluent donc de l'examen auquel ils se sont livrés pour faire le rapport :

1^o Que les modifications apportées par M. Reybard à la suture en surjet relativement à la disposition des fils ne sauraient produire facilement leur chute dans l'intestin, ni empêcher les trajets fistuleux, ni les épanchements funestes;

2^o Qu'en conséquence on ne peut approuver un pareil mode d'opération, surtout quand on songe au conseil donné de refouler l'intestin ainsi opéré dans la cavité de l'abdomen;

3^o Que si les expériences faites sur les chiens paraissent prouver que la réunion immédiate des plaies intes-

tinales est impraticable, on doit en déduire qu'elle est encore plus inadmissible chez l'homme ;

4^o Qu'enfin on ne saurait conclure d'après l'observation, telle qu'elle est rapportée par l'auteur, à la réunion immédiate.

En dernière analyse, cependant, vos commissaires, persuadés du zèle de M. Reyhard, et en trouvant la preuve suffisante dans la communication qu'il vous a faite et les expériences qu'il a suivies avec eux, vous proposent de lui adresser des remerciements et de déposer son observation dans les archives.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées sans discussion.

SÉANCE DU 6 AOUT.— *Monstruosité double.*— M. Bérigny, médecin de l'hôpital de Meulan, présente un enfant vivant, qui offre un exemple remarquable de monstruosité double (diplogénèse) bornée à la moitié inférieure du corps. Cet enfant, du sexe féminin, est âgé de 22 jours et fortement constitué. Son père est âgé de 27 ans; sa mère a 21 ans; l'un et l'autre ont une bonne constitution. A l'âge de 17 ans, cette femme a eu un premier enfant fortement développé et bien conformé. Pendant la grossesse de son second enfant, elle n'a éprouvé aucun symptôme qui pût faire pressentir la monstruosité qu'elle allait mettre au monde: elle ne se rappelle pas avoir éprouvé aucune émotion, avoir fait aucune chute, ni reçu aucun choc. Sa petite fille est venue au monde en première position après trois heures seulement de fortes douleurs; l'enfant est restée au passage quelques instants, arrêtée qu'elle était par la région lombaire, là où elle commence à être double. Je pense, dit M. Bérigny, que cette enfant doit être rangée dans l'ordre des *diplogénèses*, d'après

les idées émises par M. Breschet sur la classification des monstres, bien qu'elle ne soit double, je le répète, qu'à partir de la région lombaire. Là commence un second individu parfaitement formé comme le premier ; seulement le volume de ces deux individus superposés agrandissant trop, pour la capacité normale de l'utérus, le diamètre antéro-postérieur qui passerait par les deux régions sacro-pubienne, le siège qui commence le second individu a été dévié et reporté naturellement à gauche, ce qui a permis à la jambe de ce côté de contourner la hanche du premier individu et de venir s'appliquer sur son abdomen. Quant à la jambe droite, elle est restée fléchie sous le siège, et par cette raison a acquis un volume un peu moindre que celui de sa congénère, qui est bien développée.

M. Bérigny se borne pour le moment à cette simple présentation, afin de ne pas laisser ignorer plus longtemps l'existence de ce sujet monstrueux, qui d'ailleurs pourrait mourir d'un instant à l'autre, attendu que déjà la semaine dernière il avait eu de légères convulsions. Mais il se propose d'adresser prochainement à l'académie un mémoire dans lequel il signalera les détails anatomiques et physiologiques qu'il aura observés, et de solliciter une commission qui donnerait son avis sur la question de savoir s'il y aurait danger pour les jours de l'enfant à tenter un moyen capable de faire disparaître le second individu.

M. Gerdy demande si l'anus et les organes génitaux du second individu sont dans l'état normal.

M. Bérigny fait remarquer que les ouvertures naturelles sont indiquées, mais non perforées.

M. J. Guérin : On remarquera que le train postérieur ajouté à l'enfant normal présente deux pieds-bots très

caractérisés, l'un équin, l'autre varus équin. Peut-être qu'indépendamment de ces difformités il y a dans les os des pieds et des jambes quelques vices de conformation. Je possède dans mon cabinet un exemple de monstruosité double tout à fait analogue, dans laquelle le tronçon du train postérieur présente également deux pieds-bots. Cette circonstance, à laquelle on n'avait pas fait attention jusqu'ici, n'est pas sans intérêt. Elle me paraît propre à jeter du jour sur l'origine de la monstruosité double par greffe d'une portion de fœtus détruit sur un fœtus normal. Pour moi, j'y vois le témoignage d'une affection profonde des centres nerveux qui aurait détruit les parties supérieures. La rétraction musculaire, à laquelle j'attribue les deux pieds-bots, serait le résultat de l'affection convulsive produite par la destruction des centres nerveux, et les difformités seraient ainsi le résidu permanent d'une maladie des premiers temps de la vie intra-utérine, d'une époque où la greffe des parties restantes serait facile à s'effectuer et simple à comprendre.

SÉANCE DU 13 AOÛT. — *Examen critique des faits touchant le vitalisme.* — M. Virey lit la note suivante :

On a dit : La nature est *une* ; et en effet, les *sciences physico-chimiques* paraissent aujourd'hui, pour plusieurs esprits, se confondre tellement avec les *sciences physiologiques*, qu'elles suffiraient pour établir d'elles seules le phénomène de la vie et de l'organisation. Cette combinaison plus ou moins complexe des éléments chimiques de notre globe, quoique inexplicée encore, semble avoir fait, selon quelques savants modernes, éclore spontanément les êtres animés à sa surface dans la longue nuit des siècles. De là suit cette opinion, soutenue en Allemagne surtout, que *la matière seule règne* ou que

nos divers matériaux telluriques possèdent intrinsèquement les forces éparses de la vitalité, qu'ils sont *cryptobies* (à vie cachée), mais capables de se développer par des circonstances favorables en divers équilibres ou formes organiques : aussi la théorie des générations spontanées n'y est point abandonnée encore.

D'ailleurs, ces principes résultent du système maintenant si débattu de la *philosophie dite de la nature* ou du *panthéisme* autocratique. Il ne reconnaît dans l'univers qu'une substance unique, sous un double aspect, jouissant à la fois de l'*étendue* en tant que *matière*, et de la *pensée* en tant qu'*intelligence*. Seulement celle-ci ne peut se manifester, suivant les sectateurs de cette hypothèse, que dans les conditions d'un organisme développé chez les animaux.

Mais nous sommes peu disposés à croire que le marbre ou le bronze d'une statue possède par son essence ou contienne virtuellement les éléments de la sensibilité et de la pensée animatrice que Pygmalion cherchait dans sa Galatée, ni que les atomes radicaux de carbone, d'azote, d'hydrogène, d'oxygène, etc., disgrégés, séparés par la putréfaction et la mort d'un cerveau humain, reprennent des fragments d'idées ou de perceptions qui ont pu les agiter pendant la vie. Par là s'écroule aussi le brillant système des monades de Leibnitz, qu'il présente comme des miroirs réfléchissant l'univers.

Quelle qu'ait été l'origine obscure des choses, nous voyons clairement d'abord et concevons une matière brute préexistante, fixe ou immanente par sa propre nature, indépendamment de tout être vivant dont elle a dû précéder l'existence sur notre planète. A moins d'une métaphore poétique, on ne peut dire que le globe est vivant, dans ses rochers, que la terre sent ou respire. Ni

Spinosa ni Schelling, Oken, Carus, Cabanis, Lamarck, n'ont été fondés à conférer l'intellect et des affections ou passions à cette masse anorganique primitive du globe, au granit, par exemple, comme nous allons en donner des preuves.

Aussi toute espèce de matière n'est pas apte à recevoir la vie; l'arsenic, le mercure, le cuivre, le plomb, la baryte, etc., résistent à toute organisation ou la détruisent. D'autres éléments minéraux, la silice, la chaux, etc., peuvent bien entrer en combinaison avec nos tissus, sans se pénétrer de vie toutefois par eux-mêmes, comme le phosphate calcaire des os, les sels, les coquilles, etc. Donc il existe des substances mortes ou pouvant tuer le vivant; tels sont les minéraux, les poisons non organisables, purement chimiques. Leurs combinaisons rebelles à toute vitalité en sont même repoussées, éliminées.

Il faut ainsi reconnaître *deux règnes* distincts et parfaitement séparables, puisque le brut, le minéral (*indigesta moles*) primitif, peut subsister par lui seul et antérieurement à toute organisation, sur notre planète, à toute vie telle que nous la connaissons.

L'atome ou la molécule minérale *possède en soi la raison de son existence*, dit Kant; c'est pourquoi elle resterait par elle seule éternellement indifférente au mouvement comme au repos. Elle se concentre donc sur elle-même par une force physico-chimique qui est la *crystallisation*. En effet, la matière première du globe, à nous connue, le granit, est constitué de radicaux primitifs, comburés, d'oxydes de métaux terreux, *silicium, calcium, aluminium*, etc., fondus et cristallisés. Toute substance travaillée par le feu ou dissoute par l'eau peut se cristalliser plus ou moins. *La cristallisation devient ainsi la forme primordiale de toute substance inorganique*; car, même

dans les corps organisés, tout ce qui reste à l'état cristallin et concret ne vit pas actuellement (des sels, des acides, la stéarine, l'urée, etc.).

Et par cela seul que le minéral est formé jusque dans ses dernières molécules de cristaux, il se doit construire en solides géométriques, anguleux, par *juxtà-position*, comme l'ont démontré Haüy, Mitcherlich et autres minéralogistes. Il ne saurait donc ni s'accroître, de même que les tissus vivants par intussusception, ni se nourrir, ni par suite engendrer et mourir. Il est ainsi stable; chaque particule indépendante du total peut en être séparée, mais non pas même se putréfier. D'ailleurs le minéral, composé d'éléments comburés ou d'oxydes pour l'ordinaire (*chthonogènes*), terreux, se combine chimiquement, à la manière binaire des sels organiques, comme l'exprime Berzélius.

La mobilité de la vie ne peut s'accommoder de ces radicaux inconversibles, puisque le fer, la chaux, la silice et autres substances purement minérales, sulfates, chlorhydrates, phosphates, etc., qui pénètrent dans les corps animés, n'y prennent jamais par elles-mêmes le mouvement vital, bien qu'elles le sulissent par communication.

Les seuls matériaux susceptibles de vitalité et d'assimilation par nutrition sont des combustibles, le carbone, l'azote, l'hydrogène (même combiné à l'oxygène dans l'eau), et sans doute aussi le soufre, le phosphore peut-être avec d'autres associations plus ou moins mobiles.

On comprendra que le tissu organique diffère donc essentiellement, ou plutôt qu'il n'offre aucune connexité avec les minéraux cristallisables ou morts, inactifs et fixes par eux seuls, et qu'on peut fragmenter (1).

(1) Il y a donc deux principaux modes d'existence de la matière

■ An contraire, qui dit *organisation* exprime non seulement un concours harmonique d'éléments combustibles équilibrés ou s'associant par une force spéciale en un *centre d'unité* pour constituer l'individu ou le *moi*, absorber et s'assimiler des matériaux analogues à sa nature ; mais, de plus, tendance vers un but calculé d'avance de conservation, par le moyen d'organes appropriés (membres et sens) ; enfin, résistance à sa destruction et effort pour se reproduire ou multiplier.

Il ne faut pas néanmoins confondre avec certains physiologistes de nos jours, comme identiques, la *vie* et l'*organisation*, quoique connées, puisque celle-ci est l'instrument, l'autre son état fonctionnel ou agissant, lequel peut s'interrompre, comme dans la graine ou l'œuf, par la froidure, la dessiccation, etc. (1). *Les éléments maté-*

à nous connue : 1° le *mode inorganique et chimique*, 2° le *mode organique vital*. Le premier est minéral ou souterrain, *analysable* ; le second est épigée ou périgée (autour de la terre ou à l'extérieur) et *synthétique*, ou formant un corps individuel non réorganisable, tandis que la chimie peut reconstruire le minéral. L'animal, en mourant, rentre dans l'état souterrain ou *hypogée* et minéral. Ses débris nourrissent les végétaux *épigées*, puis l'animal *périgée* porte l'élaboration organique à son summum. Ainsi s'accomplit le cercle, ou la *rotation des êtres*, par la destinée sur ce globe.

(1) Ces physiologistes ont dit avec Lamarck : *L'organe est le résultat de la fonction*. Ainsi l'animal aspirant à fuir ce qui le blesse ou le gêne s'efforcerait de se créer des membres, tentacules, bras ou pieds, des nageoires dans l'eau, des yeux pour voir, etc. Mais ce fait, d'ailleurs erroné, ne peut s'appliquer aux plantes immobiles, insensibles, qui développent pourtant des organes sexuels et autres. Ensuite, l'animal naissant apporte avec lui ses armes, ses dards, etc., pour vaincre sa proie, tous organes dont il ne pouvait prévoir le besoin en venant au monde sans une révélation providentielle. La

riels ne vivent donc point par eux-mêmes, mais bien par le jeu centralisant de leur association temporaire. Pareillement, diverses productions anormales des végétaux et des animaux, les épiphytes et des entozoaires peuvent se développer ou subsister par la seule communication du mouvement vital et la nutrition comme des satellites de la planète qui les entraîne. Tels sont les acéphalocystes, les corps fibreux, etc.

Pour reconnaître combien les sciences physico-chimiques ont été invoquées en vain dans l'explication de la vie, il suffira d'un court exposé de leurs principaux systèmes. Ni le *mécanisme statico-hydraulique* de Boerhaave ne rend raison de la tendance réparatrice et conservatrice du corps animal ou végétal; ni l'*irritabilité hallérienne* de la fibre motrice n'a pu réussir à expliquer la formation embryogénique du poulet dans l'œuf, ni l'*incitabilité* de Brown ne donne des notions satisfaisantes sur la transmutation des substances alimentaires en nos tissus et humeurs; ni la *chimie vivante* des modernes, pas plus que l'ancienne théorie des *ferments*, ne saurait créer les facultés de sensibilité et de motilité des parties; ni les *propriétés* dites *vitales* par Bichat et d'autres physiologistes d'aujourd'hui, ne sont capables d'organiser le moindre viscère par elles-mêmes ou de coordonner des membres. Enfin la chimie brise, disgrège ou tue l'organisation intime du sang, du lait, du sperme, pour les analyser sans pouvoir les reconstruire, tandis que la vie associe et synthétise les éléments pour les défendre contre toute putréfaction ou les assimiler.

Or, c'est précisément ce concert synergique qui con-

fonction est donc postérieure à l'organe encore imparfait du fœtus: exemple, la génération, etc.

stitue l'ensemble dont les parties sympathisent et se défendent (quoique plus lentement chez les végétaux) qui établit la vivification générale dans l'individu.

La vie ne peut procéder que de la vie par génération normale. En effet, du moment où le microscope a été découvert, les générations équivoques ont disparu. On a dévoilé les ovules, les graines des moindres insectes ou mousses jusque chez les infusoires. De nos jours on a réfléchi que la pourriture ou des atomes disgrégés au hasard ne pouvaient, de leur propre science et habileté, constituer les viscères et les yeux d'un imperceptible cirron ; pas plus que ceux d'un éléphant. Il faut laisser aux anciens ces crapauds tout formés par la fange des marais.

Lorsque les plus sublimes ressorts sont combinés dans l'encéphale d'une fourmi, que les lois savantes de l'optique et de l'acoustique sont mises à contribution pour divers sens par la nature seule ; que les combinaisons les plus transcendantes de la chimie s'opèrent dans les sécrétions ; quand la végétation elle-même manifeste des directions spontanées si ingénieuses pour la floraison, et une sorte de passion, d'amour, dans la fécondation ; enfin, quand on admire des prédispositions si étonnantes de structure entre les sexes pour n'accepter que telle sorte de pollen et de sperme, afin d'écartier les mélanges adultérins, ou pour empêcher de confondre les genres d'être les plus voisins, il est impossible d'admettre que la matière inorganique toute brutale d'elle seule s'élève à cette haute sagesse ; car, ne voyons-nous pas se déployer de merveilleux instincts conservateurs, inappris, dans cet œuf d'insecte abandonné aux conflits d'une nature marâtre et sauvage ? Le jeune orphelin lutte seul contre ces intempéries du monde extérieur. Le plus faible mouche-

ron a sa spontanéité calculée et son autocratie contre les éléments conjurés ; mais les formes protectrices ont été si habilement appropriées à la destination providentielle de l'oiseau, du reptile sans membres, que ses actes il les gouverne sans la moindre intelligence du but qu'il doit atteindre.

Qui ne voit ici cette science infuse mouvant l'être indépendamment ou parfois même contre sa volonté, mais pour un utile intérêt, comme dans l'amour, la colère ? Cette prescience n'est ni dans l'arbre, ni dans l'animal, mais déjà elle existe tracée dans cette disposition native du germe (œuf ou graine) qui organise l'aiguillon de l'abeille, comme les linéaments de la fleur pour s'épanouir et remplir leur rôle préparé d'avance dans l'avenir.

C'est pourquoi la *vie* est cette cause agissante, *essentiellement intelligente*, bien que dépourvue d'intellect extérieur. Les philosophes, les plus profonds observateurs de l'antiquité, la considéraient comme une $\psi\upsilon\chi\eta$ (*anima*), déléguée à chaque forme spécifique, aspirant à rétablir l'équilibre troublé par les maladies, à compléter ou réparer son être après les amputations et les pertes, résistant jusqu'à certaines limites aux efforts destructeurs, portant la nourriture où il le faut, immolant même au besoin une mère à sa progéniture. Le système atomistique des épicuriens a-t-il jamais pu expliquer ces faits ?

Certes, s'il y a dans nous un principe distinct de la matière de nos corps, qui en contrarie parfois le jeu ou le modifie pour un but salutaire, cette *autocratie interne*, dirigeant l'économie de toutes les créatures animées, préside à leurs générations ; elle restitue les formes pures et primordiales entières aux fœtus des individus difformes, écourtés, manchots, bossus, déviés, d'après le plan correct et primitif de l'espèce. Il y a donc une *nature*

sage et prévoyante attribuant des organes réguliers, bien coordonnés pour le genre de vie, dans le monde extérieur, instruisant sans être instruite *απαίδευστη*, l'insecte même, ou guidant l'individu dans le cercle de son existence pour accomplir sa destinée.

Il y a donc, à l'opposé des opinions fausses maintenant régnantes et enseignées dans plusieurs écoles médicales de France et d'Allemagne, opinions qui modifient vicieusement la pratique de l'art :

1° Des matériaux essentiellement bruts, comburés, organiques et abiotiques, constituant la masse minérale de notre globe, ou même *résistant à toute vitalité*. Ils cristallisent par juxtaposition. Ainsi la vie n'émane pas d'eux, contrairement aux panthéistes (1).

(1) La souveraine puissance créatrice pouvait unir la pensée à la matière, sans doute comme le présume Locke; mais l'a-t-elle voulu? Où sont les caractères de la pensée et de la vie chez les matériaux bruts organiques? Ce n'est donc qu'une supposition ou simple allégation. Car ces simples molécules minérales ou autres disgrégées, décomposées par la mort, conservent-elles la *faculté de sentir, de penser*, facultés qui, tout au plus, résulteraient de la *synergie harmonique* des parties organisées par une profonde intelligence, ou de leurs mouvements coordonnés et sympathiques? Demande-t-on, après que les cordes de la lyre sont détraquées et brisées, où se trouvent le concert, les accords harmonieux des sons?

L'âme, dira-t-on, consistait dans cet ensemble du jeu des organes sensibles et percevants du système nerveux vivant, par son concours. N'est-elle pas ce que Pythagore exprimait en disant qu'elle était *unité, harmonie*?

Toujours est-il que cet ensemble coordonné ne peut être le produit spontané d'une masse inerte, inorganique, inintelligente; ce serait une merveille incompréhensible. Il faut donc *force intelligente, élaboratrice* en dehors des éléments bruts. L'observation de la nature

2° La vie véritable n'existe que dans des corps organiques émanés d'une forme sphérique originelle (œuf ou cellule) par une génération, concours harmonique de particules conspirant à l'unité centrale et résistant jusqu'à certain point aux lois du monde physique, pendant une période déterminée de durée.

3° Ces matériaux, susceptibles de composition anatomique et d'évolution du centre à la circonférence, sont essentiellement de *nature combustible* (carbone, azote, hydrogène, etc.). Différents des minéraux, ils ne peuvent se constituer qu'à la surface du globe, ou dans les eaux et avec le concours de l'air atmosphérique, ou l'oxygène, et d'une douce chaleur ou même de la lumière.

4° La chimie prouve que le *carbone* prédomine dans les textures végétales, et l'*azote* ou l'*ammonium* au contraire chez les animaux. Ceux-ci ont besoin d'oxygène respiratoire pour entretenir l'excitation vitale et la calorificité, tandis que la plante absorbe des éléments carbonifères.

5° Les *formes spécifiques* (animales et végétales) correspondent nécessairement à proportion des éléments organisables, comme aux conditions de calorique, de lumière, d'humidité, et des mouvements diurnes ou annuels de notre planète. Elles expriment même la perfection, la santé, la beauté. Ces structures confirment leurs habitudes hygiéniques, vitales, leur organisation au climat, aux lieux qu'elles sont destinées à peupler. Il est absurde de soutenir que des localités et circonstances identiques aient pu créer les êtres si différents qu'on y voit éclore.

6° La *cristallisation* est le principe formateur du règne

nous contraint de le reconnaître sous peine d'absurdité, cet artisan sublime!

minéral non vivant et non générateur. Au contraire, tout ce qui vit émane d'un germe (œuf, graine, pore ou propagule) jusque dans l'infusoire microscopique (comme l'ont reconnu Ehrenberg avec d'autres modernes observateurs); car il y a coordination harmonique de parties relativement à un but fonctionnel, même chez les animaux agames ou cryptogames, et résistance vitale jusque dans les vers intestinaux, à formes normales dans nos viscères digestifs, qui ne se digèrent pas.

7° Cette coordination harmonique se manifeste parmi les *séries* et les *groupes* de genres ou d'espèces d'animaux fraternisant comme les plantes, constituant une *chaîne d'êtres* ou des embranchements émanant de souches soit analogues, soit de structures voisines. Ces *familles* de créations correspondantes attestant un plan général déposent contre de prétendues productions spontanées ou du hasard. Il est donc impossible de n'y point reconnaître un résultat d'ordre et d'intelligence incompatible avec des matériaux bruts. Un *principe vital* nous paraît ici présider inévitablement aux productions organisées, immanent ou circulant dans elle sans cesse par des générations successives non interrompues (1). Cette vérité est ainsi démontrée par les faits.

M. Rochoux : M. Virey acceptera, dit-il, avec plaisir les objections que l'on pourra faire à son travail; je vais tâcher de le satisfaire. Je laisserai de côté le panthéisme allemand et autres niaiseries semblables; je ne ferai pas plus de cas de l'atomisme de Leibnitz, qui n'est guère plus raisonnable et qui n'est au fond que le système d'Épicure

(1) Puisque l'œuf non fécondé ne donne par l'incubation qu'un putrilage, il faut donc autre chose que de la matière pour la vivification, avec le sperme, *il faut une force centralisante.*

dégradé. L'atomisme d'Épicure, dans toute sa simplicité, est le seul qui soit capable de résoudre toutes les difficultés; c'est à ce système que se rattachent tous les systèmes unitaires que M. Virey vient de combattre. Il est en effet aisé de comprendre que s'il n'y avait pas de figures primitives, il n'y aurait point de figures dans les corps. L'existence des formes, dans tout ce qu'il nous est donné d'observer, est la meilleure preuve que l'on puisse donner de l'existence et de la forme primitive de l'atome. Il n'y a point d'immobilité dans la nature; tout mouvement, toute activité sont également inhérents à l'atome. Tout peut donc être ramené à des atomes indivisibles doués d'une forme et d'une activité constante. L'indivisibilité est prouvée par les limites de la décomposition chimique des corps. Avec ces trois conditions, il est possible d'expliquer la formation des corps et des êtres vivants sans être obligé d'admettre une force active en dehors de la matière. M. Virey reconnaît que des éléments dépourvus de raison peuvent revêtir des formes déterminées, se prendre en cristaux dans certaines combinaisons chimiques. S'il peut me dire comment se forme un cube, je lui dirai comment se forme un champignon, un ciron ou un homme. D'après M. Virey, le caractère de la matière est d'être inerte par elle-même; tant que les germes restent en repos, ils ne s'organisent pas. Il n'y a point d'inertie; ce que l'on appelle ainsi n'est qu'un cas d'équilibre produit par des forces agissant en sens opposé. Il y a partout action, mais l'action est quelquefois latente; c'est ce qui fait croire à l'inertie. Quant au principe vital, pour l'admettre, il faudrait qu'il fût nécessaire. A-t-on jamais vu un organe sans action et une action sans organisation? Pourquoi admettre des distinctions, des séparations, lorsque tout nous dit que rien dans la nature n'est séparable? Je me résume en ré-

pétant que le système de l'atomisme explique tout.

M. Virey : Il s'agit de savoir s'il existe ou non des substances incapables de recevoir l'organisation et la vie. M. Rochoux ne me semble pas avoir abordé la véritable question. Je prétends qu'il est des matières qui ne sont point susceptibles de s'organiser. A-t-on jamais vu le granit, l'arsenic, dans quelque état de combinaison qu'on les suppose, recevoir la vie ? J'ai dit ensuite que les substances susceptibles de devenir vivantes sont les substances combustibles, l'azote, le carbone, l'hydrogène, etc., mais à la condition d'un acte de génération. C'était là-dessus que j'attendais des objections.

M. Rochoux : Jamais personne n'a dit que le granit pût penser. Je n'ai pas prétendu que la colonne de la place Vendôme fût en état de faire des objections à M. Virey. (Rire général.) La question est de savoir si une combinaison de corps insensibles est susceptible de former des êtres organisés et sensibles. C'est ainsi qu'Épicure a posé la question, et c'est dans ce sens que j'ai cherché à la développer. On voit tous les jours des combinaisons de certains éléments former des composés ayant des propriétés nouvelles, différentes de celles qu'avaient ces éléments. (M. Virey : Mais c'est de la chimie!) Oui, c'est de la chimie; mais je pars justement de ces faits simples pour remonter à des faits plus composés, aux combinaisons qui forment les êtres organiques. Il n'y a pas de séparation absolue entre les êtres. De la moisissure à l'être le plus parfait, il n'y a qu'une série de gradations, mais point de délimitation.

M. Royer-Collard : Je laisserai de côté Épicure et Leibnitz, les atomes et les monades. On est convenu depuis longtemps de ne plus faire de la cosmogonie dans les sciences physiologiques. Le travail que vient de lire

M. Virey soulève une question physiologique très importante, celle de savoir jusqu'à quel point les phénomènes physico-chimiques interviennent dans les phénomènes de la vie et quelles sont les limites au-delà desquelles cesse leur influence. Cette question a été parfaitement posée par M. Virey. Seulement je crois devoir faire quelques objections à la manière dont il l'a résolue. M. Virey reproche aux doctrines chimico-physiques d'être incapables de rendre compte de l'organisme. Il y aurait, ce me semble, de tout autres raisons à faire valoir contre ces doctrines que celles dont M. Virey s'est servi; il a allégué des arguments usés contre des idées que l'on ne soutient plus. Nous ne disons pas aujourd'hui qu'un corps brut est vivant; nous ne prétendons pas dire non plus que des corps organisés différemment composés ne diffèrent point par leurs actions.

M. Virey dit : Vous ne pourrez jamais avec des éléments chimiques faire des substances organiques. On en fait cependant. (M. Virey : Je le nie.) On fait artificiellement de l'urée, du liquide allantoïde. Ce n'est pas là de la vie, sans doute, mais c'est de la matière organique.

Les personnes qui se retranchent dans les théories absolues encourent ordinairement le reproche qu'elles adressent aux autres théories. Il y a dans les théories physico-chimiques des hypothèses qui ne sont ni plus ni moins plausibles que celles des vitalistes. Quant à ce qui a été dit qu'aucune matière organique ne se fait par hasard, qu'il n'y a point de génération spontanée, je répondrai que rien dans la nature n'est livré au hasard, tout est subordonné à des lois; mais il est établi par de nombreuses expériences, entre autres celles de M. Edwards, que des matières ayant été organisées peuvent par de certaines combinaisons donner lieu à des organismes nouveaux.

En général, les vitalistes ont, suivant moi, le tort de se servir des arguments dont les spiritualistes se servent contre les matérialistes. Vous dites qu'un morceau de matière n'arrivera jamais à cette haute sagesse qui caractérise les actes des êtres vivants. Sans doute; mais ces actes ne sont point le produit de la matière organisée, mais d'un principe immatériel; de l'âme. Plus on veut retrancher à la matière pour accorder à la vie, plus on retranche à l'âme. L'âme me suffit pour expliquer, non pas l'organisme, mais l'intelligence qui est en dehors de la matière.

Je résumerai ainsi les objections que j'ai cru devoir faire à ce travail: 1^o les arguments dont s'est servi M. Virey répondent à des doctrines qu'on ne soutient plus aujourd'hui; 2^o Les vitalistes mettent une hypothèse à la place des hypothèses qu'ils combattent; 3^o on adresse à tort aux doctrines physiologiques que nous soutenons le reproche de panthéisme.

M. Virey : M. Royer-Collard a cru devoir prendre la défense de la chimie. Je ne repousse pas pour mon compte ce qu'il y a de chimique dans l'organisation; ce que je repousse, c'est la prétention de créer des substances organiques par les procédés de la chimie. Ainsi, M. Royer-Collard a dit que l'on faisait de l'urée; je le conteste. L'urée obtenue par la chimie n'a point les propriétés de l'urée naturelle. Je ne nie pas qu'on ne puisse, par certains procédés, modifier les organismes; mais quant à ce qui est de la formation primitive d'êtres organisés, je ne pense pas qu'elle soit possible.

M. Castel : Je n'aurais pas pris la parole dans cette discussion si je n'y trouvais l'occasion de combattre un préjugé qui s'est introduit dans les sciences physiologiques depuis un demi-siècle. Ce préjugé consiste à ne

voir pour toutes choses qu'un seul mobile et à négliger les rapports, les relations qu'ont entre eux les différents éléments qui constituent les êtres vivants. On peut admettre le vitalisme sans repousser l'influence des agents physico-chimiques ; on peut aussi repousser le vitalisme sans admettre pour cela les doctrines physico-chimiques. C'est donc une chose bien difficile d'analyser la vie. Oui, puisqu'on ne l'a pas fait encore. On ne fait qu'accroître la difficulté en admettant un principe vital, parce qu'on substitue une abstraction à l'analyse des faits. Cette analyse nous montre deux choses, la sensibilité d'un côté, de l'autre les excitants. Aucun système dans l'organisme n'est absolu ; aucun d'eux ne peut rien faire sans le concours des autres. Le système nerveux ne peut rien tout seul. Que les poumons viennent à cesser leur fonction, tous les autres organes étant sains d'ailleurs, l'individu succombe. Un épanchement survient dans le cerveau ; tout le reste de l'organisme est sain, et cependant l'individu succombe encore. Si l'on admet un principe vital, il faut le placer au-dessus de tous les systèmes organiques, mais alors la vie devrait subsister malgré la destruction des organes. Voyez combien l'admission d'un principe vital éloigne de ce que nous apprend l'analyse. Il faut considérer la vie comme un produit, sans quoi l'on ne pourra rien expliquer.

M. Virey : C'est à tort que l'on considère le principe vital comme un être ; c'est comme ensemble de phénomènes, comme une unité composée de plusieurs fonctions qu'il faut le considérer. M. Castel combat une hypothèse que personne ne soutient.

Personne ne demandant plus la parole, la discussion est close.

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Éléments de pathologie chirurgicale, par A. NÉLATON, chirurgien de l'hospice de la Vieillesse (Bicêtre), agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, etc. ; 2 vol. in-8°. Chez G. Baillière. — Tome 1^{er}.

La science et l'art chirurgical possèdent déjà en France un assez bon nombre d'ouvrages où se trouvent renfermées à peu près la somme des connaissances dans cette branche de l'art de guérir. Depuis le célèbre *Traité des maladies chirurgicales* de Boyer, on en a vu paraître d'autres assez remarquables. Mais ces ouvrages, ou sont trop étendus pour être tout-à-fait élémentaires, ou, au contraire, n'embrassent pas assez complètement, dans un espace limité, l'universalité de la science chirurgicale. Ils ne sont pas, enfin, toujours assez dogmatiques pour servir de guide à l'étudiant en médecine et de memento pour le praticien. C'est dans l'intention d'atteindre ce double but que M. Nélaton a rédigé ses *Éléments de pathologie chirurgicale*. On voit que dans cette œuvre, il n'a nullement cherché à se montrer novateur, mais qu'il s'est attaché surtout à rassembler sous une forme aussi simple et aussi compacte que possible toutes les connaissances indispensables pour étudier et apprendre la chirurgie et devenir praticien. Aussi, tout en reproduisant les théories les plus nécessaires à connaître, a-t-il surtout dirigé l'attention du lecteur sur les faits eux-mêmes. Pour nous qui avons sous les yeux le premier volume de cet ouvrage, nous devons avouer qu'il remplit assez exactement l'objet pour lequel il a été édifié. Les préceptes, les faits, les théories y sont

exposés avec simplicité, avec clarté ; on voit que l'auteur a éloigné ce qui pouvait laisser du doute dans l'esprit, et qu'il a retenu tout ce qui est acquis à la science par l'expérience des meilleurs maîtres. Enfin M. Nélaton y a ajouté ce que sa science propre lui a fourni et a cherché à mettre son livre à la hauteur de l'art moderne, en faisant connaître les dernières découvertes dont il s'est enrichi.

Dans la division de son ouvrage, l'auteur a cru devoir conserver en grande partie celle qui a été adoptée par M. Vidal de Cassis, et nous ne pouvons que l'en féliciter. C'était, en effet, la meilleure route qu'il pouvait suivre pour atteindre le but qu'il se proposait. Ainsi le premier volume contient, dans les prolégomènes, d'abord des considérations générales sur les opérations, où l'on trouve les soins préliminaires, les règles à suivre et les divers accidents qui peuvent se manifester pendant qu'on les pratique ; puis l'indispensable traité de petite chirurgie, les règles relatives aux incisions, ponctions, bandages. Le chapitre II s'occupe des phlegmasies qui appartiennent spécialement à la pathologie chirurgicale ; telles sont les phlegmons, les abcès, l'érysipèle. Le chapitre III contient tout ce qui a rapport aux diverses espèces de plaies, aux phénomènes qu'elles présentent, à leur mode de cicatrisation, aux traitements qu'elles réclament et aux accidents qui peuvent les compliquer ; puis à la suite se trouve le traité sur les amputations et tout ce qui s'y rattache, comme les plaies qui en réclament l'emploi, les diverses méthodes, etc., etc. Bien que ce chapitre occupe ici une place assez naturelle, nous croyons cependant que l'auteur aurait été plus conséquent avec lui-même en le rejetant plus loin, par exemple après les chapitres suivants, qui traitent des diverses espèces de gangrène, des brûlures, des effets du froid, des ulcères, des fistules, du cancer et de la mélanose.

Cette première partie du volume contient, comme on le voit, les affections chirurgicales considérées en général. Dans la se-

conde partie, l'auteur va les envisager dans les divers tissus. Ainsi il décrit nécessairement les maladies chirurgicales de la peau, du tissu cellulaire, des bourses séreuses, des artères, des veines, du système capillaire, des vaisseaux et ganglions lymphatiques, des nerfs, des muscles et des os. D'après cette rapide énumération, on voit que l'auteur n'a attaché aucune importance à toutes ces divisions arbitraires que l'on a voulu adopter et qui n'auraient aucun but pour l'élève. En résumé, ce que nous connaissons du livre de M. Nélaton nous paraît en faire une œuvre de conscience, rédigée avec soin, sans idées préconçues, et assez complète pour un traité élémentaire, dans lequel on ne doit pas s'attendre à une vaine érudition. Nous ne doutons pas que, sous sa forme commode, il ne soit d'une utilité réelle pour les élèves et pour les jeunes praticiens.

C. DEVILLIERS.

Leçons élémentaires de botanique, fondées sur l'analyse de cinquante plantes vulgaires, et formant un traité complet d'organographie et de physiologie végétale, à l'usage des étudiants et des gens du monde; par le docteur Em. LE MAOUT, ex-démonstrateur de botanique à la Faculté de médecine de Paris; 2^e partie. — Paris, chez Fortin-Masson et comp., place de l'École-de-Médecine, 1.

En rendant compte de la première partie des Leçons élémentaires de botanique de M. Le Maout, il manquait, disions-nous, pour faciliter aux gens du monde l'étude de la botanique, un ouvrage à la fois élémentaire, instructif, à la portée de tous, et qui pût initier aux principes de la science sans l'assistance d'un maître. M. Le Maout, dont les connaissances en histoire naturelle sont appréciées par tous les élèves de la Faculté de médecine, vient de combler cette lacune.

Tel est le jugement, sauf quelques légères critiques, que nous avons émis sur le compte de ce livre dont il n'avait paru encore que la première partie, nous réservant de modifier ce jugement, s'il y avait lieu, après la publication de la seconde. Maintenant que le complément de l'ouvrage vient de paraître, nous nous plaignons, après l'avoir attentivement examiné, à reconnaître que nous ne nous étions pas trop engagés dans le jugement que nous avons formulé d'après les données fournies par la partie soumise à notre analyse.

Nos lecteurs se rappellent peut-être la marche adoptée par l'auteur dans son livre. Il a choisi cinquante végétaux croissant partout, végétant, fleurissant, et fructifiant pendant les trois mois de la belle saison, et offrant toutes les modifications de forme. Ces mêmes végétaux sont tous dessinés sur autant de planches avec la plus grande fidélité iconographique; puis dans autant de leçons ou d'études qu'il a adopté de plantes, prenant tour à tour chacune d'elles pour type, il les compare avec d'autres dont il fait ressortir les analogies et les différences; ce qui l'amène à distinguer les tribus, les genres et les espèces d'une même famille dont la plante qui a servi de sujet à la leçon a fourni le type.

Cette deuxième partie est la continuation des leçons commencées dans la première; aussi ce que nous avons dit de l'une peut s'appliquer exactement à l'autre: même ordre, même méthode, même simplicité et même clarté dans les descriptions. Les mots techniques et les termes scientifiques n'arrivent jamais qu'après que l'objet auquel ils s'appliquent a été suffisamment étudié. Nous n'analyserons point ici une à une les cinquante leçons dont se compose le livre de M. Le Maout; nous dirons seulement qu'après la série des leçons relatives à toutes les plantes de l'atlas, M. Le Maout a consacré d'intéressantes dissertations sur la graine et sur l'inflorescence, sur l'anatomie et sur la physiologie végétales, et enfin sur la classification. Dans ce dernier chapitre, l'auteur a ajouté une méthode dichotomi-

que, à laquelle il donne avec raison le nom de clé, et à l'aide de laquelle il indique le moyen de reconnaître un végétal et de trouver son nom. Cette clé est de la plus grande utilité pour ceux qui ne sont point familiarisés avec la connaissance des plantes, et qui sont souvent découragés par les recherches pénibles auxquelles ils sont obligés de recourir pour reconnaître et nommer un végétal.

En facilitant aux étudiants et aux gens du monde l'étude du règne végétal, M. Le Maout a rendu un véritable service aux uns et aux autres, qui lui sauront bon gré de les avoir initiés sans difficulté aux principes d'une science pleine de charmes et d'intérêt; car, selon l'expression de Platon, que l'auteur a placée en tête de son livre, et qu'il a prise pour épigraphe, *la science est l'amie de tous.*

G. VIGNOLO, D. M. P.

BULETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Musée d'anatomie pathologique, bibliothèque de médecine et de chirurgie pratiques, représentant en relief les altérations morbides du corps humain. Nouveau procédé, fondé sur les avantages d'une matière inaltérable et d'une peinture indélébile; par le docteur Félix Thibert, préparateur des pièces artificielles d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris, membre correspondant des Académies et Sociétés médicales de Vienne (Autriche), Hambourg, Montpellier, etc. Ouvrage adopté par le Conseil royal de l'instruction publique. — Prix Monthyon, le 26 février 1844. — A Paris, rue du Mont-Parnasse, 8.

Du climat et des maladies du Brésil, ou statistique médicale de cet empire, par SIGAUD, D. M. médecin de S. M. Dom Pèdre II, membre de l'académie impériale de médecine de Rio Janeiro, etc., etc., 1 beau volume in-8° de 600 pages, sur papier raisin vélin; prix 9 fr. Paris, chez Fortin, Masson et C^e, 1, place de l'École de médecine. Même maison, chez L. Michelsen, à Leipsig.

Mémoires pour servir à l'étude des maladies des ovaires. Premier mémoire, contenant : 1° Les considérations anatomiques et physiologiques. 2° L'agénésie et les vices de conformation des ovaires, 3° L'inflammation aiguë des ovaires, ovarite aiguë. Par A. CHEREAU. D. M. P. 1 vol. in-8°. Paris 1844. Prix 3 fr. Chez Fortin Masson et C^e, place de l'École-de-Médecine. Même maison, chez L. Michelsen, à Leipsig.

Recherches sur la nature et le traitement d'une cause fréquente et peu connue de rétention d'urine, et sur ses rapports avec les inflammations et les rétrécissements de l'urèthre, les maladies des organes génitaux, les pertes séminales, l'inertie et le catarrhe de la vessie, les inflammations et les calculs de l'appareil urinaire, etc., suivies d'un Mémoire sur un nouveau moyen d'extraire les fragments, après la lithotritie, dans les cas compliqués de rétention d'urine; par Auguste Mercier, docteur de la Faculté de médecine de Paris. — Paris, chez l'Abbé, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 4.

TABLES.

1844. TOME II.

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES

ET DES AUTEURS.

CLINIQUE ET MÉMOIRES.	
Notice médicale sur les bains d'Ems (Bads-Ems); par M. Fauconneau-Dufresne.	5
— Examen physico-chimique des sources cuvelées	17
— Maladies contre lesquelles ces eaux sont employées.	22
— Manière de prendre les eaux	33
— Des médecins d'Ems.	40
— Promenades et excursions.	43
— Aperçu historique.	45
Procédé nouveau pour la ligature des polypes de l'utérus; par le Dr Lucien Boyer.	48
De la conversion de la présentation de la face en présentation du sommet, et de l'application du forceps dans les positions mento-postérieures de la présentation de la face (Troisième et dernier article); par M. Chailly (Honoré).	81
De l'opportunité de la trachéotomie dans le traitement du croup; par S. Garin.	161
Observations sur l'emploi thérapeutique de l'alcali volatil fluor (ammoniaque liquide) contre la coqueluche; par le Dr Levrat-Perroton.	171
1844. Août. T. II.	
Du sarcocèle et de l'opération de la castration à propos de l'extirpation d'une tumeur cancéreuse, etc.; par Ant. Bouchacourt.	178
Études pratiques sur l'affection scrofuleuse chez les enfants; par M. Guet. (<i>suite.</i>)	184
Observation d'un cas remarquable de variole après la vaccine; par le Dr Corby.	321
Considérations pratiques sur les tumeurs cancéreuses, par le Dr Stefani	351
Observation sur un accouchement laborieux, par C. L. Devilliers.	383
De la métrorrhagie interne dans les derniers mois de la grossesse; par le docteur Loir aîné	473
— Cas remarquable de métrorrhagie interne mortelle, paraissant survenue à l'occasion d'une saignée.	475
Coup-d'œil sur le bruit de souffle des artères en général, et en particulier sur le bruit placentaire, par M. de Stefani.	497
Ablation d'un carcinome cutané	40

de la tempe : observation recueillie à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Gerdy, par M. Trifet 532

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

ANALYSE D'OUVRAGES.— De la puberté et de l'âge critique chez les femmes : ponte périodique chez les femmes et les mammifères, par M. A. Raciborski (Analyse par M. Delasiauve.) 96

— De l'organisation médicale en France, sous le triple rapport de la pratique, des établissements de bienfaisance et de l'enseignement; par le Dr Delasiauve. (Analyse par M. Verger). 226

— Nouveau manuel d'anatomie générale, histologie et organogénie de l'homme; par M. Marchesseaux. (Analyse par M. Devilliers). 399

— Encyclopédie anatomique, comprenant l'anatomie générale, l'anatomie pathologique, l'histoire du développement et celle des races humaines. — Traité d'anatomie générale ou histoire des tissus et de la composition chimique du corps humain; par J. Henle, etc. Traduit de l'allemand par M. Jourdan. (Analyse par M. Bourdin.) 539

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS.—Maladies du cœur. — Phlemtia alba dolens.— Oblitération de la veine iliaque gauche. — Méningite tuberculeuse. — Angioleucite. 107

— Déviations latérales du bassin — Modifications des matières fécales dans le gros intestin. —

Bourses synoviales sous-cutanées — Excision des tumeurs ovariques.— Cicatrisation des foyers hémorragiques du cerveau. 258

— Valérianate de zinc contre les migraines et les névralgies.— Anévrismes sans lésions appréciables dans les solides.— Traitement de pneumonie lobaire chez les enfants par la saignée et le vomitif.— Tumeurs blanches.— Cure du varicocèle par l'enroulement des veines du cordon spermatique. — Extirpation d'une tumeur volumineuse dans la région inguinale. 407

— Température chez les enfants à l'état physiologique. — Folie consécutive à la suite de la fièvre typhoïde. — Rage communiquée à un baudet. 554

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ALLEMANDS.—Influence du grand incendie de 1842 sur la santé publique à Hambourg. — Extase religieuse en suède. — Commotions de l'œil. 119

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ITALIENS.—Nouveau critérium régulateur de la saignée — Recherches pour découvrir dans le sang, l'urine et les autres sécrétions animales, les composés minéraux.— Réforme du système pénitentiaire. — Monomanie guérie par l'apparition d'une tumeur critique. — Recherches historiques et statistiques sur les tubercules pulmonaires. — Fonctions du cervelet.—Tétanos rhumatis mal guéri par le sulfate de quinine. 252

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ITALIENS. — Usage externe de l'elixir acide de Haller. Emploi du cyanure de zinc dans les maladies nerveuses. — Épilepsie périodique, suite d'aménorrhée guérie par l'asa foetida. — Amaurose guéri par la streptine. — Paraplégie guérie par le rhus radicans de Virginie. 563

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ANGLAIS. — Portion du thorax comme moyen curatif de l'empyème et des épanchements inflammatoires de la poitrine. — Pleurésie avec épanchement purulent guérie après plusieurs fonctions. 424

SOCIÉTÉS SAVANTES

INSTITUT DE FRANCE. — (Académie des sciences). — Causes de l'albuminurie. — Propagation de la peste. — Causes du cancer. 127

— Nouveau vaccin. — Influence des nerfs de la huitième paire sur les phénomènes chimiques de la digestion. 264

— Cystite cantharidienne. — Diabète sucré. — Renouveau et régénération du vaccin. — Amputation de l'épaule. — Dépuration des eaux potables. 437

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE. Diabète sucré. — Sudorifiques à haute dose contre le rhumatisme. — Ophthalmie épidémique. — Cancer des paupières. 150

Cow-pox. — Incident relatif à la commission orthopédique. Calcul et fistule vésico-vaginale Question des ophtalmies. 270

— Lithotriteur. — Sonde évacuatrice. — Suite de la discussion sur les ophtalmies. — Morve aigue. — Ablation de la rate. — Fistule vésico-vaginale

Arsenic des terrains des cimetières. 754

— Suite et fin de la discussion sur l'ophtalmie. — Extirpation d'une tumeur cancéreuse de l'S iliaque du colon. — Monstruosité double. — Discussion sur le vitalisme peste. 572

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Hydrocéphalie chronique 297
De l'emploi thérapeutique de l'ammoniaque liquide à l'intérieur, à l'occasion d'un travail de M. Levrat-Perroton sur l'emploi de cette substance dans le traitement de la coqueluche; par M. Loir aîné. 458

VARIÉTÉS.

Médecins français météorologistes. 142

Cours de M. Gibert sur les maladies de la peau à l'hôpital St-Louis. 147

Concours pour l'agrégation à la faculté de médecine. — Nomination de six agrégés. 152

Lettre de M. Le professeur Mojon sur la propriété attribuée à l'huile de ricin de provoquer l'évacuation des calculs biliaires. 300

RÉCLAMATION de M. Pereyra 303

Lettre de M. le Dr Duparcque, en réponse aux remarques de M. le Dr Mojon sur les concrétions biliaires. 465

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

PETREQUIN. Traité d'anatomie médico-chirurgicale et topographique, etc. 152

BOUCHARDAT. Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et de toxicologie pour 1844, etc. 157

BURGUET, notice des travaux de

620 TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES.

la société de médecine de Bordeaux. 305	la philosophie, etc. 318
BOUCHACOURT, Recherches sur les accouchements, etc. 307	TESTE, Manuel pratique du Maguétisme animal. 467
RATIER, lettre sur la syphilis 309	NETTINON — Éléments de pathologie chirurgicale. 457
WATON, De la fièvre typhoïde 311	LE MAOURT. — Leçons élémentaires de bonanique
AUDIBRAN, L'art du dentiste. 317	BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE. 319
BELOUINO, Des passions, dans leurs rapports avec la religion,	

TABLE ALPHABÉTIQUE.

A.	
Accouchement laborieux. 383.	Assa-fœtida (épilepse périodique guérie par l') 568.
Affection scrofulense chez les enfants. 184. 331.	<i>Audibran.</i> 317.
Age critique chez les femmes. 96.	B.
Albuminurie (causes de l') 126.	Bains (notice médicale sur les d' <i>Ems.</i> 5.
Amaurose guérie par l'usage interne de la strychnine. 569.	<i>Barrachi.</i> 563.
Aménorrhée (épilepse périodique produite par l') 568.	<i>Bartolo.</i> 566.
Ammoniaque liquide (emploi de l') contre la coqueluche. 172. 457.	Bassin (déviations latérales du) 238.
<i>Ampeli Caldenio.</i> 263.	<i>Belouino</i> 318.
Amputation de l'épaule. 441.	<i>Bérigni.</i> 593.
Anasarque (sur l') non accompagnée de lésions appréciables dans les solides. 410.	<i>Bernard</i> (de Villefranche) 266.
Anatomie générale. 559.	<i>Berthel</i> 453.
Anatomie (encyclopédie).	<i>Biot.</i> 130.
Anatomie médico-chirurgicale et topographique (traité d') 152.	Bordeaux (notice des travaux de la société de médecine de) 305.
Anatomie générale, (nouveau manuel d') d'histologie et d'organogénie. 399.	<i>Bouchacourt.</i> 178. 307.
Angioleucite (essai sur l') 115.	<i>Bouchardat.</i> 157. 441.
Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et de toxicologie. 157.	<i>Bouchut.</i> 109.
<i>Antonio</i> de krames. 257.	<i>Bourdin.</i> 160. 311. 554.
Arsenic des terrains de cimetières. 454.	<i>Bousquet.</i> 305.
Artères (coup d'œil sur le bruit de souffle des) 497.	C.
	<i>Cabaret.</i> 243.
	Calcul vésico-vaginal. 276.
	Cancer (causes du) 128,
	Cancer des paupières. 141.
	Cancéreuse (extirpation d'une tumeur) de l'S Iliaque du colou. 579.

- Cancéreuses (considérations pratiques sur les tumeurs) 351.
 Carcinome (ablation d'un) 532.
Castel. 609. 616.
 Castration 178.
Castelnau. 410.
 Cerveau (cicatrisation des foyers hémorragiques du) 250.
 Cervelet (recherches expérimentales sur les fonctions du) 263.
Chailly (Honoré) 81.
Chereau. 247.
 Cicatrisation des foyers hémorragiques du cerveau. 250.
 Cimetières (arsenic des terrains de) 454.
 Cœur (maladies du) 107.
 Colon (extirpation d'une tumeur cancéreuse de l'S iliaque du) 579.
Colson. 422.
 Commotions (effets des) de l'œil. 124.
 Concours pour six places d'agrégés en médecine. 152.
 Concrétions biliaires. 465.
Contour. 438.
 Contraction. 17.
 Coqueluche (emploi de l'ammoniaque liquide contre la) 472.
Corby. 321.
Cow-Pox. 270.
 Croup (de l'opportunité de la trachéotomie dans le traitement du) 162.
 Cyanure de zinc (emploi du) dans les maladies nerveuses. 566.
 Cystite canthari dienne. 437.
- D
- Delasiauve*. 107. 118. 226. 252. 415.
 Dentiste (l'art du) 317.
Devay. 408.
 Déviations latérales du bassin. 238.
Devilliers (C.) 264. 308. 383. 407.
- Diabète sucré. 130.
 Diabète sucré guéri par les alcalis et les sudorifiques. 438.
 Digestion (influence des nerfs de la huitième paire sur les phénomènes chimiques de la) 266.
 Duparcque (lettre de M. le docteur) 465.
Durand Fardel. 250.
- E
- Eaux potables (dépuration des) 441.
 Elixir acide de Haller (effet de l'usage externe de l') 563.
Ems (notice médicale sur les bains d') 5.
 Enfants (affection scrofuleuse chez les) 184. 331.
 Enfants (de la température chez les) à l'état physiologique et à l'état pathologique. 544.
 Epaulé (amputation de l') 441.
 Epilepsie périodique produite par l'aménorrhée et guérie par l'assa-fœtida. 568.
Ern. Boudet. 113.
 Excision des tumeurs ovariennes. 247.
 Extase religieuse épidémique en Suède. 122.
 Extirpation d'une tumeur cancéreuse de l'S iliaque du colon. 579.
- F
- Faculté de médecine (concours pour six places d'agrégés en médecine) 152.
Fauconneau-Dufresne. 5.
 Femmes (puberté et âge critique) chez les 96. (Poute périodique chez les) 96.
Fevramosca. 261.
Fiard. 270.
 Fièvre typhoïde. 34.
 Fièvre typhoïde (folie consécutive à la) 558.

- Fistule vésico-vaginale. 276.
290. 453.
Folie consécutive à la fièvre typhoïde. 558.
Forceps (application du) 81.
Forget. 107.
Fourcault. 126.
G.
Garin. 162.
Gerdy. 141.
Gibert (cours de M.) sur les maladies de la peau. 147.
Grossesse (de la métrorrhagie interne dans les derniers mois de la) 473.
Guiet. 184. 331.
Guillon. 443.
H.
Hambourg (influence du grand incendie de 1842 sur la mortalité et la santé publique à) 119.
Hémorrhagiques (cicatrisation des foyers) du cerveau. 250.
Henle. 539.
Henri Roger. 554.
Heyfelder. 124.
Hydrocephalie chronique. 297.
Hygroma (bourses synoviales sous-cutanées) 245.
Intestin (modifications des matières fécales dans le gros) 241.
James. 459.
Jobert (de Lamballe) 579.
Jourdan. 539.
I.
Lachèse. 292.
Landon. 27. 451.
Legendre. 414.
Lettre de M. le professeur Mojon à M. le directeur de la Revue médicale. 300.
Leprat-Perroton. 172.
Ligature des polypes de l'utérus. 48.
Lithotriteur. 443.
Loir aîné. 297. 457.
Louis de la Porte. 611.
Lucien Boyer. 48.
M.
Magendie. 264.
Magnétisme animal (manuel pratique du) 467.
Maladies de la peau (cours de M. Gibert sur les) 147.
Maladies du cœur. 107.
Maladies nerveuses (emploi du cyanure de zinc dans les) 566.
Manfrédonia. 568. 507.
Manuel (nouveau) d'anatomie générale, d'histologie et d'organogénie. 399.
Marchessaux. 399.
Martins (Ch.) 147.
Mathias Mayor (de Lausanne) 258.
Médecins Français météorologistes. 142.
Mémoire sur la *phlegmatia alba dolens.* 409.
Méningite tuberculeuse. 113.
Métrorrhagie (de la) interne dans les derniers mois de la grossesse. 473.
Mialhe. 438.
Migraines (emploi du valériate de zinc dans les) 470.
Morel-Lavallée. 437.
Morve aiguë communiquée du cheval à l'homme par morsure 451.
Mojon. 300.
Monomanie guérie par l'apparition d'une tumeur sur l'omoplate droite. 260.
Monstruosité double. 593.
Moraut. 134.
N.
Naudot. 152.
Nicolucci. 262.
Névralgies (emploi du valériate de zinc) dans les) 407.
Nerveuses (emploi du cyanure de zinc dans les maladies) 566.
Notice médicale sur les bains d'Ems. 5.
O.
OEil (effets des commotions de l') 124.

- Ophthalmies. (discussion sur les) 286. 445. 572.
 Ophthalmie épidémiq. 134.
 Organisation (de l') médicale en France. 226.
 Orthopédique (incident relatif à la commission) 271. 278.
 Ovariennes (excision des tumeurs) 247.
- P.
- Paraplégie complètement guérie par l'usage du rhus radicans de Virginie. 570
Pariset. 611.
 Passions (des) dans leurs rapports avec la religion, la philosophie, la physiologie et la médecine légale. 318.
 Paupières (cancer des) 141.
 Peau (cours de M. Gibert sur les maladies de la) 147.
Pereyra. 303.
 Peste (propagation de la) 127. 611.
Pétréquin. 152.
Phlegmatia alba dolens. 109.
 Placentaire (coup d'œil sur le bruit de souffle) 497.
 Pleuro-pneumonies bilieuses. 152.
 Pneumonie lobaire des enfants (traitement de la) par l'emploi réuni de la saignée et des vomitifs. 414.
 Pneumonie typhoïde (thérapeutique de la) 560.
Polli. 252.
 Polypes de l'utérus. 48.
 Ponction (de la) du thorax dans les cas de collection de liquide dans les plèvres. 424. 425. 431. 454.
Prus. 299.
 Puberté chez les femmes. 96.
- R.
- Raciborski.* 96.
 Rage communiquée à un bœuf. 562.
 Rate (ablation de la) 453.
Reybard (de Lyon) 580.
Ratier. 309.
 Recherches sur la formation des tubercules pulmonaires. 262.
 Recherches expérimentales sur les fonctions du cerveau. 263.
 Recherches sur les tumeurs blanches. 415.
 Recherches sur les accouchements, les maladies des femmes et des enfants. 307.
 Recherches pour découvrir dans le sang, l'urine et les autres sécrétions animales, les composés minéraux administrés par la bouche. 257.
 Réforme du système pénitentiaire en général et du système cellulaire en particulier. 258.
 Rhumatisme (sudorifiques à haute dose dans le) 151.
 Rhus radicans de Virginie (paraplégie complètement guérie par l'usage du) 570.
Richet. 415.
Rigal. 362.
Rigaud. 441.
Rochoux. 605. 607. 615.
Royer-Collard. 607.
- S.
- Saignée (nouveau critérium régulateur de la) 252.
Sandras. 157.
Sarcocèle. 478.
 Scorbut d'Arabie. 292.
 Scrofules chez les enfants. 184. 331.
Ségalas. 276.
Simon (Max.) 358.
Smith. 560.
 Société de médecine de Bordeaux. 305.
 Sonde évacuatrice. 445.
Sonden. 422.
Stéfani. 351.
Sturmer. 127.
 Strychnine (amaurose guérie par l'usage interne de la) 569.
 Suède (extase religieuse épidémique en) 122.

Sudorifiques à haute dose dans le rhumatisme. 131.
Syphilis (lettre sur la) 309.

T.

Tanchou. 128.
Teste. 467.
Température chez les enfants à l'état physiologique et à l'état pathologique. 584.
Tétanos rhumatismal guéri par le sulfate de quinine. 265.
Thérapeutique de la pneumonie typhoïde. 560.
Trachéotomie (de l'opportunité de la) dans le traitement du croup. 162.
Traité d'anatomie médico-chirurgicale et topographique. 152.
Toulmouche. 412 241.
Trifet. 532.
Tubercules pulmonaires (recherches sur la formation des) 262.
Tumeur inguinale (extirpation d'une) 422.
Tumeurs blanches. 415.
Tumeurs cancéreuses. 351.
Tumeurs ovariennes (excision des) 247.
Tumeur cancéreuse de l'S iliaque du colon (extirpation d'une) 579.
Tuissot. 115.
Typhoïde (fièvre) 311.
Typhoïde (thérapeutique de la pneumonie) 560.
Typhoïde (folie consécutive à la fièvre) 558.

U.

Utérus (polypes de l') 48.

V.

Vaccin (nouveau) 264.
Vaccin (renouvellement et régénération du) 49.
Vaccine (cas remarquable de variole après la) 521.
Valérianate de zinc (emploi du) dans les migraines et les névralgies. 407.
Varicocèle (cure radicale du) par l'enroulement des veines du cordon spermatique. 419.
Variole (cas remarquable de) après la vaccine. 521.
Veine (oblitération de la) iliaque gauche. 412.
Verger. 238. 517.
Vidal (de Cassis) 419.
Vignolo. 423.
Virey. 593. 607. 609. 610.
Vitalisme (examen critique des faits touchant le) 593.

W.

Watson. 341.

Z.

Zimmermann. 119.
Zinc (emploi du valérianate de) dans les migraines et les névralgies. 407.
Zinc (emploi du cyanure de) dans les maladies nerveuses. 566