Bibliothèque numérique
medic@

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

Nouvelle série. Tome 2ème. Mai 1845. - Paris : Au bureau de la Revue médicale, 1845.
Cote : 90219

PARIS biu Santé

Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé (Paris)
Adresse permanente : http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90219x1845x02

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

1845. — TOME II.

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).

CORBY, D. M. P., ancien Chef de Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Paris.

DELASIAUVE, D. M. P. médecin adjoint des aliénés à Bicêtre.

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, chef de clinique d'accouchement à la Faculté.

FAUCONNEAU-DUFRESNE, D. M. P

FERRAND DE MISSOL, D. M. P.

GENDRIN, D. M. P., médecin de la Pitié.

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

MM.

de la commission médicale d'Égypte en 1828, 29 et 30

LEPILEUR, D. M. M.

MAISONNEUVE, D. M. P., chirurgien des hôpitaux de Paris.

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 de l'Hotel-Dieu de Lyon.

PRUS, Médecin de l'hospice de Bicêtre, secrétaire-général de la Société de médecine de Paris.

RÉCAMIER, ancien Professeur de Clinique médicale de la Faculté, Médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris.

RENOUARD, D. M. P

RÉVEILLÉ-PARISE, D. M. P., Membre de l'Académie royale de médecine.

H. ROUSSEL, D. M. P.

ROZIER, D. M. P., Membre du Jury médical et Médecin en chef de l'Hôpital-Gén. de Rhodez (Aveyron).

TANQUEREL-DES-PLANCHES, 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.

IMPRIMERIE DE HAUQUELIN ET DAVIRUCHE, RUE DE LA HARPE, 90.

REVUE
MÉDICALE
FRANÇAISE ET ETRANGERE,

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 A L'HOPITAL DE LA CHARITÉ DE PARIS, MÉDECIN CONSULTANT DE L'INSTITUTION ROYALE DES JEUNES-AVEUGLES ET DE L'INFIRMERIE MARIE-THÉRÈSE, MEMBRE DE LA SOCIÈTE DE MÉDECINE PRATIQUE DE MONTPELLIER, DE LA SOCIÉTÉ ROYALE ET DE LA SOCIETÉ ACADÉMIQUE DE MÉDECINE DE MARSEILLE, DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES MÉDICALES DE PALERME, ETC.

RECUEIL

Des travaux de la Société de Médecine de Paris.

NOUVELLE SÉRIE.

***MAI* 1845.**

ON SOUSCRIT A PARIS :

AU BUREAU DE LA REVUE MÉDICALE,

PLACE SAINT-ANDRÉ-DES-ARTS, 11.

1845

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
FRANÇAISE ET ETRANGERE.
(Mai 1845.)

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

COUP D'OEIL
SUR L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE,
DEPUIS
SON ORIGINE JUSQU'A NOS JOURS.

PAR V. RENOUARD, D. M.
HOMŒOPATHE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Quatrième article (1).

Période anatomique, comprenant l'espace de temps écoulé depuis la fondation de la bibliothèque d'Alexandrie, l'an 320 avant Jésus-Christ, jusqu'à la mort de Galien, l'an 200 de l'ère chrétienne.

A mesure que la science de l'homme physique s'éclairait d'un jour nouveau, par les recherches de l'anatomie et de la physiologie expérimentale; que le diagnostic des maladies se perfectionnait; que les conquêtes de l'histoire naturelle multipliaient les ressources de la thérapeu-

(1) *Voir* les trois premiers articles dans les cahiers de janvier, avril et septembre 1844 de la *Revue Médicale*.

tique, il devenait de plus en plus nécessaire de classer les acquisitions matérielles de la science dans un ordre méthodique qui les rappelât facilement à la mémoire ; d'enchaîner les uns aux autres, par une théorie plus ou moins vraisemblable, cette multitude de faits anciens et nouveaux qui composaient le trésor de la médecine.

Un grand nombre d'écrivains philosophes tentèrent cette entreprise difficile, mus par des vues différentes : les uns en effet s'efforçaient de lier les traditions du passé aux conquêtes du présent sans rien changer aux principes fondamentaux de la doctrine reçue, et à l'aide seulement de quelques modifications de détail. D'autres, au contraire, jugeant ces principes erronés ou insuffisants, n'aspiraient à rien moins qu'à renverser l'ancien édifice de la science, pour le réédifier sur des bases nouvelles.

Si l'historien voulait tenir compte des opinions particulières émises sur chacun des phénomènes de l'économie animale, il trouverait presque autant de théories diverses qu'il existe d'auteurs en médecine ; parce qu'il n'est pas un seul médecin qui ne modifie en quelque point, par son expérience propre, la doctrine qu'il a reçue de ses maîtres. Mais si l'on n'a égard qu'aux différences capitales, aux divergences de principes, on peut ranger les théories qui ont partagé les médecins de cette période sous quatre chefs, savoir : le dogmatisme, l'empirisme, le méthodisme et l'éclectisme ou syncrétisme.

Du dogmatisme. — Nous connaissons déjà les principes du dogmatisme, son origine, ses auteurs, ses partisans les plus illustres. Nous savons que cette doctrine, enseignée dans l'école de Cos et soutenue par l'assentiment de Pla-

ton et d'Aristote, dominait dans le monde médical, depuis plusieurs siècles, quand fut fondée l'école d'Alexandrie. Les premiers et les plus célèbres professeurs de cette école, élevés dans le dogmatisme, y firent peu de changements. Hérophile admettait les sentiments d'Hippocrate et de Praxagore son maître sur l'effet du mélange des humeurs, par raport à la santé et aux maladies; il suivait à peu près les mêmes règles qu'eux dans la pratique. Outre ses grandes découvertes en anatomie, il avait fait beaucoup d'expériences sur les médicaments, qu'il appelait les *mains des dieux*, quand on les employait à propos, et des *instruments inutiles ou même nuisibles*, si l'on ne savait pas en faire un usage opportun (1).

Erasistrate, tout en admettant la plupart des dogmes hippocratiques, pensait que la fièvre et les inflammations proviennent du passage du sang des veines dans les artères. Suivant lui, ces derniers vaisseaux ne contiennent naturellement que de l'air ou des esprits; mais, disait-il, lorsqu'il y a plénitude dans les veines, leur excédant s'extravase dans les artères et donne lieu à tous les symptômes inflammatoires et fébriles. La pléthore sanguine lui paraissait une des causes les plus fréquentes des maladies; cependant, pour la combattre, il employait très-rarement la saignée. Il préférait l'abstinence ou le jeûne, la diète, les lavements doux, les vomitifs, l'exercice, les bains. Il était aussi peu partisan des purgatifs, et ne croyait pas, comme Hippocrate, que certains de ces remèdes eussent la propriété d'évacuer telle ou telle humeur exclusivement. Il disait que les humeurs les plus déliées et les plus subtiles

(1) Galien, *de compos. Medicam. Local.* lib. 6, cap. 3. (Luler, p. 322).

sortent les premières ; ensuite celles qui sont plus tenaces; en sorte que selon lui les purgatifs les plus faibles font rendre seulement quelques eaux ; ceux qui sont un peu plus forts vident la bile, et les plus énergiques évacuent l'atrabile.

Mais de tous les sectateurs du dogmatisme, le plus fécond, le plus habile, le plus puissant, fut Claude Galien. Il était natif de Pergame, ville de l'Asié-Mineure, célèbre par un temple dédié à Esculape, par son école de médecine et par sa bibliothèque, qui ne le cédait en richesses qu'à celle d'Alexandrie. Son père avait été son premier maître, et lui avait donné en outre des professeurs très-distingués dans toutes les sciences. Le jeune Galien profita de leurs leçons avec un succès extraordinaire. Il était déjà en état de disputer avec les plus érudits sur la grammaire, l'histoire, les mathématiques, la philosophie, lorsque, sur un avis exprès des dieux, il se décida à étudier la médecine. Il raconte avec complaisance comment cet avis lui ayant été donné deux fois en songe par Apollon, il n'avait pu résister à la volonté divine, si clairement manifestée. Mais ses nombreux et savants écrits justifient bien mieux sa vocation médicale que toutes ces réminiscences mystiques.

Il entreprit plusieurs voyages pour son instruction, et visita entre autres villes la capitale d'Egypte, où il séjourna quelque temps. De retour dans sa patrie, il fut chargé par le pontife de panser les blessés du Cirque, ce qui lui fournit l'occasion de faire paraître ses connaissances anatomiques et son habileté chirurgicale. Bientôt après il quitta de nouveau sa ville natale pour aller se montrer sur un plus grand théâtre. Il se rendit à Rome, où l'appelait sa grande renommée, et où son élocution fa-

cile et brillante, son érudition profonde et variée, son habileté pratique, lui concilièrent l'estime des plus hauts personnages. Mais ses succès rapides, sa jactance, son dédain pour ses confrères, qu'il ne prenait aucun soin de déguiser, son naturel ombrageux, lui suscitèrent une foule d'ennemis, qui lui rendirent le séjour de Rome odieux. Il faut voir le portrait qu'il trace des médecins de cette capitale, dans son livre *de Prænotione* (1). Il les accuse de basse jalousie, de stupide ignorance, leur prodigue les épithètes de larrons, d'empoisonneurs, et finit par déclarer qu'après les avoir démasqués, il se mettra à l'abri de leurs embûches et de leurs maléfices, en abandonnant cette grande et populeuse cité, où l'on n'est considéré qu'en proportion du luxe qu'on étale, où le charlatanisme éhonté usurpe la confiance d'un public stupide et frivole, pour aller habiter une petite ville, dont tous les citoyens se connaissent et peuvent savoir quelle est la naissance, l'éducation, la fortune, les mœurs de chacun.

Il sortit en effet de Rome; mais il y revint bientôt, sur l'invitation des empereurs Marc-Aurèle et Lucius Vérus. Il jouit aussi de la confiance de leurs successeurs Commode et Septime Sévère. Enfin l'on croit qu'il mourut dans la septante-unième année de son âge, vers l'an 201 de l'ère chrétienne, soit à Rome, soit à Pergame, soit dans la traversée pour aller d'une de ces villes dans l'autre. Un moine s'est imaginé qu'il avait fini ses jours durant un pèlerinage pieux en terre sainte.

Galien assure qu'il n'est attaché à aucune des sectes qui

(1) *De prænotione ad Posthumum*, t. VIII, p. 836 de l'édition de Chartier.

divisaient les médecins de son temps, il traite d'esclaves ceux qui prenaient le titre d'Hippocratiques ou de Praxagoréens, ou d'Hérophiliens, etc. Mais il ne faut pas le croire sur parole, quand il affecte de tenir la balance égale entre les doctrines diverses. Ce n'est là probablement qu'une distraction bien pardonnable à un homme qui a tant écrit, ou un artifice oratoire pour se donner un air d'indépendance, d'impartialité. Au fait, sa prédilection en faveur de la doctrine d'Hippocrate est visible; il l'explique, la commente longuement, l'amplifie; il réfute les objections de ses adversaires et s'efforce de la faire triompher de toutes les autres. « Personne, dit-il, n'a donné, avant moi, la vraie méthode de traiter les maladies. Hippocrate, je l'avoue, avait déjà montré le chemin; mais, comme il a été le premier à s'y engager, il n'a pu aller aussi loin qu'il aurait été à souhaiter. L'ordre qu'il adopte est vicieux; il omet certaines indications importantes; et il ne fait pas toutes les distinctions nécessaires. Souvent il est obscur à la manière des anciens, pour vouloir être concis. Il ne dit que fort peu de chose touchant les maladies compliquées; en un mot, il a ébauché ce qu'un autre doit achever; il a ouvert la route, c'est à un autre de l'élargir et de la rendre aisée » (1). On voit par cette courte citation quel est le rôle que Galien s'attribue et le peu de cas qu'il fait des travaux des médecins qui ont vécu entre Hippocrate et lui. Examinons actuellement comment il s'est acquitté de la mission qu'il s'arroge :

Il y a, selon lui, dans l'homme, trois sortes de principes :

(1) *Methodi medendi*, lib. IX, cap. 8. (Chartier, t. X, p. 201).

les esprits, les humeurs et les solides, qu'il nomme aussi les parties.

Parmi les solides, les uns sont simples ou similaires, c'est-à-dire que si on les divise, on obtient toujours des fractions homogènes avec le tout. Tels sont les os, les chairs, les nerfs, les membranes, etc. On a beau diviser une de ces parties en autant de fractions qu'on veut, on a toujours des parcelles d'os, ou de chair, ou de membrane, semblables à l'os entier, ou à la chair, ou à la membrane qui a été rompue. D'autres parties sont appelées organiques ou composées, comme le bras, la jambe, la tête, un œil, parce qu'elles exécutent les actes les plus apparents, les plus parfaits, et parce qu'elles sont formées de plusieurs parties similaires.

Il y a des parties simples qui tirent leur origine de la semence, telles que les nerfs, les membranes, les os, les veines. Celles-là sont peu susceptibles de se corrompre et ne se régénèrent point, lorsqu'elles ont été détruites. Il y a d'autres parties simples qui se corrompent aisément et se reproduisent avec la même facilité. Ce sont celles qui proviennent du sang, comme les chairs (1).

Galien réfute, avec Hippocrate, et par les mêmes raisons que lui, l'opinion des philosophes qui ne reconnaissent qu'un seul élément; il ne partage pas non plus l'avis de ceux qui tout en admettant plusieurs éléments, regardaient ces corpuscules comme incommutables dans leur essence. Quand on divise, dit-il, les chairs, on provoque de la douleur et de la chaleur; or aucun de ces effets n'aurait lieu,

(1) *De constitutione artis medicæ* liber, cap. II et sequent.—*De semine* liber I, cap. V et X.

si les chairs étaient formées d'un seul élément, ou si les éléments qui entrent dans leur constitution étaient inaltérables. Il arriverait alors ce qui arrive quand on écarte un doigt d'un autre; on n'occasionne ni la moindre douleur, ni la moindre chaleur. En conséquence de ce raisonnement, Galien se range de l'avis d'Hippocrate et d'Aristote, qui admettaient comme on sait quatre éléments ou quatre qualités primordiales, le chaud, le froid, le sec, l'humide. Il pense que tous les changements qui surviennent dans les corps sont l'effet de l'une de ces qualités; mais il regarde la chaleur comme la plus énergique, et il met le froid au second rang. Les corps naturels, dit-il, dans lesquels les qualités primitives se montrent au plus haut degré, sont le feu, l'air, la terre et l'eau. On les appelle élémentaires, parce qu'ils servent à former les autres (1).

On doit s'apercevoir que Galien reproduit en l'amplifiant le dogmatisme Hippocratique. Ce qui suit est la continuation du même sujet; mais le lecteur, qui est au fait de la doctrine de Cos, saura discerner, sans que je les lui indique expressément, les additions et les prétendus perfectionnements que le médecin de Pergame apporte à cette doctrine. Je vais donc poursuivre, sans autre interruption, l'exposé du système Galénique.

Il existe entre les parties simples ou similaires du corps humain quatre différences simples, c'est-à-dire qu'une de ces parties peut être plus chaude qu'une autre, ou plus froide, ou plus sèche, ou plus humide. Il existe aussi, ou il

(1) *De constitutione, artis medicæ* liber, cap. VII et seq. *Introductio seu medicus*, cap. IX et seq. *De elementis ex Hippocrate*, lib. I, cap. I et seq.

peut exister entre ces mêmes parties quatre différences composées, savoir : l'une peut avoir plus de chaleur et de sécheresse qu'une autre, ou plus de chaleur et d'humidité, ainsi de suite. L'exacte proportion et le juste mélange de ces qualités produisent la meilleure des constitutions ou la santé parfaite. Mais cette perfection est plutôt un type idéal qu'une réalité; l'homme le mieux portant s'en écarte toujours quelque peu.

Entre la santé parfaite et la maladie, il y a, selon Galien, huit sortes de tempéraments ou de mélanges imparfaits, compatibles avec le libre exercice des fonctions de la vie. Quatre de ces tempéraments sont simples et quatre composés. Si un homme a dans tout son corps ou dans quelqu'une de ses parties un excédant de chaleur, on dira que le tempérament de cet homme est chaud simplement; s'il a un excédant d'humidité, on dira que son tempérament est humide; ainsi de suite. Mais s'il existe un excédant de chaleur et d'humidité tout à la fois dans le corps d'un individu ou dans quelqu'une de ses parties, alors cet individu aura un tempérament chaud et humide, c'est-à-dire composé. On peut former ainsi quatre combinaisons binaires des qualités primitives, ce qui donne quatre tempéraments composés. Quant à la maladie, elle n'est point, dit Galien, un tempérament, mais une intempérie (1).

Après cette classification un peu subtile et arbitraire des tempéraments, Galien expose les signes propres à chacun d'eux. Voici, par exemple, quels sont, suivant lui, les in-

(1) *De constitutione artis medicæ*, cap. IX, *ars medica*, cap. IV. De *temperamentis* lib. I, cap. VIII, vide etiam lib. II et III. *De optima nostri corporis constitutione. De sanitate tuendâ*, lib. I, cap, I et seq.

dices d'un cerveau froid : « Les émonctoires naturels de ce viscère, c'est-à-dire le palais, les oreilles, le nez, les yeux, fournissent des excrétions trop abondantes. Les cheveux sont droits, rouges, peu souples, minces et mal nourris; ils poussent tardivement. Les personnes ainsi disposées sont très-sensibles aux causes réfrigérantes, et fort sujettes aux catarrhes, aux pesanteurs de tête. La peau des environs du crâne n'est ni chaude au toucher, ni rouge à la vue. Les veines des yeux paraissent à peine. Enfin ces individus ont une propension marquée au sommeil. » (1) Notre physiologiste ainsi passe en revue tous les principaux organes du corps humain, et il décrit les signes de leurs divers tempéraments.

Ensuite il expose les tempéraments des humeurs naturelles du corps et ceux de certaines choses étrangères à l'économie animale. L'on retrouve ici, comme dans ce qui précède, la trace évidente du dogmatisme hippocratique : Ainsi, au dire du médecin de Pergame, le sang, l'air et le printemps sont chauds et humides; la bile jaune, l'été et le feu sont chauds et secs, la terre et l'automne sont sèches et froides; la pituite, l'eau et l'hiver sont froids et humides. Il est indispensable que les humeurs du corps puissent se transmuter réciproquement l'une en l'autre, de même que cela arrive pour les éléments primitifs. Car, quoiqu'elles existent dans toutes les parties, mêlées ensemble et se tempérant mutuellement, il y a cependant un organe, un âge, une saison, où chacune d'elles abonde plus particulièrement. Le sang, par exemple, domine dans le cœur, chez

(1) *Ars medica*, cap. VII. *De temperamentis*, lib. I, II, III.

l'adolescent, et au printemps; la bile jaune domine dans le foie, chez l'homme mûr et en été, etc. (1).

Outre les parties et les humeurs, il y a, disons-nous, dans l'économie animale, un troisième principe qu'on nomme esprits. Ces esprits sont de trois sortes, savoir : les esprits naturels que Galien compare à une vapeur subtile qui s'élève du sang veineux. Ceux-ci tirent leur origine du foie, où se trouve la source du sang. De là, ils se portent dans le cœur, ou ils se mêlent avec l'air que ce viscère attire des poumons, et concourent avec ce fluide à la formation des esprits vitaux. Ces derniers sont lancés par les artères dans toutes les parties du corps et principalement dans le cerveau, où ils se convertissent en esprits animaux.

Les esprits ne sont autre chose que les instruments ou les serviteurs de l'âme; c'est celle-ci qui a en définitive le gouvernement de l'économie animale.

Galien pense, avec Platon et Aristote, que l'âme humaine est composée de trois facultés ou plutôt de trois parties. La végétative qui réside dans le foie; l'irascible qui a son siége dans le cœur; et la raisonnable qui fait sa résidence dans le cerveau (2).

Chaque espèce d'âme avait à son service, suivant Galien, indépendamment des esprits, un certain nombre de facultés secondaires. Ainsi l'âme végétative tenait dans son département la faculté génératrice, l'augmentative et la nutritive. Les facultés secondaires à leur tour remplissaient leurs fonctions avec l'aide de facultés du troisième ordre. La nutritive, par exemple, qui a son principal établisse-

(1) *De humoribus introductis seu medicus*, cap. XII *De placitis Hippocratis et Platonis*, lib. VIII, cap. V.

(2) *De placitis Hippoc. et Platon.*, lib. VI, cap. I, II, III.

ment dans l'estomac, était assistée par les facultés attractive, retentrice, assimilatrice et expulsive (1).

Au moyen de cette hiérarchie d'âmes, d'esprits et de facultés, Galien et ses sectateurs n'avaient pas de peine à rendre compte de toutes les fonctions de l'économie animale. Demandait-on à l'un d'eux comment s'exécute la nutrition? Quand il avait répondu que la nutrition est une fonction naturelle à laquelle concourent quatre facultés, savoir : l'attractive qui attire les aliments, la retentrice qui les retient pendant le temps nécessaire à leur coction, l'assimilatrice qui les transforme en particules analogues à la substance de notre corps, et l'expulsive qui élimine leurs résidus excrémentitiels; quand, dis-je, le candidat avait fait cette réponse, professeurs et assistants devaient se montrer également satisfaits; car il avait expliqué, suivant le langage du temps, ce qui était censé constituer l'essence de la fonction nutritive.

La pathologie nous offre le même assemblage d'entités imaginaires ou abstraites auxquelles on prête des attributs et des actes comme à des êtres réels. Nous y trouvons des maladies qui siégent dans les solides, d'autres dans les humeurs, d'autres dans les esprits.

Les maladies des solides se divisent en trois genres : le premier genre comprend les affections des parties similaires, autrement dites, les intempéries. Il y a deux espèces d'intempéries, savoir: les intempéries simples qui proviennent de l'excès d'une seule qualité élémentaire, soit du chaud, soit du froid, soit du sec, soit de l'humide; les intempéries doubles ou complexes qui sont produites par

(2) *De facultatibus naturalibus*, lib. I, II, III.

l'exagération de deux qualités à la fois, comme un excès de chaleur et de sécheresse, ou un excès de chaleur et d'humidité, etc. Le second genre comprend les affections des parties organiques, lesquelles consistent dans des irrégularités de conformation, des erreurs de nombre, ou de grandeur, ou de situation, etc. Enfin le troisième genre est commun aux parties similaires et aux parties organiques. Il embrasse tous les accidents qui proviennent des solutions de continuité. Galien distingue encore parmi les maladies des solides diverses complications qui constituent autant d'espèces nouvelles (1).

L'essence de la fièvre consiste en une chaleur contre nature qui s'allume tantôt dans le tissu même du cœur, tantôt dans les humeurs de ce viscère, tantôt dans les esprits. Ce qu'il y a de plus prompt à s'enflammer ce sont les esprits; ensuite les humeurs, et en troisième lieu les solides. Les fièvres de la plus courte durée résident dans les premiers; celles d'une durée moyenne résident dans les secondes; et celles qui sont très-longues ont leur siége dans le parenchyme même (2).

Les fièvres ardentes dégénèrent en hectiques ou consomptives de deux manières : 1° lorsqu'elles se prolongent jusqu'au point de consumer toute l'humidité du cœur, après quoi elles se jettent sur le tissu même de l'organe; 2° lorsqu'elles envahissent la substance du cœur, avant que toute l'humidité ait été épuisée. On reconnaît les fièvres hectiques à la température du corps des artères, qui

(1) *De morborum differentiis* liber. *De morborum causis* liber.
(2) *De differentiis febrium*, liber. I, cap. I, II, III.

est plus élevée dans ce cas que la température des parties environnantes. On perçoit cette différence, surtout, au moment de la diastole artérielle (1).

Parmi les fièvres qui proviennent des humeurs, Galien distingue trois genres, savoir : le genre continent, le continu et l'intermittent. Chacun de ces genres se divise en plusieurs espèces. Les fièvres intermittentes les plus communes sont la quotidienne, la tierce et la quarte. La première est produite par la pituite, la seconde par la bile jaune, la troisième par l'atrabile. Galien admet encore beaucoup d'autres espèces de fièvres soit simples, soit composées (2).

Quant à la marche des affections fébriles, notre pathologiste y reconnaît avec Hippocrate quatre périodes, qu'il nomme l'invasion, l'augment, la stase et le déclin. Il compare ces périodes aux quatre âges de l'homme, répartis ainsi qu'il suit : le premier âge, qui est celui de la génération; le second âge, qui est celui de l'accroissement; le troisième, ou l'âge de la force, de la vigueur; et le quatrième, ou l'âge du déclin. Quand le malade succombe, c'est toujours dans une des trois premières phases, jamais dans la dernière (3). Du reste, notre auteur professe sur la coction, les crises et les jours critiques, la doctrine de Cos toute pure (4).

Il divise l'action des médicaments en primitive et consécutive. L'action primitive dépend d'une ou de deux qua-

---

(1) *De differentiis febrium*, lib. I, cap. X, XIII.
(2) *De differentiis febrium*, lib. II.
(3) *De morborum temporibus*, cap. I. V. *De totius morbi temporibus*, cap. I, V. *De crisibus*, lib. I, cap. II.
(4) *De crisibus*, lib. I. II. III. *De diebus decretoriis*, lib. I. II. III.

lités qui dominent dans la substance médicamenteuse. Ainsi il y a telle substance qui échauffe ; parce que l'élément du feu domine en elle, telle autre qui rafraîchit, parce que l'élément du froid y est en excès. Il y a aussi des choses qui échauffent et dessèchent en même temps, d'autres qui échauffent et humectent tout à la fois. Parmi les agents thérapeutiques doués de la même faculté, par exemple, de la faculté d'échauffer, les uns la possèdent à un degré éminent, les autres à un degré inférieur. Ainsi les substances amères sont extrêmement chaudes; les douces sont chaudes modérément, leur chaleur dépasse de fort peu la nôtre. La saveur salée provient de l'excès du principe igné et du principe terreux (1).

Il y a des substances qui produisent leur effet immédiatement; par exemple, le feu échauffe incontinent et la glace refroidit de même. Il y a d'autres substances dont l'effet n'est pas si prompt : Ainsi la pyrèthre et le castor provoquent une sensation de chaleur après quelque temps; la jusquiame, la mandragore et leurs analogues refroidissent à la longue. On dit qu'une chose possède une faculté naturellement ou accidentellement, selon qu'elle tient cette faculté de son essence propre ou de quelque circonstance accessoire. L'eau, par exemple, qui est froide par sa nature, peut devenir chaude par accident; mais sa chaleur factice passera vite, tandis que sa fraîcheur naturelle persiste habituellement. Après d'autres distinctions encore sur les diverses manières dont on peut envisager les effets primitifs des médicaments, Galien trace les règles à suivre

(1) *De simplicium medicamentorum, temperamentis et facultatibus*, lib. I. II. III. IV.

pour reconnaître ces effets, il indique les précautions à prendre, afin de n'être pas trompé par de fausses apparences. Passant ensuite du précepte à l'exemple, il démontre par une série d'expériences et de raisonnements, que l'eau est d'un tempérament froid et humide; et le vinaigre d'un tempérament froid avec un certain mélange de chaleur provenant de son acreté (1).

L'action consécutive des médicaments est ainsi appelée, parce qu'elle se manifeste après l'effet primitif et qu'elle est une conséquence de celui-ci. Cette action est très-variée : ainsi il y a des remèdes qui ouvrent les pores, d'autres qui les resserrent, d'autres qui durcissent les tissus, d'autres qui les ramollissent; quelques-uns détergent les humeurs, d'autres les altèrent, d'autres hâtent leur maturation et la formation du pus, d'autres calment les douleurs, etc. Il y a aussi des remèdes dont l'action consécutive se porte spécialement sur certains organes, sur certaines fonctions : tels sont les diurétiques, les vomitifs, les drastiques, les emménagogues, etc. Galien cherche à établir le rapport qui existe entre l'action primitive et secondaire des médicaments. Ainsi il pense que les remèdes qui durcissent les tissus sont d'un tempérament humide et froid; ceux qui provoquent les urines sont chauds et secs; ceux qui activent la sécrétion du lait et de la semence sont modérément chauds et humides, etc. (2).

Quant aux principes qui doivent diriger le praticien

---

(1) *De simplicium medicamentorum temperamentis et facultatibus*, lib. I. II. III. IV.

(2) *De simplicium medicamentorum temperamentis et facultatibus*, lib. V.

dans le choix des moyens thérapeutiques applicables à chaque maladie, le médecin de Pergame adopte pleinement l'axiome proclamé par l'école de Cos, qui dit que les maladies se guérissent par leurs contraires. En conséquence, toutes ses recherches, toutes ses dissertations pathologiques tendent à pénétrer l'essence des maladies, à la mettre en évidence, à la dégager des accidents accessoires, afin de lui appliquer un traitement dont l'action soit diamétralement opposée. Or, il place cette essence tantôt dans une ou deux des qualités élémentaires des parties, tantôt dans la cause efficiente et primitive de tous les symptômes. En cela sa doctrine se confond avec celle des dogmatiques; elle n'est autre chose que le dogmatisme lui-même amplifié, expliqué, et poussé jusqu'à ses dernières conséquences. Quelquefois cependant il a aussi égard à la constriction et au relâchement des pores, ce qui semble le rapprocher des méthodistes; enfin, il professe dans maints passages une grande considération pour le concours des symptômes et l'expérience pure que les empiriques mettaient au-dessus de tout. Nonobstant ces rares et légers écarts, Galien a été et doit être regardé comme une des colonnes du dogmatisme hippocratique.

Quoiqu'il ait écrit un grand nombre de traités sur la pathologie et sur la thérapeutique, il serait difficile, pour ne pas dire impossible, de diriger le traitement d'une seule maladie avec un tel guide, tant l'ordre qu'il adopte est vicieux, tant la manière dont il envisage chaque sujet est défectueuse. J'excepte toutefois de cette proscription les quatre derniers livres du traité sur les parties malades (*de locis affectis*), où il donne d'excellents conseils pour découvrir le siége anatomique des maladies, particulière-

ment des maladies mentales et nerveuses. Ce traité joint à ses écrits sur l'anatomie et sur la physiologie, dont il a été rendu compte en son lieu (*voy.* page), constituent pour le médecin de Pergame des titres de gloire impérissables, et justifient ou excusent l'engouement dont il a été l'objet pendant plus de douze siècles.

Sous le rapport de l'histoire, cet écrivain encyclopédique a rendu encore d'immenses services, car il nous a conservé les opinions d'un grand nombre de médecins dont les ouvrages ont péri, et surtout celles des chefs de secte. Grâce à lui, nous pouvons soulever un coin du voile qui couvre les grandes luttes des dogmatiques, des empiriques, des méthodistes. Si les nombreux ouvrages qu'il a mis au jour ne sont pas un trésor facile à exploiter pour le praticien, ils sont un arsenal où l'érudit et le dialecticien peuvent puiser des arguments sur toute sorte de questions médicales. Or, nous approchons d'une époque où les médecins se montreront plus jaloux de briller par les subtilités de la dialectique et l'étalage d'une vaine érudition que par la sagesse de leur pratique; si bien que les défauts même de cet auteur contribueront encore à affermir dans ses mains le sceptre de la médecine. Car pour l'érudition, la subtilité du raisonnement, l'universalité des connaissances, il ne le cède qu'au seul Aristote, sur lequel il l'emporte d'ailleurs par l'élégance, la pureté et la force du style (1).

(1) On dit qu'il avait composé plus de 500 volumes sur la médecine et environ la moitié autant sur d'autres matières. Mais il faut observer que parmi ces volumes on compte un bon nombre de petits manuscrits dont certains n'ont que quelques pages.

De l'empirisme.—L'époque où fut fondée l'école d'Alexandrie a été, come nous l'avons vu, une des plus brillantes dans l'histoire de l'esprit humain. L'amour des lettres, des arts et de la philosophie, généralement répandu dans la Grèce, la dotait de chefs-d'œuvre en tout genre. Les compagnons d'Alexandre avaient porté les lumières d'une civilisation jeune et vigoureuse jusqu'au centre de l'Asie, premier berceau d'une civilisation décrépite. La science radieuse et communicative des Grecs éclipsait sur les bords du Nil les rayons pâles et douteux de l'antique savoir égyptien. Tandis que les successeurs de Platon et d'Aristote continuaient l'enseignement de ces grands maîtres, d'autres philosophes élevaient des écoles rivales et s'efforçaient de propager des doctrines diverses. Epicure renouvelait en l'embellissant le système de Leucippe et de Démocrite sur les atômes, le vide, le mouvement perpétuel. Pyrrhon développait les maximes de Parménide et de Zénon sur l'incertitude de nos connaissances et de nos jugements. Il fondait la secte des sceptiques ou des zétiques, que l'on peut appeler les indifférents en matière de science, comme les épicuriens étaient des indifférents en matière de morale. D'autre part, Euclide inventa l'art futile d'embrouiller toutes les questions et de réduire au silence ses antagonistes par des arguments captieux et bizarres. Sa secte, qu'on nomme contentieuse, ne s'étudiait qu'à vaincre dans les disputes publiques, alors fort à la mode. Elle mit en vogue une dialectique babillarde et pointilleuse, qui infecta peu à peu les autres écoles.

La médecine, comme c'est l'ordinaire, subit le sort de la philosophie; elle se divisa en plusieurs camps opposés. Hérophile et Erasistrate, tout en combattant quelques points

de la doctrine Hippocratique, en avaient respecté le fond; mais leurs disciples, Philinus de Cos, Sérapion d'Alexandrie ne gardèrent pas le même ménagement, ils s'attaquèrent aux principes mêmes de cette doctrine et prétendirent que tout ce qu'elle affirme touchant les élements et les qualités élémentaires, les humeurs cardinales, la coction, les crises et les jours critiques; les causes occultes ou prochaines, l'essence des maladies, tout cela était faux ou hypothétique. Ils rejetèrent même, comme douteux, hasardé et inutile, le fameux axiome de thérapeutique, qui forme la base du dogmatisme *(les maladies guérissent par leurs contraires)*, et ils osèrent reconstituer l'art sur de nouveaux fondements.

Cette réforme radicale ou plutôt cette révolution fit de rapides progrès; on cite un bon nombre de médecins du plus grand mérite qui s'y associèrent; mais le plus célèbre, après les deux coryphées que nous avons nommés, fut Héraclide de Tarente qui vivait en même temps qu'eux ou peu d'années après. Le méthodiste Cœlius-Aurelianus qui, suivant l'expression de l'historien Daniel Leclerc, a coutume de maltraiter les médecins des autres sectes, ne parle d'Héraclide qu'en termes très-honorables, lui donnant les épithètes de noble, de fameux, l'appelant le dernier et le plus estimable des empiriques (1). Galien émet sur son compte une opinion à peu près pareille. « Héraclide ne parlait jamais, dit-il, contre la vérité, pour défendre les intérêts de sa secte; il ne rapportait que ce qu'il avait expérimenté lui-même; et il possédait la pratique de

(1) *Acutorum* lib. I, cap. XVII. *Ibidem*, lib. II, cap. IX.

la médecine aussi bien qu'aucun autre médecin de son temps (1). »

Les empiriques avaient composé un grand nombre d'ouvrages qui sont tous perdus. Ce n'est que sur le rapport des écrivains des autres sectes que nous connaissons leur doctrine. Il est probable par conséquent qu'elle ne nous est point parvenue sous le jour le plus favorable. Les empiriques remontaient à l'enfance de l'art; ils racontaient comment avaient été traités les premiers malades, et ils déduisaient de là les règles à suivre pour le perfectionnement de la science médicale.

Voici le raisonnement que Celse leur prête : « Parmi le nombre de malades qui dans le commencement étaient sans médecins, les uns tourmentés par la faim ont voulu manger dès les premiers jours, les autres, au contraire, dégoûtés, n'ont rien voulu prendre, et se sont trouvés beaucoup mieux que les premiers. De même, les uns ont voulu manger dans le temps même de la fièvre, les autres un peu avant, les autres à la fin de l'accès; ce qui a réussi à ces derniers. Pareillement, les uns ont mangé beaucoup au début de leur maladie, les autres fort peu; ceux qui s'étaient remplis d'aliments ont été plus dangereusement malades que les autres. Comme ces sortes de choses arrivaient tous les jours, des hommes attentifs ont observé ce qui réussissait le mieux, et l'ont prescrit aux malades. C'est de là qu'est née la médecine, qui, par les essais qui ont été faits, tantôt à l'avantage, tantôt au détriment des malades, a appris à discerner les choses

(1) *Galeni in lib. hippocr. des Articul. Comment.* 3. Ibidem *de composit. medicat., per genera,* lib. IV, cap VII.

pernicieuses de celles qui sont salutaires. Ce n'est donc qu'après avoir trouvé les remèdes, que les hommes ont commencé à raisonner sur leur manière d'agir (1). » Si l'on rapproche ce passage de ceux du livre de l'ancienne médecine que j'ai rapportés précédemment on s'apercevra qu'il existe entre eux une parfaite conformité; mais j'aurai plus tard l'occasion de signaler d'autres analogies entre la doctrine de ce livre hippocratique et le système des empiriques.

Ceux-ci rangeaient sous trois chefs les modes d'acquisition propres à la médecine : La première voie pour s'instruire dans cet art était, suivant eux, l'observation personnelle ou l'autopsie. La seconde était la lecture des observations recueillies par d'autres, ou l'histoire. La troisième enfin consistait dans les inductions que l'on tirait de l'autopsie et de l'histoire, lesquelles servaient à découvrir des choses actuellement latentes, mais qu'on avait observées précédemment. On donnait à ce mode d'acquisition le nom d'épilogisme, c'est-à-dire raisonnement consécutif, pour indiquer qu'il était déduit des observations antérieures; d'autres fois on l'appelait analogisme, parce qu'il devait s'appuyer sur des rapports de similitude. Ces trois sources d'instruction médicale, l'autopsie, l'histoire et l'épilogisme formaient ce qu'on nommait la base ou le trépied de l'empirisme.

De l'Autopsie. — Les empiriques avaient senti toute la profondeur de cette maxime d'Hippocrate, *l'expérience est trompeuse*; car ils prenaient les précautions les plus minutieuses pour éviter les causes d'erreur auquelles est sujet ce mode d'inquisition, le premier de tous et le véritable

(1) Celse, liv. I, chap. I, traduction de Ninnin.

fondement de l'art. Ils voulaient, par exemple, qu'une maladie eût été observée un grand nombre de fois, depuis son début jusqu'à sa fin, dans l'état de simplicité et de complication, chez des individus de tempéraments, de sexes et d'âges différents; qu'on sût quelles conditions favorisent ou empêchent son développement; etc., etc., avant qu'on pût prétendre en avoir l'autopsie. Ils voulaient également qu'on eût employé un grand nombre de fois le même traitement contre la même maladie, dans des circonstances bien déterminées, pour qu'on pût affirmer qu'il était efficace en pareil cas.

Ils ne confondaient pas le symptôme avec la maladie: Ils appelaient symptôme un phénomène isolé ou considéré isolément, tel que la douleur, l'enflure, la rougeur, la toux, la difficulté de respirer. Ils donnaient le nom de maladie à un assemblage de phénomènes anormaux, autrement dit, à un concours d'accidents pathologiques, qui n'était point fortuit, mais qui avait coutume de se produire toujours à peu près de même.

Quoiqu'ils eussent banni de leur pathologie la recherche de ce que les dogmatiques nommaient phénomène essentiel ou constitutif, cause immédiate ou prochaine des maladies, ils ne croyaient pas pour cela que tous les symptômes eussent une égale importance. Ils mesuraient l'importance d'un phénomène pathologique, non sur sa prétendue essence que rien, disaient-ils, ne révélait, mais sur des circonstances sensibles, que tout le monde pouvait apprécier. Ainsi, un symptôme qui persistait pendant toute une maladie leur paraissait mériter plus d'attention que celui dont la durée était beaucoup plus courte; un symptôme qui portait sur des fonctions nécessaires à la

vie, ou qui annonçait l'altération profonde d'un organe essentiel, était à leurs yeux plus grave que celui qui affectait des fonctions secondaires ou qui dénotait une altération superficielle.

Mais quelle que fût la gravité d'un symptôme, ils ne voulaient pas qu'on lui accordât une considération exclusive; ils voulaient qu'on eût surtout égard à l'ensemble, au concours des symptômes. Ainsi, tandis que quelques médecins attachaient une importance exagérée aux qualités du pouls, ou des urines, ou des autres déjections, ou à l'état de la peau, etc., pour le diagnostic de certaines affections, ils prétendaient qu'il fallait, autant que possible, ne négliger aucune circonstance, et explorer, dans chaque maladie, non-seulement l'organe ou la fonction spécialement affectée, mais encore toutes les fonctions, tous les organes, et au moins les principaux. Ils voulaient qu'on observât l'instant de l'apparition et de la disparition des divers symptômes, leur ordre, leur marche, en un mot, tous leurs rapports, sans oublier les circonstances d'âge, de sexe, d'habitude, de complexion, de climat, de saison, etc.

L'homme qui avait observé maintes fois la même maladie, depuis son début jusqu'à sa terminaison, et qui conservait un souvenir fidèle de ses symptômes, de sa marche, de ses complications les plus ordinaires, et des moyens usités pour la combattre, cet homme possédait un théorème. Celui qui avait ainsi logé dans sa mémoire un bon nombre de théorèmes, celui-là possédait l'expérience ou l'habileté pratique. Ainsi l'autopsie, ou l'observation clinique souvent répétée, conduisait au théorème, et la réunion d'une quantité de théorèmes constituait l'expérience.

Un théorème empirique n'était donc autre chose que le tableau exact de tous les phénomènes connus d'une maladie, présentés suivant leur importance et leur ordre accoutumé, avec l'indication de leurs variétés, et du traitement qui leur est applicable, soit séparément, soit conjointement. Chaque théorème ou chaque concours morbide de l'empirisme était désigné par un nom particulier, qui était le symbole ou l'expression abrégée de tous les phénomènes dont se composait le théorème. Ce nom était dérivé tantôt de celui de la partie principalement affectée; ainsi le mot pneumonie désignait un concours de symptômes dont le principal siége était le poumon, gastrite désignait un concours de symptômes dans lequel l'estomac était principalement affecté, sans rien préjuger sur la nature des symptômes, ni sur la cause de la maladie; tantôt le nom d'un théorème ou d'un concours morbide était dérivé d'un symptôme dominant, comme les mots ictère, manie; tantôt il était dérivé de quelque ressemblance avec un objet étranger, comme les mots cancer, éléphantiasis, etc.

Les empiriques, comme on voit, ne devaient attacher qu'une importance très-accessoire à la dénomination d'une maladie; car cette dénomination ne représentait pas pour eux l'essence de la maladie, mais un assemblage, un concours de symptômes; l'essentiel pour eux, c'était que chaque concours fût tracé avec beaucoup d'exactitude, d'abord suivant sa marche habituelle, ensuite avec ses irrégularités et ses complications.

De l'histoire. — S'il fallait qu'un homme eût vu de ses propres yeux la plupart des maladies avec toutes leurs variétés et leurs nuances presque infinies, qu'il eût observé lui-même les effets des remèdes employés dans

chaque cas, et qu'il gardât fidèlement dans sa mémoire ou dans ses notes manuscrites la description de tous ces objets, il aurait atteint un âge des plus avancés, avant de pouvoir commencer la pratique de la médecine. Il se rencontrerait même fort peu d'hommes doués d'une patience, d'une sagacité et d'une mémoire suffisantes pour venir à bout d'une entreprise si longue et si compliquée. En outre, l'expérience des générations antérieures, et celle de nos contemporains seraient à peu près perdues pour chacun de nous. L'édifice scientifique de la médecine, au lieu de s'étendre et de se perfectionner d'âge en âge, demeurerait stationnaire ou ne ferait que des progrès insignifiants. Pour suppléer à l'insuffisance de l'autopsie, les empiriques avaient recours à l'histoire, c'est-à-dire aux relations cliniques et aux théorèmes consignés dans les livres. Par le secours de l'histoire, nous participons à l'expérience de tous les autres hommes, nous rectifions nos propres observations, nous en remplissons les lacunes; nous pouvons, en un mot, acquérir en quelques années plus de savoir et d'habileté pratique que si nous avions passé toute notre vie à recueillir des notes au lit des malades.

Mais pour tirer un bon parti de cette source d'instruction, il faut savoir en faire un usage judicieux, il faut n'accorder sa confiance qu'aux histoires qui présentent des caractères suffisants de vérité. Or, voici quelques-uns de ces caractères : 1° la réputation d'un auteur est une chose essentielle à considérer; on ajoute foi plus volontiers aux récits d'un homme qui passe pour un observateur attentif et un écrivain véridique, comme Hippocrate, à quelque secte qu'il appartienne d'ailleurs, qu'aux récits d'un individu qui a la réputation d'être un observateur peu exact

ou un écrivain peu sincère, comme Andréas; 2° lorsque plusieurs historiens d'époques ou de pays divers racontent le même fait avec des circonstances analogues, c'est un puissant motif de confiance; 3° un garant encore plus sûr de la vérité d'une histoire, c'est qu'elle s'accorde avec nos propres observations. Il faut donc, avant de s'en rapporter au dire d'un auteur, soumettre sa narration à un examen critique, sévère, et n'y ajouter foi qu'en proportion du degré de certitude qu'elle présente. Ainsi éclairée, l'histoire devient pour le praticien un guide sûr et un répertoire extrêmement utile.

De l'épilogisme ou l'analogisme. — Il peut se faire qu'on ait à traiter une maladie nouvelle ou qui n'a pas encore été décrite; alors ni l'autopsie ni l'histoire ne nous offrent des modèles à suivre. Il peut arriver aussi qu'ayant à traiter une affection bien connue, les remèdes indiqués pour la combattre ne soient pas à notre disposition, alors encore l'autopsie et l'histoire nous font défaut. Dans ces deux cas, on est obligé d'avoir recours au raisonnement et de se guider par l'analogie. S'agit-il, par exemple, d'une maladie non encore observée, ni décrite par les auteurs? Cherchez, disent les empiriques, parmi les relations historiques ou parmi vos propres observations, quelle est celle qui approche le plus de la maladie actuelle; ensuite traitez cette dernière suivant la méthode qui a réussi pour l'autre. Ainsi le traitement qui a été employé avec succès contre l'érysipèle peut être essayé contre certaines dartres, qui ont avec l'érysipèle beaucoup de rapports. Ainsi un remède qui aura guéri un rhumatisme de la jambe guérira très-probablement un rhumatisme du bras. S'agit-il de remplacer un remède dont l'efficacité est connue, mais qu'on n'a pas à

sa disposition, par un remède équivalent? Cherchez, vous disent les empiriques, parmi les substances que vous avez sous la main, celle qui a le plus d'analogie avec le remède qui vous manque. Ainsi vous pourrez substituer le suc de la nèfle au suc du coing, à cause de la saveur âpre qui est commune à ces deux fruits, si vous avez à combattre un flux cœliaque. Ainsi la décoction de graine de lin, qui est douce et mucilagineuse, peut très-bien remplacer, dans certains cas, la décoction de racine de guimauve.

Autres exemples d'épilogisme et d'analogisme : Si un malade éprouvait dans la région hypogastrique des douleurs parfois très-aiguës, parfois moins vives, revenant à des intervalles irréguliers et disparaissant quelquefois entièrement; si ces douleurs étaient exaspérées par la marche, et surtout par l'équitation; si chez le même malade l'émission des urines s'interrompait parfois subitement pour recommencer après une pause plus ou moins longue; si une sonde métallique introduite par l'urèthre jusque dans la vessie faisait percevoir une sensation de frottement contre un corps rugueux et solide, ce concours de circonstances autoriserait le médecin à penser qu'un calcul vésical est la cause probable de tous les accidents précités. De même, si on découvrait sur le crâne d'un homme devenu maniaque accidentellement, des cicatrices avec une dépression des os, il serait permis de conjecturer qu'une plaie de la tête a été la cause occasionnelle de la manie. Enfin, si un individu avait été mordu par un chien sur lequel on ne pourrait avoir aucun renseignement; quoique sa plaie ne présentât aucun caractère particulier, il serait prudent de la traiter comme une plaie envenimée, parce que l'observation apprend que la mor-

sure d'un chien enragé ressemble tout à fait à celle d'un autre chien, et que, dans le doute, il vaut mieux prendre le parti le plus sûr.

Définitions des empiriques.—Comme ces médecins rejetaient absolument les causes latentes et les propriétés dites essentielles, élémentaires ou primitives, ils ne pouvaient admettre les définitions des dogmatiques, lesquelles sont basées pour la plupart sur la prétendue essence des choses ou sur leur cause prochaine et occulte. Ils les remplaçaient donc par de simples descriptions nommées hypotyposes, qui consistent dans une énumération abrégée des qualités sensibles des objets. Ainsi, au lieu de définir la fièvre avec Galien, un feu contre nature fixé sur le cœur ou avec Asclépiade un mouvement accéléré du sang occasionné par l'obstruction des pores, ou avec Erasistrate une affection provenant du passage du sang des veines dans les artères, ils disaient : La fièvre est une affection qui se manifeste par l'accélération du pouls, l'augmentation de la chaleur, accompagnée souvent de soif. Tandis que Galien faisait consister la santé dans le juste tempérament du chaud, du froid, du sec et de l'humide, pour les parties similaires, dans l'exacte proportion, le nombre et la situation convenables des parties composées, et dans le parfait mélange des humeurs; les empiriques disaient tout simplement qu'un homme était censé se bien porter, quand il jouissait de l'exercice complet de toutes ses fonctions.

Scolie. — Je ferai remarquer, à propos des définitions, que la doctrine des anciens empiriques se rapproche singulièrement de celle des sensualistes modernes. Les empiriques rejetaient les causes occultes, les propriétés dites essentielles ou primitives; ils niaient que nous pussions

connaître la nature intime des choses, c'est-à-dire ce que les choses sont en elles-mêmes. Ils prétendaient que nous ne pouvons saisir que les rapports des choses avec nous et les rapports des choses entre elles, parce que ces rapports sont des sensations et que toutes nos connaissances viennent des sens. Ils voulaient que nos jugements et nos raisonnements en fait de médecine ne dépassassent jamais la limite que nos sens peuvent atteindre. Enfin, ils remplaçaient les définitions par de simples descriptions, ainsi que le pratiquent les sensualistes modernes. (Voy. *l'Art de penser* de Condillac, première partie, chap. 8 et 10.)

Anatomie, physiologie. — On reproche aux empiriques d'avoir négligé l'anatomie et la physiologie. Cependant plusieurs croient que ce reproche est exagéré; que les empiriques ne contestaient pas absolument l'utilité de ces deux branches de la science médicale; mais qu'ils les regardaient comme accessoires et qu'ils mettaient avant tout l'observation clinique. Il est difficile de savoir au juste la vérité sur ce point, attendu que nous ne connaissons les opinions des empiriques que sur le rapport de leurs adversaires. Il paraît peu vraisemblable que les disciples des deux plus grands anatomistes de l'antiquité aient nié l'importance des découvertes de leurs maîtres. Quoi qu'il en soit, si les coryphées de l'empirisme ont commis cette hérésie médicale, ils sont d'autant plus coupables qu'elle est en contradiction flagrante avec le principe fondamental de leur doctrine. Comment des philosophes qui faisaient dériver toutes les idées des sensations pouvaient-ils déprécier l'anatomie, la seule des branches de la médecine qui ne doive presque rien au raisonnement, et qui tire, au contraire, toutes ses lumières de l'observa-

tion ? D'ailleurs, la nécessité des connaissances anatomiques pour l'exercice de la chirurgie n'est-elle pas évidente? Quant à la physiologie, les anciens empiriques sont un peu plus excusables de l'avoir dédaignée, parce que de leur temps cette science ne se composait en général que de longues dissertations sur le principe de la vie, les éléments du corps, la cause première de la génération, et une foule d'autres mystères tout aussi impénétrables. Mais, à côté de cette physiologie transcendentale et creuse, il s'en élevait une autre moins ambitieuse, qui, suivant l'anatomie pas à pas, se bornait à décrire les fonctions des organes, dont celle-ci traçait la forme, la situation et la contexture. Cette dernière physiologie, que j'ai appelée organique pour la distinguer de l'autre, est éminemment utile, je dirai même indispensable au pathologiste et au praticien.

Thérapeutique. — Dans les siècles les plus reculés, on ne connaissait, avons-nous dit, aucun axiome de thérapeutique. Quand un traitement avait eu des succès contre certaines maladies, et qu'il se présentait ensuite d'autres cas analogues ou qui paraissaient tels, on employait le même traitement, sans se rendre compte si on agissait en vertu d'un principe ou non. La conduite de ceux qui exerçaient la médecine dans ces temps primitifs était purement instinctive ; mais, si l'on réfléchit bien, on trouvera que cet instinct avait pour fondement un axiome infaillible, que nous avons déjà énoncé ailleurs, et qu'il est bon de reproduire ici : Toute médication qui a guéri un cas de maladie guérira les cas analogues au premier (1).

(1) Voyez Période Mystique, au titre Thérapeutique (*Revue Medicale*, 1814, p. 196. T. 1).

Cet axiome n'a pas besoin de démonstration; son évidence frappe, comme celle d'un axiome de mathématique. Cependant Hippocrate et ses disciples crurent devoir lui en substituer un autre, non pas plus sûr, mais qu'ils jugèrent d'une application plus facile en médecine; en conséquence, ils proclamèrent le principe suivant, qui fut adopté presque unanimement, et qui est encore invoqué aujourd'hui par la plupart des médecins : *les maladies guérissent par leurs contraires*.

Nous avons, il est vrai, signalé précédemment deux livres de la collection Hippocratique même, dont les auteurs, sans contredire cet axiome, nient qu'il soit applicable à tous les cas de guérison. Ces auteurs affirment que certaines affections ont été guéries par leurs semblables, et que d'autres l'ont été par des remèdes qui ne paraissent ni semblables, ni contraires à la nature de la maladie (1).

Les empiriques allèrent beaucoup plus loin : ils prétendirent que la nature intime des maladies, ainsi que leurs causes prochaines ou essentielles, étant impénétrables, on ne pouvait espérer de découvrir l'espèce de rapport qui existe entre cette nature ou ces causes, et l'action d'un remède quelconque. La saignée, disaient-ils, guérit certaines inflammations et en exaspère d'autres. L'expérience nous l'apprend; mais qui aurait pu prévoir ce résultat? Quel rapport y a-t-il entre la soustraction d'un liquide nécessaire à la vie et la résolution d'une phlogose? une petite dose d'opium souvent fait dormir; et une dose plus forte

(1) *Traité de l'ancienne Médecine* du § 10 au § 20 inclusivement. Traité des lieux dans l'homme. § 67, 68, 69, 70.

Nota. Tous les médecins connaissent cet aphorisme, un vomitif guérit quelquefois le vomissement.

cause de l'insomnie. Y a-t-il donc opposition entre deux quantités inégales d'une même substance, pour qu'elles produisent deux effets contraires? Le vin pris outre mesure plonge dans un sommeil léthargique certains individus; il provoque chez d'autres un délire furieux. Est-il semblable à la nature des premiers et contraire à la nature des seconds, ou *vice versa*?

Ceux qui prétendent qu'il faut connaître l'essence d'une maladie, avant de la traiter, devraient au moins s'accorder sur cette essence. Cependant si vous demandez à quelques-uns de ces médecins en quoi consiste la nature d'un phlegmon : Celui-ci vous répondra que c'est une tumeur causée par la chaleur excessive du sang; celui-là par l'âcreté de la bile; un troisième par le resserrement des pores; un quatrième, par l'extravasation du sang; etc. Mais en attendant que la dispute soit terminée, si elle l'est jamais, quel guide faudra-t-il prendre pour traiter une tumeur de cette espèce? Il est évident qu'il n'y en a pas d'autre que l'expérience, l'expérience qui nous enseigne seule la conduite que nous devons tenir en pareil cas.

Tout ce qu'on peut affirmer d'un traitement qui s'est montré efficace contre une maladie, c'est qu'il procurera le même succès à l'avenir, si on l'emploie contre le même concours de phénomènes pathologiques. Ainsi donc l'important, l'essentiel, pour préciser les indications curatives autant que possible, c'est de bien observer et de bien décrire les phénomènes pathologiques.

Comme, nonobstant la divergence de leurs théories, les praticiens d'une même époque employaient tous à peu près les mêmes moyens de guérison, les empiriques concluaient de là qu'en définitive tous se conduisaient d'après l'expé-

rience qui varie peu, tandis que les explications théoriques se contredisent incessamment.

Corollaire. Au reste, la question que nous agitons en ce moment est une des plus intéressantes et des plus épineuses de la médecine. Elle constitue le fondement de la thérapeutique ou de l'art proprement dit. Elle a été à diverses époques le sujet de longs débats; elle ne peut donc manquer de se représenter plus d'une fois dans le cours de cette histoire et notamment à propos des théories modernes. Il n'est donc pas temps encore de la discuter à fond. Je dirai seulement par anticipation qu'une maladie n'est jamais le résultat d'une influence unique.

Prenons pour exemple, plusieurs individus blessés de la même manière par un instrument tranchant, à la même région du corps. Voilà une affection très-simple : néanmoins il est probable qu'elle n'aura pas chez tous le même cours, à cause des dispositions individuelles qui sont différentes. Ainsi, dans les cas les plus simples, une maladie est toujours soumise à plusieurs influences simultanées ou successives; en sorte qu'on peut la regarder comme une résultante de plusieurs forces. Or, pour neutraliser les mauvais effets de cette résultante, il n'est pas toujours nécessaire de l'anéantir, en lui opposant une puissance directement contraire et d'une énergie égale ou supérieure; on conçoit qu'il suffit ordinairement de changer la direction de cette résultante ou son intensité, en modifiant une seule ou quelques unes des forces composantes.

Origine de l'empirisme philosophique ou raisonné. — Quelques auteurs pensent que l'empirisme est une déduction de la doctrine sceptique ou pyrrhonienne. Galien semble partager cet avis, lorsqu'il conseille au médecin empirique

d'imiter la conduite modeste du philosophe pyrrhonien ; de se montrer, comme lui, simple, sincère, exempt d'ambition, cherchant à prouver l'excellence de sa doctrine par une pratique habile et heureuse, plutôt que par de longs discours (1). Curt Sprengel adopte là-dessus le sentiment de Galien, et assure que l'empirisme médical est une conséquence, un embranchement du scepticisme philosophique (2). Cependant Sextus-Empiricus médecin philosophe, qui vivait au commencement du troisième siècle de l'ère chrétienne, et qui a laissé une explication apologétique de la doctrine pyrrhonnienne, nie qu'il y ait entre cette doctrine et l'empirisme l'analogie que beaucoup de personnes croient y apercevoir (3).

Cette divergence d'opinions m'oblige à jeter un coup d'œil comparatif sur les deux systèmes : 1° le philosophe pyrrhonien reste dans le doute sur toutes choses; parce qu'il existe, selon lui, des raisons égales pour l'affirmative et pour la négative dans toutes les questions. L'Empirique rejette les jugements qui ne dérivent pas immédiatement des sensations; mais il admet la certitude de fait, la vérité d'observation. 2° Le philosophe pyrrhonien reconnaît aussi qu'il y a des sensations qui nous plaisent et d'autres qui nous répugnent; il convient, par exemple, que le miel est doux au goût; que la douleur nous importune. Mais si on lui demande en quoi consiste l'essence de la saveur douce et de la douleur, il avoue ingénument son ignorance et répond qu'il n'en sait rien. L'Empirique est d'accord en

(1) *De Subfiguratione empiricâ*, cap. XIII.
(2) *Histoire de la Médecine*, sect. 4e, chap. 4e, trad. de M. Jourdan, t. I, p. 469 et suiv.
(3) Sext. Empir. Pyrrhon. Hypotyp. Lib. I, cap. 34

ceci avec le Pyrrhonien ; il confesse qu'il ignore complétement l'essence des choses ; mais il affirme de plus que cette essence est impénétrable; parce qu'elle échappe à l'appréciation des sens. Le dogmatique, au contraire, n'hésite pas à donner l'explication de cette essence; il vous dira que la douleur provient de la disjonction des éléments (1) ; que la saveur douce dérive du mélange tempéré du chaud et du froid, du sec et de l'humide (2). 3° Le Pyrrhonien est naturellement porté à l'inaction, ne voyant jamais de motif déterminant pour prendre un parti; en médecine il suivra de prédilection la méthode expectante. L'Empirique fait au contraire une médecine généralement active : convaincu de la vérité des règles de son art qu'il croit déduites d'observations exactes et répétées, il n'hésite pas à les mettre en pratique.

Ce parallèle sommaire des deux doctrines prouve que, s'il existe entre elles quelque similitude, il existe aussi des différences capitales, qui empêchent de les regarder comme provenant d'une source commune. D'autre part, en suivant avec attention les phases de cette histoire, il est facile de remarquer que l'empirisme a une origine purement médicale : nous avons vu d'abord les médecins des temps primitifs suivre par instinct la méthode empirique; plus tard, Acron d'Agrigente, contemporain de Pythagore, affirme que l'expérience est le seul vrai fondement de l'art de guérir. Hippocrate lui-même, tout en s'efforçant de rattacher sa doctrine médicale aux dogmes pythagoriciens, n'en proclame pas moins dans mainte circonstance la su-

(1) Hippocrate et Galien.
(2) Galien.

prématie de l'observation sur la théorie, et il se montre dans ses relations cliniques plus soigneux de rapporter fidèlement les faits que de justifier sa théorie.

Les progrès surprenants de l'anatomie et de la physiologie, durant les premiers siècles de l'institut Alexandrin, ayant ébranlé plusieurs points de la doctrine hippocratique la confiance qu'elle inspirait s'affaiblit. Alors on hasarda, pour expliquer les fonctions de l'économie animale, une foule de spéculations nouvelles qui s'entre-détruisaient les unes les autres. Au milieu de cette anarchie les praticiens sages, à qui l'expérience démontrait chaque jour l'utilité de certains remèdes, durent chercher naturellement dans l'expérience même, une arme contre les variations incessantes des dogmatiques et contre l'incertitude stérile des sceptiques.

Si maintenant on demande à quelle doctrine philosophique se rattache l'empirisme médical, il n'est aucun de nos lecteurs qui ne soit en état de répondre qu'il se lie intimement à la philosophie des sensations, philosophie dont Aristote a posé le fondement, mais qu'il a délaissée presque aussitôt, pour tracer les règles de la métaphysique et de la logique du rationalisme. En effet, ce philosophe trompé par une observation superficielle, assure que les idées générales sont les premières qui se forment dans notre esprit par l'entremise des sens, et qu'elles constituent le principe, le commencement des sciences. Or les métaphysiciens modernes ont démontré que les sensations ne nous donnent que des idées individuelles, et que les idées générales, étant le résultat d'une opération de l'entendement qu'on nomme abstraction, se forment les dernières; d'où il suit, que, loin d'être la pierre fondamentale de l'édifice

scientifique elles en sont la clé de voûte, le couronnement.

Les empiriques adoptèrent la base posée par le chef des péripatéticiens(1) ; mais, au lieu de s'égarer, comme lui, en cherchant d'abord les généralités de la science, mal à propos nommées principes, ils se bornèrent à recueillir soigneusement des faits et à les décrire avec exactitude, afin d'en déduire des règles pratiques. On voit qu'ils posèrent les véritables fondements de l'art; mais en ne s'efforçant pas de s'élever jusqu'aux généralités les plus abstraites, jusqu'aux axiomes les plus universels, ils laissèrent leur œuvre imparfaite, sans indiquer même à leurs successeurs le but final vers lequel ils devaient diriger leurs travaux.

Progrès de l'Empirisme. — La doctrine empirique prit d'abord une extension rapide : nous avons déjà cité les noms de trois auteurs célèbres qui la professaient vers l'époque de sa fondation. Galien en cite un plus grand nombre, dont plusieurs avaient beaucoup écrit, mais dont les ouvrages sont perdus pour nous. Il paraît qu'au temps même de cet écrivain, la qualification d'empirique n'était pas encore une injure, et que des hommes bien placés dans l'estime publique ne faisaient pas difficulté de s'en décorer. Galien, qui n'a pas coutume de flatter ses adversaires et qui accable de mépris les méthodistes, parle des empiriques avec beaucoup d'égards; il avoue plus d'une fois, en combattant leur système, que leurs raisons

(1) Dans un passage précédemment cité, Aristote dit formellement que les sensations engendrent les idées et la mémoire, d'où naît ensuite l'expérience, mère commune des sciences et des arts.

l'ébranlent (1). Nous avons vu que le méthodiste Aurélianus traitait quelques uns d'entre eux en termes très-honorables. Enfin l'éclectique Celse les juge encore plus avantageusement.

Quant aux modernes qui se sont donné la peine d'approfondir les anciennes doctrines, ils ont presque tous admiré l'économie sage et ingénieuse du système des empiriques. Je citerai entre autres les historiens Daniel Leclerc et Curt Sprengel. Ce dernier s'exprime en ces termes dans un passage, qui n'est pas le seul où il fasse l'éloge de l'empirisme : « Je vois dans tous ces principes les preuves les plus évidentes de la grande sagacité et du jugement sain des anciens empiriques. Certainement ils étaient plus animés du vrai génie de la médecine que la plupart de leurs prédécesseurs (les dogmatiques), livrés à de vagues théories (1). »

Les circonstances au milieu desquelles le système de l'empirisme fut proclamé étaient des plus favorables à sa propagation. Les théories médicales étaient tombées, comme nous l'avons vu, dans la confusion. Tous les principes, toutes les opinions, toutes les méthodes étaient remis en question. Les découvertes récentes de l'anatomie, l'introduction d'une quantité considérable de médicaments nouveaux, dont les propriétés étaient encore indéterminées, la fureur des disputes philosophiques qui allait croissant, tout cela avait ébranlé les antiques dogmes; sans substituer à leur place rien de meilleur, rien qui eût l'as-

(1) Galen. *De Subfiguratione empiricâ*, cap XIII et passim.

(2) *Histoire de la Médecine*, sect. 4e, chap. 4e, traduction de M. Jourdan, t. I. p. 476.

sentiment général. Au milieu de semblables conjonctures, une doctrine qui promettait de mettre un terme aux variations perpétuelles du dogmatisme et de fixer l'incertitude stérile du scepticisme en s'appuyant uniquement sur l'évidence de fait, une telle doctrine dut être accueillie avec enthousiasme, surtout par les praticiens à qui l'expérience journalière démontrait l'inutilité de la dialectique pour l'avancement de la médecine.

Décadence du système des empiriques. — On ne tarda pas à s'apercevoir que l'empirisme, quoique fondé sur l'observation pure, ne faisait point cesser les dissidences d'opinions ni les incertitudes; car, si le rationalisme, qui procède du général au particulier est sujet à des déceptions, la méthode expérimentale ou le sensitisme, qui va du particulier au général, a aussi ses tâtonnements. D'ailleurs les anciens empiriques, en s'arrêtant aux généralités secondaires, sans s'efforcer de remonter jusqu'aux premiers principes, ou pour mieux dire, jusqu'aux axiomes définitifs, ressemblaient à des ouvriers qui s'interrompraient au milieu de la construction d'un édifice. Enfin, le plus grand tort de l'empirisme, aux yeux de l'antiquité, c'était de ne s'attacher à aucune théorie philosophique alors connue. Une telle doctrine avait pu séduire les praticiens par sa simplicité apparente; mais elle ne pouvait satisfaire les esprits spéculatifs. Elle n'avait donc pas les conditions de vie requises par le monde savant de cette époque. Aussi sa chute fut-elle complète : l'empirisme a été honni pendant des siècles, et son nom est devenu synonyme du mot ignorance. Cependant, nous le verrons se relever de cette longue humiliation, et aspirer même témérairement sous le

nom de méthode expérimentale, à la domination universelle des sciences, quand les travaux de Bacon, Loke et Condillac auront débrouillé un peu sa métaphysique.'

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

TRAITEMENT DE LA LEUCORRHÉE.

Nouvelles remarques sur l'emploi de l'alcoolé tannique dans le traitement de la leucorrhée et des ulcères du col de l'utérus, par le docteur Gibert, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

La *Revue Médicale* a publié en 1837 une note (insérée aussi dans le *Bulletin de Thérapeutique*), sur une préparation de noix de galle, que j'avais expérimentée avec succès dans le traitement des écoulements et des ulcères de la matrice.

Je rappellerai en peu de mots le *modus faciendi* de cette préparation pharmaceutique modifiée et perfectionnée par M. Boutigny, et que nous désignons depuis plusieurs années sous le nom d'*alcoolé tannique*.

On introduit dans un assez grand appareil à déplacement huit livres de poudre grossière de noix de galle ; cette poudre étant légèrement tassée et recouverte d'une lamelle cribleuse en zinc, on verse dessus cinq litres d'alcool à 33°. Le liquide pénètre la masse couche par couche, successivement, et reste en contact avec la poudre pen-

dant trois ou quatre jours, après quoi on le laisse écouler par le robinet inférieur. Cette opération est répétée trois et quatre fois, avec une nouvelle addition d'alcool, jusqu'à ce que la poudre soit bien épuisée. Quinze litres d'alcool suffisent pour cela; alors on remplace l'alcool par l'eau, qui ajoutée à la quantité de cinq ou six litres, déplace et chasse au-dessous d'elle l'alcool que retient la poudre.

L'épuisement par l'alcool étant terminé, tout ce liquide est réuni dans le bain-marie d'un alambic pour être distillé, et cette distillation permet de recueillir environ quatorze litres d'alcool sur les quinze employés dans l'opération. Reste dans le bain-marie, après la distillation, un extrait sur lequel, encore chaud, on verse deux litres d'alcool. La solution opérée, on aromatise avec les essences de bergamotte, citron, lavande, etc., et la teinture alcoolique de benjoin: on laisse ensuite refroidir en repos, puis l'on filtre au papier. La filtration terminée fournit une liqueur brune, limpide, astringente et aromatique, qui est notre *alcoolé tannique*. (Voir le tome I. 1837, de la *Revue*, page 100).

Cette liqueur s'emploie en injections, dans la proportion d'un huitième environ sur sept huitièmes d'eau; c'est la proportion la plus élevée dont je me sois servi. J'ai soin que les femmes se servent d'une canule de gomme élastique à une seule ouverture, de manière à ce que le jet du liquide pénètre bien dans la profondeur du vagin et vienne encore frapper avec une certaine force le col de l'utérus.

Quelques essais faits sur l'homme m'ont prouvé que ces injections étaient des plus efficaces contre la *blennorrhée*; mais c'est surtout dans les écoulements des femmes que

je les ai employées en grand, et j'avoue que je crains leur action très-fortement astringente sur le canal de l'urètre de l'homme.

Parmi les faits nombreux soumis à mon observation depuis près de neuf ans que j'emploie ce remède, je choisirai quelques exemples relatifs à la blennorrhagie, aux ulcères vénériens ou autres du col de l'utérus et à la leucorrhée.

1° *Suite de blennorrhagie et ulcère granulé du col de l'utérus.* — Une jeune femme, sans enfants, mariée depuis plusieurs années à un homme de mœurs relâchées et qu'elle soupçonnait de l'avoir infectée au retour d'un voyage, présentait un écoulement semi-purulent, *uréthral* et *utérin* (sans inflammation notable du vagin) et un ulcère rond, grisâtre, grenu, bien circonscrit, occupant à peu près toute l'étendue du museau de tanche (d'ailleurs petit et virginal). La maladie datait pour elle de plus d'une année; mais, sur ce point, nous avons dû nous en rapporter à son dire. Les injections d'alcoolé tannique et l'usage intérieur de notre *sirop de deuto-iodure ioduré* avaient dissipé tous les phénomènes morbides dans l'espace de cinq semaines. Je conseillai toutefois la continuation des injections, matin et soir, pendant quinze jours, et du sirop pendant un mois. La malade examinée de nouveau au *speculum*, au bout de ce temps, était radicalement guérie.

2° *Ulcère vénérien du col de l'utérus.* — Ce cas est un des plus curieux et des plus remarquables que l'on puisse citer relativement au degré d'importance que peut acquérir, dans certaines circonstances données, le diagnostic précis des affections utérines.

Il s'agit d'une nourrice, bien portante en apparence et

qui, depuis environ deux mois, allaitait sans inconvénient un nourrisson de la ville. Pourtant, une éruption squameuse qui existait autour de la ceinture, et que cette femme attribuait à la pression du corset, avait été découverte par hasard et avait fixé l'attention du médecin de la maison. Une consultation eut lieu pour fixer la nature de cette éruption; mais on resta dans le doute. Appelé à mon tour à porter un jugement, je n'osai pas non plus me prononcer; mais j'insistai sur la nécessité d'examiner le col utérin, vu qu'il existait, de l'aveu de la nourrice, un peu de flueurs blanches et que l'on s'était borné jusque-là à l'examen des parties génitales externes. Le *speculum* introduit fit reconnaître un ulcère rond, grenu, bien limité et occupant les deux lèvres du museau de tanche.

Bientôt nous pûmes remonter à l'origine du mal en retrouvant l'amant de cette femme, qui, lui-même, était affecté d'une *syphilide* et qui reconnut avoir pu infecter cette malheureuse en la rendant grosse.

Dès lors elle fut séparée de son nourrisson et soumise à notre traitement spécial par le *sirop de deuto-iodure ioduré.* Après deux mois de traitement la guérison était complète; les injections à l'*alcoolé tannique* ayant été négligées dans les premiers temps, l'éruption cutanée avait déjà cédé que l'ulcère du col ne manifestait encore aucune tendance à la cicatrisation : employées ensuite, quoique avec assez de négligence par la malade, elles eurent pour effet la dessiccation rapide de la surface ulcérée et favorisèrent évidemment la résolution.

3° *Ulcère atonique du col de l'utérus et leucorrhée.* — Madame B., âgée d'une trentaine d'années, pâle, amaigrie, épuisée par les peines physiques et morales, accou-

chée depuis dix-sept mois, était restée souffrante depuis cette époque et voyait sa santé s'altérer tous les jours davantage.

L'utérus descendu, mobile, col dirigé en arrière et à gauche, fournissait en abondance un écoulement blanc, laiteux, qui venait baigner les parties génitales externes; le col volumineux, allongé, irrégulier, lacinié, présentait à sa surface un ulcère irrégulier, fongueux, mou et indolent. Des douleurs gravatives lombaires, hypogastriques et anales coexistaient avec cet état; la malade très-inquiète et très-abattue, éprouvait de la gêne et de la fatigue dans la station. Elle avait en outre une gastralgie assez prononcée.

Un régime tonique, l'usage quotidien des bains de siége et des lavements froids, les injections répétées deux fois le jour avec l'*alcoolé tannique*, amenèrent en peu de temps une amélioration très-marquée. Les injections notamment produisirent sur l'état local une modification presque surprenante. Au bout d'un mois, en effet, on trouvait les parties externes et le vagin resserrés, le col utérin dégorgé et remonté, le flux laiteux réduit à des proportions minimes et transformé (comme cela arrive ordinairement à la suite des injections tanniques) en une sorte de pseudo-membrane concrète apparaissant à l'entrée du museau de tanche; l'ulcère irrégulier qui avait envahi les deux lèvres du col, desséché et presque entièrement cicatrisé, ne laissait plus apercevoir que quelques bourgeons granuleux isolés. Le traitement fut continué avec persévérance, et j'ai revu la malade complétement guérie au printemps de l'année suivante (j'avais été consulté pour la première fois au mois de mars 1842).

4° *Ulcère fongueux de l'utérus avec engorgement du col et prolapsus ; leucorrhée.* — Une dame, mère de plusieurs enfants, lymphatico-sanguine et ayant acquis un embonpoint rapide depuis la cessation des règles qui avait eu lieu deux ans auparavant, portait depuis six mois des éponges, qu'elle introduisait journellement dans le vagin pour contenir un prolapsus utérin très-incommode En dernier lieu, un flux leucorrhéique abondant, des douleurs lombaires et hypogastriques, une sensation constante de gêne et de pesanteur dans le vagin, l'avaient fait renoncer à l'usage du corps étranger, qui, d'ailleurs, ne remplissait que très-imparfaitement le but que l'on s'était proposé en l'employant. La marche était devenue à peu près impossible, car elle provoquait la saillie d'une tumeur formée par un prolapsus vaginal à l'entrée de la vulve, et une douleur gravative qui forçait à garder le repos. Des chirurgiens éminents furent consultés et conseillèrent l'usage d'une *ceinture hypogastrique*, qui ne fit qu'augmenter les incommodités habituelles de cette dame, réduite ainsi à renoncer à presque toutes les occupations de la vie sociale.

Ce fut alors, que, consulté à mon tour, j'examinai la malade et constatai les désordres suivants : Tumeur arrondie, formée à l'entrée du vagin par la paroi antérieure de ce canal poussée en bas ; utérus à l'état de prolapsus et dans une antéversion assez prononcée ; col situé en arrière, mais facile à ramener en avant, engorgé, volumineux, très-irrégulier, largement ulcéré dans presque toute l'étendue du museau de tanche ; cet ulcère fongueux, inégal, irrégulier, douloureux au toucher, avait été très-certainement produit par le froissement opéré par les éponges durcies et séchées qui avaient agi comme corps conton-

dant. Un liquide visqueux et glaireux, abondant, s'écoulait de la surface du col.

J'essayai d'abord des douches ascendantes froides qui ne purent être supportées et aggravèrent les douleurs. Après quelques jours de repos, je prescrivis les injections à l'*alcoolé tannique*; et, dans ce cas, les effets du remède furent d'autant plus frappants et d'autant plus faciles à constater, qu'il fut employé seul.

Au bout de peu de jours, la leucorrhée avait presque disparu, le vagin s'était resserré, la marche était devenue possible.

A peine un mois s'était écoulé, que l'ulcère avait été desséché et cicatrisé, le col utérin dégorgé avait repris sa place, et M^me^ *** n'éprouvait presque plus rien des incommodités antérieures. Les bains de siége froids et une saison passée aux eaux salines de Lavey ont consolidé la guérison, qui a été complète et date aujourd'hui de plus de deux ans. C'est un des plus beaux succès que j'aie obtenu de l'emploi de l'*alcoolé tannique*.

5° *Leucorrhée et uréthrite purulentes, suites de blennorrhagie.* — Une dame lymphatico-sanguine, assez chargée d'embonpoint, traitée pendant longtemps par feu *Cullerier*, neveu, qui avait pratiqué sans succès un grand nombre de cautérisations des parties avec la pierre infernale et la solution de nitrate d'argent, était affligée depuis près de trois ans d'un écoulement qui la désespérait et qu'elle regardait comme incurable. Une suppuration abondante sortait du méat urinaire rougi, induré, douloureux, et du museau de tanche examiné au spéculum. Le col de l'utérus volumineux, rougi, excorié, un peu induré, était douloureux à la pression, soit du doigt, soit du speculum.

Cette femme, d'ailleurs, d'une santé florissante, éprouvait de la pesanteur dans le bassin et quelques douleurs dans les reins, les cuisses, l'hypogastre.

Découragée par le mauvais résultat des tentatives déjà faites et notamment des cautérisations qui avaient toujours paru plus nuisibles qu'utiles, elle avait bien peu de confiance dans un nouveau traitement.

Pendant plusieurs mois, je me bornai localement à l'usage des bains de siége froids, des injections froides et additionnées de vinaigre rosat; durant l'été, elle prit des bains de rivière, et à l'intérieur le *sirop de deuto-iodure ioduré*. L'écoulement faiblement modifié persistait toujours. Les douches ascendantes froides dont j'ai obtenu si souvent des effets inespérés, ne purent être supportées. C'est alors que j'en vins aux injections à l'*alcoolé tannique*, d'abord employées rarement et à faible dose, parce qu'elles occasionnaient quelques douleurs. Ce nouveau remède eut le succès le plus rapide et le plus remarquable possible; bientôt employé plus hardiment, et continué avec persévérance, il réussit enfin à débarrasser cette femme d'un écoulement, que, moi-même, j'avais été porté à regarder d'abord comme à peu près incurable. Le traitement total ne dura pas moins de dix-huit mois.

6° *Pseudo-blennorrhagie ou leucorrhée purulente constitutionnelle*. — Madame D***, âgée d'une vingtaine d'années, mariée depuis dix-huit mois, d'une constitution lymphatico nerveuse, teint pâle, avait eu dans son enfance des éruptions gourmeuses répétées et prolongées. La cohabitation conjugale avait toujours été douloureuse; le mari était parfaitement sain et très-soigneux de sa personne.

Une éruption abondante se montre durant l'été sur les

cuisses et le ventre; elle paraît avoir été pustuleuse (*ecthyma cachecticum*) et a laissé des cicatrices. A mesure que cette éruption guérit, elle fut remplacée par un écoulement avec quelque acuité au début, et qui persista à l'état purulent. La nature de cet écoulement et l'éruption dont il avait été précédé éveillèrent la sollicitude du médecin ordinaire ; mais il resta bien démontré pour moi qu'il n'y avait pas lieu de soupçonner une infection syphilitique et que nous avions affaire à une affection constitutionnelle scrofuleuse.

La malade amaigrie, affaiblie, découragée, souffrant de l'estomac et digérant mal, vint se faire soigner à Paris, en décembre. Pendant près de trois mois, le traitement se composa ainsi qu'il suit :

1° Régime tonique et substantiel ;

2° Une ou deux fois la semaine, lorsque le temps ne sera pas trop rigoureux, bain sulfureux avec douche ascendante en injection dans les dernières dix minutes du bain ;

3° Chaque jour, matin et soir, un bain de siége frais et une injection froide avec addition d'acétate de plomb liquide.

4° Mixture iodurée, formulée de manière à ce que tous les matins la malade prît (comme anti-scrofuleux) un gramme d'iodure de potassium.

Il fallut en outre combattre la constipation à laquelle la malade était sujette, par des lavements laxatifs, l'eau de Bussang aux repas, les pilules d'aloës, etc.

Ce traitement rétablit les fonctions de l'estomac et la santé générale, mais n'eut que peu ou point d'influence sur l'écoulement. Celui-ci restait mucoso-purulent, fourni

en abondance par la cavité du col utérin (d'ailleurs sain et virginal, quoique rougi, ainsi que le fond du vagin, par le contact du liquide qui baignait sans cesse ces parties). La matière de l'écoulement paraissait entre les grandes lèvres, dès qu'on les écartait, et s'introduisait, par refoulement, dans le méat urinaire, en sorte qu'on aurait pu croire, à la première vue, à une complication d'*uréthrite* qui n'existait réellement pas.

J'employai alors les injections à l'*alcoolé tannique*, et presque aussitôt l'écoulement parut supprimé, du moins aux yeux de la malade, sans aucun inconvénient pour la santé générale.

Un nouvel examen des parties, fait après un mois environ de l'emploi de ce remède énergique, me fit reconnaître en effet que l'écoulement purulent si abondant que j'avais encore vu le mois précédent, était réduit à un très-léger flux leucorrhéique clair et visqueux, comme en ont beaucoup de femmes lymphatiques qui n'y font d'ailleurs aucune attention.

Ce petit nombre de faits choisis entre une multitude d'autres, dont plusieurs aussi concluants et aussi remarquables, suffira, je pense, pour appeler l'attention des praticiens sur un remède à la fois héroïque et inoffensif, mais que je suis loin, bien entendu, de proclamer comme un *spécifique*.

Les affections utérines, dont on a, depuis une vingtaine d'années, si ridiculement exagéré la fréquence et l'importance, se réduisent chez la plupart des femmes qui ne sont atteintes ni de cancer, ni de tumeurs de diverse nature : 1° Ou à des maladies *vénériennes* (ulcères, soit *primitifs* soit *consécutifs* du col de l'utérus, ou suites de *blen-*

norrhagie), 2° ou à des *leucorrhées*, qui tantôt ne sont qu'un épisode insignifiant d'un état général auquel le médecin doit ses principaux soins, et tantôt ont au contraire une influence prédominante qui peut devenir la source de divers accidents nerveux plus ou moins généraux, ou se borner à déterminer des incommodités locales. A cette dernière catégorie doivent encore être rapportés ces cas de congestion passive du col, d'ulcères accidentels, de prolapsus utérin, qui se rattachent le plus ordinairement aux suites de l'accouchement.

Eh bien! dans tous ces cas, l'*alcoolé tannique*, soit comme adjuvant, soit comme remède principal, est un remède topique dont les avantages ne sauraient être révoqués en doute, et sur lequel je n'hésite pas à appeler de nouveau l'attention de mes confrères.

MÉMOIRE

SUR LES PHÉNOMÈNES PHYSIOLOGIQUES QU'ON OBSERVE EN S'ÉLEVANT

A UNE CERTAINE HAUTEUR DANS LES ALPES;

PRÉSENTÉ A L'ACADÉMIE DES SCIENCES,

PAR A. LE PILEUR, D. M. (1).

C'est un fait généralement admis, que lorsqu'on s'élève dans l'atmosphère, on éprouve à des hauteurs différentes,

(1) Ce mémoire nous rappelle avec quel intérêt, l'été dernier, au milieu des préoccupations politiques, on cherchait tous les jours dans les journaux quelques nouvelles de l'ascension au Mont-Blanc, entreprise par MM. Bravais, le Pileur et Ch. Martins, qui l'ont exécutée avec autant d'habileté que de courage et de persévérance. La *Revue médicale* s'honore de compter parmi ses collaborateurs, deux de ces savants et intrépides expérimentateurs. A ce titre elle devait accueillir avec empressement et recommander à l'attention de ses lecteurs le travail de M. le Pileur, qui fait connaître seulement la partie physiologique et médicale de l'expédition, les observations de physique et d'histoire naturelle étant réservées pour d'autres mémoires. (N. R.)

suivant les individus, un trouble, ou tout au moins une modification dans l'accomplissement de certaines fonctions.

Dans l'ascension aérostatique qu'ils exécutèrent ensemble en 1804, MM. Biot et Gay-Lussac, à 2,622 mètres de hauteur absolue, n'éprouvaient ni froid, ni gêne dans la respiration, ni malaise d'aucune sorte; parvenus à 4,000 mètres, ils redescendirent, parce que, n'ayant plus de lest à jeter, ils ne pouvaient s'élever davantage. M. Biot ne signale aucun malaise, aucun accident comme étant survenu dans ce voyage.

Deux oiseaux, un verdier et un pigeon, lâchés à la hauteur de 3,400 mètres, descendirent en se laissant tomber les ailes étendues (1).

Nous donnerons plus loin l'observation du pouls faite dans cette ascension.

En septembre de la même annnée 1804, et peu de temps après son premier voyage, M. Gay-Lussac s'éleva seul, en six heures, à 6,997 mètres. « Quoique bien vêtu, je commençais, dit l'illustre observateur, à sentir le froid, surtout aux mains; ma respiration était sensiblement gênée, mais j'étais encore bien loin d'éprouver un malaise assez désagréable pour m'engager à descendre. Mon pouls et ma respiration étaient très-accélérés. J'avais le gosier si sec, qu'il m'était impossible d'avaler du pain. (La sécheresse de l'atmosphère était telle, que la boîte de la boussole d'inclinaison s'était déjetée au point de fausser le cercle de l'instrument.) Avant de partir, j'avais un léger mal de tête, que je gardai toute la journée sans m'apercevoir qu'il augmentât. Ce sont là toutes les incommodités que j'ai éprouvées (2). »

(1) Relation de M. Biot, *Journal de Physique*, année 1804, tom. 2.
(2) *Annales de chimie et de physique*, tom. 52.

On observe des faits analogues quand on gravit les montagnes; mais différentes causes, et entre autres l'action musculaire à laquelle on se livre alors, viennent modifier les phénomènes, et les rendent plus sensibles et plus compliqués.

Ces phénomènes ont été observés dans les montagnes, à différentes hauteurs, par des savants illustres et par un certain nombre de voyageurs étrangers à la science, mais dont le témoignage n'est pas sans importance dans une question où il s'agit surtout de rapporter avec exactitude les sensations qu'on a éprouvées.

Dans son *Historia natural de las Indias*, ouvrage écrit à l'époque de la conquête espagnole, Acosta parle d'un *mal de montagnes* comparable au mal de mer. Remarquons en passant qu'à cette époque les Espagnols, dans leurs marches purement stratégiques, atteignaient à peine le niveau des neiges permanentes.

Bouguer et La Condamine séjournèrent trois semaines dans une cabane construite par eux à 4750 mètres sur le Pichincha. Pendant leur ascension à cette montagne, un Espagnol qui les accompagnait tomba en faiblesse, au rapport de La Condamine, et fut obligé de se faire transporter dans une grotte voisine, où il passa la nuit. La Condamine ne dit pas avoir souffert en montant, et pendant le séjour il n'éprouva aucune difficulté à respirer; seulement ses gencives saignaient, ce que Bouguer considéra comme un symptôme scorbutique produit par le froid assez intense qui régnait à cette hauteur (1).

En parlant de cette même expédition, et après avoir in-

(1) La Condamine, Voyage à l'équateur.

diqué la hauteur absolue de Quito, Bouguer s'exprime ainsi : « Nous nous sommes trouvés d'abord considérablement incommodés de la subtilité de l'air. Ceux d'entre nous qui avaient la poitrine plus délicate sentaient davantage la différence, et étaient sujets à de petites hémorrhagies... Je n'ai pas remarqué dans mon particulier que cette incommodité augmentât beaucoup lorsqu'il nous est arrivé ensuite de monter plus haut, peut-être parce que je m'étais déjà fait au pays... Plusieurs d'entre nous, lorsque nous montions, tombaient en défaillance, et étaient sujets aux vomissements. Mais ces accidents étaient plus l'effet de la lassitude que de la difficulté de respirer ; ce qui le prouve, c'est qu'on n'y était jamais exposé lorsqu'on allait à cheval ou lorsqu'on était une fois parvenu au sommet, où l'air était cependant encore plus subtil. Je ne nie pas que cette grande subtilité ne hâtât la lassitude et ne contribuât à faire augmenter l'épuisement, car la respiration y devient extrêmement pénible ; pour peu qu'on y agisse, on se trouve tout hors d'haleine par le moindre mouvement ; mais ce n'est pas la même chose aussitôt qu'on reste dans l'inaction (1). »

M. de Humboldt a donné, dans les *Nouvelles Annales des voyages*, 3e série, tome 20, des détails circonstanciés sur les effets physiologiques observés par lui lors de sa tentative d'ascension au Chimborazo. Sur le pic de Ténériffe, à 3710 mètres, il n'avait éprouvé ni gêne dans la respiration ni malaise d'aucune sorte, non plus que M. Heberden, qui l'accompagnait. Après un long séjour sur le pla-

(1) Bouguer, la figure de la terre... (Avant-propos intitulé *Voyage au Pérou*).

teau de Quito, il resta quelque temps avec ses compagnons de voyage, MM. de Bonpland et Carlos Montufar, dans la plaine de Tapia (2890 mètres), passa ensuite une nuit à Calpi, (3157 mètres,) et le 23 il commença à s'élever sur les gradins inférieurs de la montagne ; il monta à mulet jusqu'à 3800 mètres. A 4385 m. il rencontra de la neige fraîchement tombée; enfin, il parvint à 5574 m. sans avoir souffert, non plus que ses compagnons. Les Indiens de sa suite l'avaient quitté, sauf un seul, à 5067 mètres, en disant qu'ils souffraient beaucoup plus que lui. « Après que nous eûmes grimpé pendant une heure (à partir de 5574 m.), dit l'illustre voyageur, nous commençâmes tous par degrés à nous trouver très-mal à notre aise. L'envie de vomir était accompagnée de vertiges, et bien plus pénible que la difficulté de respirer. Un métis de Saint-Juan, robuste et pauvre, souffrait plus que nous. Nos gencives et nos lèvres saignaient. La conjonctive oculaire était chez tous, sans exception, gorgée de sang... Sur l'Antisana, don Carlos Montufar saigna beaucoup des gencives... Tous ces phénomènes sont très-dissemblables suivant l'âge, la constitution, la finesse de la peau, les efforts antérieurs de force musculaire qu'on a exercés; cependant ils sont pour chaque individu une sorte de mesure de la raréfaction de l'air et de l'altitude à laquelle on est parvenu. D'après mes observations, ils se manifestent dans les Andes chez l'homme blanc quand le baromètre se tient entre $0^{m},379$ et $0^{m},428$. La portion du voyage au-delà des neiges éternelles avait duré trois heures et demie, pendant lesquelles, malgré la raréfaction de l'air, nous n'avions pas eu besoin de nous asseoir pour nous reposer. » Ils étaient parvenus à

5878 mètres de hauteur absolue; le thermomètre à cette hauteur marquait — 1°,6.

M. Boussingault et le colonel Hall, dans une tentative d'ascension à la même montagne, en décembre 1831, étaient obligés de s'asseoir tous les deux ou trois pas. « Mais à peine assis, dit l'observateur français, nous nous relevions tout de suite, car nos souffrances ne duraient que pendant le temps que nous étions en mouvement (1).» Ils s'arrêtèrent à 6,900 mètres, la pente sur laquelle ils s'élevaient étant devenue tout à fait impraticable.

Dans son ascension à l'une des cimes du Pichincha, en avril 1802, M. de Humboldt eut quelques instants de malaise, qu'il décrit ainsi : « J'étais resté très-longtemps seul sur le sommet de Tabla-Huma pour déterminer, avec plus de soin encore, le point d'ébullition. La fatigue d'une marche de dix heures, à pied, par des chemins escarpés, le froid et les vapeurs épaisses du charbon que dégageait le brasier sur lequel je me tenais penché (on sait que sous la faible pression atmosphérique de $0^m,406$ à $0^m,433$, la flamme se divise et s'élève difficilement) me causèrent des vertiges et une défaillance. Jamais, après de plus grandes fatigues et à des hauteurs plus élevées de quelques milliers de pieds, auparavant ni plus tard, je n'ai éprouvé un accident semblable. Les vapeurs du charbon avaient assurément produit plus d'effet que la hauteur peu considérable de 4592 mètres. Mes compagnons de voyage, qui se trouvaient sur la pente occidentale du sommet, s'aperçurent bientôt de

(1) *Annales de chimie et de physique*, loc. cit.

l'accident ; ils accoururent pour me relever et me rendre les forces, en me faisant prendre un peu de vin (1). »

En franchissant la Cordillière qui sépare Arica de la Paz dans le Haut-Pérou, M. d'Orbigny ressentit les premiers effets de la raréfaction vers 4,500 ou 4,550 mètres, sur le sommet de Cachun. Plus haut, vers le col du Tacora, encore un peu au-dessous des neiges éternelles, il éprouvait un violent mal de tête, et beaucoup d'embarras dans la respiration. Les hommes de sa suite, les mules et son chien, s'arrêtaient tous les 20 ou 30 mètres.

« Depuis mon arrivée au sommet de la Cordillière, dit M. d'Orbigny, je souffrais au dernier point de la raréfaction de l'air. Je sentais des douleurs atroces aux tempes ; j'avais des maux de cœur analogues à ceux que produit le mal de mer. Je respirais avec peine. Au moindre mouvement, j'éprouvais les palpitations les plus fortes et un malaise général joint à un découragement que tous mes efforts ne pouvaient me faire surmonter... Le soir j'éprouvai une forte hémorrhagie nasale qui me soulagea un peu ; néanmoins je passai une nuit d'autant plus affreuse, que j'étais sans abri, exposé à un froid vif et piquant (2). » Voyageant les jours suivants à peu près à la même hauteur, il continua à souffrir, « les maux de tête et les palpitations de cœur ne me laissant pas, dit-il, un instant de repos. »

Ses muletiers lui dirent que quelques mois auparavant, un Espagnol, faisant la même route avec eux, s'était vu

(1) *Observations géogr. et physiques* sur les volcans du plateau de Quito, trad. par Lalanne, *Annales des Mines*, 3e série.

(2) D'Orbigny, *Voy. dans l'Amérique méridionale*, tom. 2.

si fort affecté par la raréfaction de l'air, qu'il éprouva dès le premier jour des symptômes très-alarmants, et qu'incapable de poursuivre, il mourut la nuit suivante sans qu'on pût lui procurer le moindre soulagement ; « ils me citèrent encore, poursuit-il, beaucoup de circonstances où les voyageurs qu'ils accompagnaient avaient souffert on ne peut plus de ce qu'ils appellent le *soroché*. Cette dénomination, donnée par eux au mal de montagnes, tient à ce qu'ils attribuent les effets de la raréfaction de l'air aux émanations de mines d'antimoine qu'ils supposent exister dans le voisinage; le nom espagnol de l'antimoine est soroché (1). »

A une hauteur de 5,000 mètres, près de Cocha-Bamba, le même auteur trouva la raréfaction de l'air telle, qu'il pouvait à peine respirer (2). Il souffrait beaucoup moins redescendu à une hauteur de 4,000 mètres.

A la Paz (3,717 mètres), il suffoquait la nuit dans sa chambre; dans les rues, quand il rencontrait une montée, il était obligé de s'arrêter de dix en dix pas, par des palpitations et le manque de respiration. « Si je causais avec chaleur, dit-il, la parole me manquait tout à coup. Il m'était impossible de valser deux tours de suite sans suspendre cet exercice, suffoqué que j'étais par les mêmes accidents, et je faillis un jour succomber pour avoir voulu me rendre à pied à un village distant d'une lieue, que j'avais dû faire en gravissant une pente rapide. Ce malaise dura tout le temps de mon premier séjour à la Paz (3). »

M. Roulin dit que pendant son séjour à Santa-Fé de

(1) D'Orbigny, *loc. citat.*
(2) D'Orbigny, *loc. cit.* 1, 3.
(3) D'Orbigny, *loc. cit.* 2.

Bogota (2,643 mètres) il éprouvait de la gêne dans la respiration, et qu'il en était de même de toutes les personnes nouvellement arrivées de régions plus basses sur ce plateau élevé (1).

Moorcroft, gravissant les pentes du Niti-Ghâti dans l'Himalaya, marchait le visage au vent ; mais, obligé de changer de direction, « quand je tournai le dos au vent, dit-il, j'éprouvai soudain une sensation de pléthore vers la tête avec des vertiges, et je craignis une apoplexie; je me jetai bien vite à terre... Après quelques instants, l'anhélation diminua, le malaise de la tête fut moins violent, et je me relevai... » Cependant il lui fut impossible de s'élever plus haut, les accidents se renouvelaient dès qu'il montait. Il ne souffrit pas en descendant ; mais le soir, au moment où il allait s'endormir, les mêmes accidents se reproduisirent, l'oppression l'empêchait de dormir, et il n'éprouvait de soulagement qu'en faisant des inspirations profondes (2).

Fraser rapporte qu'au col de Bamsourou, dans l'Himalaya, au-dessus de la limite de la végétation (environ 3,900 mètres), il sentit ses genoux trembler, et fut pris de malaise d'estomac. Les accidents qu'il observa parmi les gens de sa suite différaient suivant les individus. Les uns se plaignaient de mal de tête, d'autres étaient pris de nausées, de vomissements. Un grand nombre étaient accablés de sommeil, et se rendormaient au moment où on venait de

---

(1) Roulin, *Mémoire sur la fréquence du pouls dans les montagnes; Journal de Magendie*, année 1826.

(2) *Asiatic researches*, t. XII.

les éveiller. Ces accidents diminuèrent à mesure qu'on redescendait (1).

Victor Jacquemont, campé à 2,615 mètres de hauteur absolue dans la vallée de la Jumna, n'éprouvait aucun malaise; mais, après s'être élevé pendant deux heures au-dessus de la limite des neiges perpétuelles, il dit qu'il « en coûte de gravir sur les neiges molles, au-dessus d'un certain niveau où la rareté de l'air rend la respiration précipitée et pénible, et épuise au bout de trente pas. »

La limite des neiges perpétuelles sur le versant S. de l'Himalaya est à 3,900 mètres. En admettant que Jacquemont se fût élevé de 150 mètres par heure, il devait se trouver à 4,200 mètres au moment dont il parle. Ailleurs il dit, en parlant des courriers qui viennent lui apporter ses lettres à une hauteur d'environ 4,000 mètres, que ces courriers grimpent dans les rochers en s'arrêtant tous les trente pas pour reprendre haleine.

Il est bon d'observer qu'alors Jacquemont s'élevait pour la première fois dans l'Himalaya. Quelque temps après, il campait avec une suite nombreuse sur le versant Thibétain dans des villages situés à 4,000 et 5,000 mètres de hauteur absolue; il passait et séjournait sur des points élevés de 5,500 à 6,200 mètres, et il dit positivement que ni lui ni les gens de sa suite ne souffrirent alors sérieusement (2).

Toutefois on doit remarquer qu'il parle ainsi à propos des souffrances inouies qu'un médecin anglais, qu'il ne nomme pas, avait éprouvé dans un voyage semblable, où

(1) *Fraser journal*, p. 449.
(2) V. Jacquemont, Correspondance, 1re éd., tom. 1er, pages 252, 275.

il avait vu périr plusieurs de ses gens. On peut donc supposer que Jacquemont ne compte pas comme pouvant être comparé aux angoisses du voyageur anglais, un peu d'essoufflement et la nécessité des haltes fréquentes qu'il donne ailleurs comme étant de règle générale.

C'est surtout dans les Alpes que ces phénomènes ont été observés; et parmi ceux qui les ont éprouvés et décrits, se place en première ligne de Saussure. En rapportant son ascension au Buet, exécutée avec A. Pictet en 1778, il parle en détail de la somnolence qu'on éprouve à une certaine hauteur, de l'épuisement rapide des forces musculaires, et de leur retour plus rapide encore lorsqu'on cesse tout mouvement. Il dit que les guides sont obligés de reprendre haleine tous les cent ou deux cents pas quand ils atteignent un niveau de 2,700 à 2,900 mètres. Pictet éprouvait une sorte d'angoisse, un léger mal de cœur et un dégoût absolu vers 2,700 mètres; de Saussure ne souffrait pas, mais était obligé de s'arrêter fréquemment en montant les dernières pentes du Buet, vers 3,076 mètres, il ne pouvait faire plus de cinquante pas de suite, et Pictet plus de quarante (1).

Dans sa tentative d'ascension au Mont-Blanc par l'aiguille du Goûté, de Saussure n'éprouva rien à 2,767 mètres; mais Bourrit et son fils, qui l'accompagnaient, digérèrent mal leur dîner et ne purent souper (1).

Lors de son voyage au Mont-Blanc, il campa la seconde nuit à l'entrée du grand plateau (3,888 mètres de Sauss.) « A cette hauteur, dit-il, mes guides, hommes robustes, pour

(1) *Voyage dans les Alpes*, t. II, § 557 et suivants.
(2) *Voyage dans les Alpes*, t. IV, § III.

qui sept ou huit heures de marche que nous venions de faire n'étaient absolument rien, n'avaient pas soulevé cinq ou six pellées de neige qu'ils se trouvaient dans l'impossibilité de continuer... L'un d'eux, qui était retourné en arrière pour prendre dans un baril de l'eau que nous avions vue dans une crevasse, se trouva mal en y allant, revint sans eau, et passa la soirée dans les angoisses les plus pénibles. Moi-même, qui suis si accoutumé à l'air des montagnes, qui me porte mieux dans cet air que dans celui de la plaine, j'étais épuisé de fatigue en observant mes instruments de météorologie ; ce malaise nous donnait une soif ardente.... des guides eurent dans la soirée du mal de cœur et des nausées... Mes guides fermèrent si exactement tous les joints de la tente, que je souffris beaucoup de la chaleur et de l'air corrompu par notre respiration. Je fus obligé de sortir dans la nuit pour respirer. »

A l'extrémité sud du grand plateau, au bas de la grande pente par laquelle, en tirant à l'est, on monte sur le rocher qui forme l'épaule gauche du Mont-Blanc... Il était déjà bien essoufflé par la rareté de l'air, et obligé de s'arrêter tous les trente pas pour reprendre haleine.

Il mangea, ainsi que ses guides, à la hauteur du Rocher-Rouge (4,500 m.). Vers la fin de la montée, entre les Petits-Mulets (4,750 m.) et la cime, il ne pouvait faire plus de quinze ou seize pas de suite ; il remarqua pendant ces haltes que le plus grand malaise se faisait sentir huit ou dix secondes après qu'il avait cessé de marcher. « La seule chose qui me fît du bien et qui augmentât mes forces, c'était l'air frais du vent du nord. Lorsqu'en montant j'avais le visage tourné de ce côté-là et que j'avalais à grands traits l'air qui en venait, je pouvais sans m'arrêter faire jusqu'à

vingt-cinq ou vingt-six pas. Sur la cime, quand il me fallut me mettre à disposer mes instruments et à les observer, je me trouvai à chaque instant obligé d'interrompre mon travail pour ne m'occuper que du soin de respirer... Lorsque je demeurais parfaitement tranquille, je n'éprouvais qu'un peu de malaise, une légère disposition au mal de cœur. Mais lorsque je prenais de la peine et que je fixais mon attention pendant quelques minutes de suite, et surtout lorsqu'en me baissant je comprimais ma poitrine, il fallait me reposer et haleter pendant deux ou trois minutes. Mes guides éprouvaient des sensations analogues ; il n'avaient aucun appétit. Ils ne se souciaient pas même du vin et de l'eau-de-vie... Ils avaient éprouvé que les liqueurs fortes augmentent cette indisposition. Il n'y avait que l'eau fraîche qui fît du bien et du plaisir. »

Le vent du nord, assez vif, rendait le froid incommode sur le tranchant de la sommité ; mais, dès qu'on descendait au-dessous de l'arête du côté du sud, on jouissait d'une température agréable. La plupart des guides dormaient ou se reposaient au soleil. Un de ses guides les plus robustes, J. Balmat, celui-là même qui avait découvert la route et atteint le premier la cime du Mont-Blanc, voulant aller en courant à la cime du sud chercher des échantillons de roches, fut obligé de s'arrêter et de s'étendre sur la neige. Après s'être remis, il put faire le reste du trajet d'un pas mesuré.

Le goût et l'odorat n'étaient modifiés chez personne ; le son parut plus faible. « Un coup de pistolet ne fit pas plus de bruit qu'un petit pétard de la Chine n'en fait dans une chambre. »

Le pouls fut observé quatre heures après l'arrivée à la

cime. Nous donnerons plus loin les détails de cette observation.

Quelques-uns des guides, souffrant du séjour à la cime, descendirent avant de Saussure. « J'ai observé, continue ce savant illustre, qu'il y a pour quelques individus des limites parfaitement tranchées où la rareté de l'air devient pour eux absolument insupportable. » Il dit avoir vu des paysans robustes obligés de s'arrêter, les uns vers 1,600 mètres, d'autres à 2,128, d'autres seulement à 2,966 ou 3,100. « Pour moi, dit-il, de même que la plupart des habitants des Alpes, je ne commence à être sensiblement affecté qu'à 1,900 toises (3971 mètres); mais, au-dessus de ce terme, les hommes les plus exercés commencent à souffrir lorsqu'ils se donnent un mouvement un peu accéléré. »

Redescendu à l'un des rochers des Grands-Mulets, à 3,469 mètres, il soupa de bon appétit ainsi que ses guides, et fit ses observations sans malaise (1).

Dans la relation de son voyage au col du Géant, de Saussure s'exprime ainsi : « Quant aux effets de l'air raréfié, ils nous ont paru être à peu près les mêmes pendant toute la durée de notre séjour. Les jours qui suivirent celui de notre arrivée, bien loin que l'incommodité allât en croissant, nos compagnons, de même que mon fils et moi, nous croyions nous être accoutumés à cet air; cependant, lorsque nous y faisions attention, et surtout lorsque nous faisions des essais dans ce but, nous trouvions que si l'on courait, si l'on se tenait dans une attitude gênée, on était beaucoup plus essoufflé

(1) De Saussure, *loc. cit.* §§ 1965 à 2024.

que dans la plaine, et cela dans une progression croissante...

« Il nous a paru qu'en général nous avions le genre nerveux plus irritable, que nous étions plus sujets à l'impatience et même à des mouvements de colère. Nous étions sensiblement plus altérés, la faim paraissait plus inquiétante et plus impérieuse; mais aussi nous étions plus faciles à rassasier, et nos digestions paraissaient se faire plus promptement que dans la plaine. D'ailleurs, il nous semblait que, dans nos travaux et nos observations relatives à la physique, nous avions l'esprit sensiblement plus libre, plus actif et moins facile à fatiguer, je dirai même plus inventif que dans la plaine (1). »

Enfin, en montant sur la cime brune du Beithorn, à 3,901 mètres, de Saussure et son fils n'éprouvèrent aucun malaise; ils campaient depuis deux jours au col St.-Théodule; un de leurs guides, en gravissant les derniers rochers avant la cime, souffrit un peu de la rareté de l'air (2).

Parmi les voyageurs qui sont montés au Mont-Blanc depuis de Saussure, bien peu ont donné des détails sur les effets physiologiques qu'ils avaient pu observer.

MM. Forneret et Doorthesen (août) éprouvèrent, au témoignage de Bourrit, des déchirements de poitrine (3).

Un des guides du docteur Van Rensselaar (juillet) ne put aller au-delà du grand plateau. *Les plus robustes* ne pouvaient, entre le grand plateau et la cime, faire *plus de*

(1) *Loc.* cit. § 2105 et suivants.
(2) *Loc. cit.* XIV, 219.
(3) *Biblioth. Univ.*, sciences et arts, t. 9, p. 84.

quinze pas sans s'arrêter. Son compagnon, M. Howard, fut malade au point qu'on doutait qu'il pût atteindre la cime. Au sommet du Mont-Blanc, et par une température de — 3° Réaumur à l'ombre, ils n'étaient *pas fatigués* ; mais leur pouls et leur respiration étaient *fort accélérés*, surtout chez M. Howard, qui avait de l'embonpoint ; personne n'avait d'appétit, mais beaucoup de soif. Trois coups de pistolet bien chargés ne firent pas plus de bruit que de *forts coups de fouet* dans la plaine. Ces voyageurs souffrirent cruellement du visage, et surtout des yeux, qu'ils avaient négligé de garantir contre la réverbération des neiges (1).

Le docteur Hamel, dans une première tentative d'ascension, commença à souffrir de l'air raréfié un peu au-dessus de l'aiguille du Gouté. Quand il avait fait quarante pas, il était obligé de s'arrêter deux minutes. Dans sa deuxième tentative (août), il fut retenu un jour et deux nuits par le mauvais temps aux Grands-Mulets (3,046 mètres). A la hauteur du grand plateau (3910 m.) il éprouvait depuis quelque temps, ainsi que ses deux compagnons de voyage, l'effet de l'air raréfié ; son pouls battait 128, et il avait soif à chaque instant. A 60 mètres environ au-dessus de l'extrémité sud du grand plateau, peu de temps avant que l'avalanche l'emportât avec ses compagnons, tous les douze pas il faisait une halte et quinze inspirations. Remarquons ici que le docteur Hamel a fait erreur dans sa relation, et qu'il place environ 400 mètres trop haut le point où il se trouvait avec toute sa troupe lorsque l'avalanche les surprit. Il place ce point non loin de la cime, et il en est encore à 700 mètres environ (2).

(1) *Biblioth. Univ.* XIV, 304.
(2) *Loc. cit.* XXI, 68.

Lors de l'ascension de M. Clissold, le départ eut lieu de Chamonix à dix heures et demie du soir, et le lendemain à deux heures la troupe arrivait au grand plateau (3,910 m.). Tous les guides, excepté un seul, étaient fort souffrants de la rareté de l'air. M. Clissold n'éprouvait presque aucun malaise ; cependant, à partir de 3,100 mètres, il perdit complétement l'appétit, et ressentit une soif intense ; il éprouva aussi de la somnolence en gravissant un escarpement du glacier, vers 4,300 mètres. Il passa la nuit avec ses guides au-dessus des rochers rouges supérieurs vers 4,500 mètres. Ils souffrirent beaucoup du froid — 2°,5, et plusieurs furent atteints d'un commencement de congélation partielle, qui n'eut pas de suite. En montant les dernières pentes, un seul guide, le même qu'au grand plateau, respirait à l'aise, tous les autres souffraient, les uns s'étendaient sur la neige, les autres se tenaient debout, courbés en avant et la tête basse. Le pouls de M. Clissold battait de 100 à 150 par minute. « J'ai souffert plus, dit ce voyageur, en montant des montagnes moins élevées. » A la cime, M. Clissold, se sentait bien, quoique fort altéré et sans appétit ; ses guides n'avaient pas complétement perdu le leur.

Voyageur et guides se trouvant fort bien d'un peu de sommeil qu'ils prirent au sommet, M. Clissold dit qu'il put courir sans haleter sur la pente qui mène à la cime méridionale, et qu'un de ses guides essaya sans succès d'en faire autant.

M. Clissold avait la poitrine délicate, et s'était appliqué avant de partir de Chamonix, à la face antérieure et à la face postérieure du thorax, un emplâtre de poix de Bourgogne. Le lendemain de son retour, M. Clissold eut de la

fièvre, et souffrit beaucoup du visage; un de ses guides perdit pendant quelques jours l'usage de ses yeux (1).

Le docteur Clark et le capitaine Sherwill (août 1825) n'observèrent le pouls qu'à la Pierre-de-l'Echelle (2,433 mètr.). Ils firent cette observation, dont nous parlerons plus loin, une heure après leur arrivée en cet endroit et immédiatement après le repas. Pendant la nuit qu'ils passèrent aux Grands-Mulets, M. Sherwill fut pris d'accidents analogues à ceux d'une indigestion. Le lendemain il souffrit beaucoup, et presque dès le départ des Grands-Mulets, de soif, de maux de cœur et de nausées. Au commencement des petites montées (3,200 mètres environ), il fut pris de somnolence, et ne pouvait faire plus de quinze à dix-huit pas sans s'arrêter. M. Clark, au grand plateau, souffrait de cuisson au visage et de soif; sa respiration *n'était pas changée*, mais il était accablé. Un guide se plaignait de mal de tête. A la cime, tous les guides étaient fatigués et avaient mal à la tête; les deux voyageurs en souffraient aussi violemment. M. Clark avait de la gêne en respirant, même dans le repos absolu; il éprouvait dans la poitrine une sensation analogue à celle qui précède l'hémoptysie, affection dont il avait été atteint dans sa jeunesse; il fut obligé, au bout de quelques instants, de redescendre. M. Sherwill se sentait d'une légéreté extraordinaire; il lui semblait qu'on aurait pu passer une lame de couteau entre ses souliers et la neige. La respiration n'était plus aussi gênée qu'en montant, même à un niveau inférieur de 1,000 mètres. *Les facultés morales* lui parurent baisser sensiblement à cette hauteur.

(1) *Biblioth. Univ.*, xxi, 68.

En revenant, les voyageurs marchaient difficilement. Un peu moins d'un kilogramme de pain, deux petits poulets et trois bouteilles de vin leur avaient suffi comme vivres à eux et à leurs sept guides pour toute cette journée.

Aux Grands-Mulets, le sommeil les remit ; ils soupèrent avec plaisir (1).

M. Auldjo (août) dit n'avoir commencé à ressentir les effets de la raréfaction de l'air que vers 4,200 mètres; il fut alors saisi d'oppression et de difficulté de respirer. Son pouls devint *fréquent;* il éprouvait de la soif et *une plénitude des veines de la tête*, mais pas de mal de tête dans l'immobilité. La plupart de ses guides souffrirent de la même manière et au même degré. A mesure qu'il s'élevait, il était plus épuisé, l'oppression augmentait, un violent mal de tête s'y joignit, ainsi que de fortes palpitations, une lassitude générale et une douleur dans le genou et les muscles de la cuisse, qui rendait le mouvement des jambes difficile. Vers 4,750 mètres, il éprouvait une forte envie de dormir, et se trouvait complétement épuisé, abattu et découragé; il fallut que ses guides le forçassent à quitter les rochers des Petits-Mulets. Le reste de la montée fut extrêmement pénible pour lui; on fut obligé de le hisser avec une corde le long de la dernière pente. Depuis le moment où il avait commencé à souffrir, il ne faisait, *ainsi que ses guides*, que quinze à vingt pas de suite. En gravissant les 100 derniers mètres, le guide le plus robuste et le plus courageux, dit-il, était épuisé au bout de *trois ou quatre pas*, et obligé de s'arrêter pour reprendre haleine. Il souffrait beaucoup du froid du côté que ne frappait pas le so-

(1) Shervill, ascension à la première sommité du Mont-Blanc, *passim*. *Bibliot. Univ.* loc., cit., xxx, 245.

leil. Enfin, après avoir gravi avec un peu moins de malaise les 20 derniers mètres, il arriva à la cime, où il s'endormit aussitôt d'un profond sommeil. On le réveilla au bout d'un quart d'heure ; il était mieux, le mal de tête et la douleur des jambes avait cessé, mais il ressentait du frisson et souffrait de la soif ; son pouls était *fréquent*, sa respiration difficile, quoique l'oppression eût diminué. Il ne put manger ; la vue et l'odeur des aliments lui donnaient des nausées.

Il remarqua que le son était faible, et dit avoir éprouvé la même sensation de légèreté que M. Sherwill. Il allait de mieux en mieux au moment de redescendre. En descendant il souffrit presque autant qu'en montant, et fut obligé de s'arrêter fort souvent dans un état voisin de la défaillance. Depuis quelques heures un orage les menaçait, et finit par fondre sur eux pendant qu'ils traversaient le glacier. Le besoin de sommeil se faisait sentir. Quand M. Auldjo fut revenu le même jour à Chamonix, un bain le remit complétement, et la nuit suivante six heures de sommeil lui suffirent (1).

M. le docteur Barry (septembre 1834) rapporte ainsi les effets physiologiques qu'il a observés sur lui-même :

A 3,657 mètres, grande sécheresse, couleur livide de certaines parties, constriction de la peau, soif intense, perte d'appétit commençant.

A 4,480 mètres, perte complète d'appétit, pas de fatigue.

A 4,571 mètres, fatigue, respiration difficile ; les effets cessent en s'arrêtant et faisant deux ou trois inspirations profondes.

(1) Auldjo, *Ascension au Mont-Blanc*. Londres, 1828, in-4°.

A 4,724 mètres, extrême épuisement, respiration plus difficile, tendance à la syncope, indifférence complète. Les effets cessent après quelques minutes de repos et quelques profondes inspirations.

A 4,810 mètres, au sommet, point de difficulté à respirer pendant une heure un quart en se reposant ou prenant un exercice modéré sur une surface horizontale. Le docteur Barry fit bouillir de l'eau à la cime.

En descendant, respiration non accélérée, à moins d'un exercice musculaire très-violent.

A 4,267 mètres, fatigue extrême; à 3,471, retour de l'appétit, *continuation de la soif.*

M. de Tilly (octobre) dit qu'à la Pierre-de-l'Echelle son pouls *n'avait pas varié sensiblement*. Il n'avait, dit-il, ni soif ni besoin de sommeil, et son appétit était dévorant; il n'éprouvait rien de ce dont se plaignent les voyageurs; toutefois il ajoute que *la fatigue commençait à être grande*. Il était alors à 4,200 mètres environ. Entre les Petits-Mulets (4,750 mètres) et la cime, il dit s'être arrêté fréquemment. « Ce n'était pas autant la difficulté de respirer qu'une fatigue insurmontable qui nous y obligeait... M. de Saussure ne pouvait faire plus *de vingt ou vingt-cinq pas* sans reprendre haleine; nous pouvions en faire *jusqu'à cent cinquante entre chaque halte.* »

En présence des erreurs de localité et de la confusion des souvenirs que l'on trouve dans la relation de M. de Tilly, on ne peut accepter sans restriction ce dernier fait. Ce qui pourrait d'ailleurs faire soupçonner que c'était plus bas que M. de Tilly faisait cent cinquante pas de suite, c'est qu'en une heure qu'il faut pour franchir les 150 mètres des Petits-Mulets à la cime, il n'aurait guère fait, à son compte,

que huit haltes, qui certainement ne lui auraient pas semblé fréquentes.

Deux femmes ont atteint la cime du Mont-Blanc : l'une, Marie Paradis, était servante à Chamonix. Ce fut en juillet qu'elle monta. Vers 4,600 mètres, elle était complétement épuisée ; les guides qui l'accompagnaient furent obligés de la soutenir et presque de la porter à la cime.

Mademoiselle d'Angeville (septembre) perdit aussi complétement ses forces à la même hauteur, et, pendant la dernière heure de montée, elle se soutenait sur deux bâtons, dont les guides tenaient les extrémités.

En août 1837, un des guides de M. Atkins mena au Mont-Blanc un chien qui parut souffrir beaucoup, à partir de la hauteur où les hommes commencent à éprouver du malaise. Il s'arrêtait quand la caravane faisait halte, mais il tombait aussitôt et s'endormait. Il ne parut pas souffrir de la soif, mais il vomit très-souvent, surtout vers 4,000 mètres. Il regardait son maître avec anxiété ; cependant il l'accompagna courageusement jusqu'à la cime.

Dans la chaîne du Mont-Rose, à 3,913 mètres, le docteur Parrot n'avait rien éprouvé d'extraordinaire dans son état physique, sauf la chaleur et la rougeur du visage, et l'accélération de son pouls, qui à cette hauteur battait 110 par minute, à Noversch (1,584 mètres) 80, et dans la plaine, probablement entre Milan et Vogogna, vers 250 mètres, 70 (1).

Zumstein, à 3,276 mètres, éprouva, lors de sa première ascension, une telle oppression et une telle angoisse, qu'il

(1) Schweigger, *Journal für chemie und physik*, t. XIX, p. 361.

ne put dormir de la nuit. Le lendemain matin il mangea avec appétit. A 3,656 mètres, il était obligé, ainsi que ses compagnons, de s'arrêter souvent pour reprendre haleine. Un peu plus haut, l'un d'eux éprouva une défaillance de quelques minutes. En montant la dernière pointe de la pyramide de Vincent, vers 4,200 mètres, un de leurs guides, chasseur de chamois, perdit presque entièrement connaissance. Dans cette ascension, ils mangèrent tous assez fréquemment. A la cime de la pyramide, 4,217 mètres (Mes. trigon. de Welden), ils avaient une soif intense, que leurs aliments, saucisson, oignons crus, fromage, ne devaient pas peu contribuer à développer.

Zumstein eut pour compagnon de voyage, dans deux autres courses, un ingénieur piémontais, M. Molinatti, qui, peu habitué à l'air des montagnes, souffrait plus que les autres ; cependant il était déjà plus acclimaté lors de la seconde ascension. A 3,673 mètres, plusieurs porteurs étaient en arrière, un d'eux jeta même son fardeau et s'en retourna; un peu plus haut, M. Molinatti se trouva épuisé. Ils passèrent la nuit à 4,297 mètres, suivant Zumstein, dont les mesures barométriques paraissent peu exactes. Ils n'avaient pas d'appétit, et souffrirent beaucoup du froid.

Le lendemain, M. Molinatti n'arriva qu'avec bien de la peine à la cime que l'on voulait atteindre ; il fallut le hisser avec une corde. Zumstein y parvint sans trop souffrir; les frères Vincent ne parurent éprouver aucun malaise, et montèrent très-vite.

Le pouls fut observé quatre heures après l'arrivée sur la cime, 4,554 mètres (Welden). Nous en donnerons le détail plus loin. « Sauf le malaise ordinaire, la fatigue et

une indifférence marquée pour toutes choses, personne d'entre nous, dit Zumstein, n'éprouva aucun des accidents signalés par d'autres observateurs, tels que saignement de nez, bourdonnement d'oreilles, épuisement subit par le froid. »

Ils n'avaient pas eu d'appétit de la journée. Redescendus à 3,200 mètres, ils mangèrent avec plaisir.

Dans une autre ascension, Zumstein et ses deux guides, à la hauteur de 4,300 mètres, étaient obligés de s'arrêter tous les vingt pas ; ils marchaient au soleil. Enfin, lors de sa dernière course, il fut, ainsi que ses compagnons, pris, à cette même hauteur de 4,300 mètres, d'une envie de dormir presque irrrésistible. Un orage violent fondait en ce moment sur eux (1).

En racontant sa tentative d'ascension à la Jungfrau (1828), M. Rohrdorf, qui semble peu au courant des ouvrages publiés antérieurement sur des sujets analogues, attribue surtout aux voyageurs français l'observation, sur les montagnes, des hémorrhagies par le nez, les yeux, la bouche et les oreilles. Il assure, et l'on croit sans peine, qu'il n'a rien éprouvé de semblable à la hauteur où il s'est élevé. En revanche il reconnaît que dans les hautes montagnes, et notamment à partir de 3,300 mètres environ, la respiration est gênée, et qu'il faut reprendre haleine après avoir fait de vingt-cinq à cinquante pas. La soif lui a paru rendre l'essoufflement plus sensible. La fatigue vient, dit-il, plus rapidement, et se dissipe plus rapidement aussi que dans les régions inférieures. Le sommeil répare les forces en moins de temps.

(1) (*Welden der Monte-Rosa*, p. 95 et suivantes, relation de Zumstein.)

M. Rohrdorf était atteint depuis longtemps déjà d'une légère inflammation des yeux lorsqu'il partit pour son voyage de montagnes. Il craignait que cette affection ne devînt plus grave sous l'influence de l'air vif et de la réverbération des neiges ; il fut bien surpris de la voir se dissiper complétement pendant son excursion.

Le même observateur a remarqué la constipation et la rareté des urines chez lui-même et ses compagnons de voyage.

Il a compté le pouls à plusieurs reprises ; mais, comme il ne donne pas la hauteur des points où furent faites ses observations, elles ne peuvent être d'aucune utilité (1).

Voici comment s'exprime M. Desor dans la relation de l'ascension qu'il fit à la Jungfrau avec M. Agassiz et dix autres personnes, tant guides que voyageurs : « Je dois avouer que pendant tout le temps que nous fûmes au sommet, de même que pendant la montée, nous n'éprouvâmes aucun de ces accidents, tels que nausées, saignement du nez, tintement des oreilles, accélération du pouls, et tant d'autres malaises auxquels la plupart de ceux qui ont fait l'ascension du Mont-Blanc nous disent avoir été en proie. Devons-nous l'attribuer à cette différence de 500 mètres qu'il y a entre la hauteur du Mont-Blanc et celle de la Jungfrau ? ou bien faut-il en chercher la cause dans l'habitude que nous avions contractée depuis plusieurs semaines de vivre à une hauteur de plus de 2,590 mètres. Mais il est à remarquer que M. Duchâtelier, qui n'était dans les montagnes que depuis quelques jours, ne se trouve pas plus indisposé que nous. Sans prétendre décider cette

(1) Rohrdorf *Reise, auf den Jungfraugletcher*.... Bern, 1828, in-12.

question, qui appartient plus particulièrement au domaine de la physiologie, je penche cependant à croire qu'il y a un peu d'exagération dans tout ce qu'on nous raconte à ce sujet. Peut-être aussi quelques voyageurs se sont-ils laissé tromper par leur imagination, semblables à ces élèves en médecine qui se croient tous les jours atteints de la maladie dont le professeur vient de leur exposer les caractères. Des physiologistes allemands prétendent même, si je ne me trompe, avoir observé les symptômes les plus extraordinaires sur des montagnes de quelques mille pieds. »

On voit que si les auteurs de ces relations sont d'accord à quelques égards, ils diffèrent beaucoup d'opinion sur d'autres points. Les causes de ce désaccord sont nécessaires à connaître pour apprécier à leur juste valeur les faits qui nous occupent, et distinguer ceux qui méritent toute confiance et ceux qui doivent être considérés comme douteux.

La plupart des voyageurs qui font des excursions à de grandes hauteurs dans les Alpes, et notamment ceux qui vont au Mont-Blanc, sont des étrangers pour qui tout est nouveau dans les montagnes, et qui n'ont encore passé que vingt-quatre ou trente-six heures dans les hautes vallées. Frappés d'étonnement à la vue des scènes immenses qui se déroulent devant eux, passant avec rapidité d'un tableau à un autre, tout à fait désorientés dans le labyrinthe des glaciers, vivant pendant deux ou trois jours dans un monde fantastique, et la mémoire encombrée de souvenirs et de faits dont la plupart se confondent ou s'effacent bientôt complétement, ils se laissent emporter à leur imagination, et, rentrés dans la vie ordinaire, ils se retracent à eux-mêmes, et racontent aux autres ce qu'ils

croient des souvenirs exacts ; mais la plupart de ces faits, donnés comme positifs, deviennent douteux dès qu'on les examine un peu attentivement. Comment n'en serait-il pas ainsi? Bon nombre de ces voyageurs ont évidemment rédigé de mémoire, plus ou moins longtemps après leur voyage, et sans aucune note pour se guider. Ils s'en rapportent à leurs souvenirs, toujours infidèles en pareil cas : aussi les voit-on confondre les lieux et les distances, peindre comme ne présentant qu'un seul plan la pente fortement ondulée d'un glacier, et apprécier à 80° des pentes qui varient de 28° à 29°. Le désir de donner à leur excursion un vernis scientifique les fait quelquefois aussi tomber dans des erreurs qui ne peuvent que mettre en garde contre tous les faits qu'ils énoncent. Ainsi un voyageur partant pour le Mont-Blanc dit « qu'il entra chez un guide pour comparer ses instruments avec les siens. » Or, le guide n'avait alors comme instrument qu'un baromètre, et le voyageur, de son propre aveu, n'avait qu'un thermomètre.

Les difficultés et les dangers de ces voyages ont aussi été décrits presque partout avec exagération. Dans les vallées et les villes voisines des glaciers, on n'en parle qu'avec un visage sérieux, presque effrayé ; d'ailleurs les guides de Chamonix, plus habiles à cet égard que ceux de l'Oberland bernois, ont grand soin de conserver à leurs montagnes cette réputation effrayante que leur ont faite les prudents habitants de la plaine. Mais il est une autre série de faits bien plus importants sur lesquels l'erreur, quoique possible encore, ne l'est toutefois que dans certaines limites : ce sont les phénomènes physiologiques qui

se produisent pendant ces excursions. La diminution notable ou la perte complète de l'appétit, le dégoût pour les aliments, la nausée, la somnolence, l'anhélation, la céphalalgie, la défaillance, ne sauraient être considérés comme produits complétement par l'imagination, lorsque ces phénomènes presque morbides succèdent brusquement à l'état de santé le plus normal, à un appétit fortement développé par l'air des hautes vallées, au sentiment de bien-être général, de force intellectuelle et physique qu'éprouve tout individu bien constitué en parcourant la région moyenne des Alpes. De plus, ces phénomènes ont une certaine durée, on a tout le loisir de les observer et de se convaincre qu'ils sont bien réels et non imaginaires: aussi n'avons-nous pu voir sans surprise un observateur aussi exercé que M. Desor révoquer en doute leur réalité. Comme cette question n'est pas de celles qui fixent ordinairement son attention dans les voyages de montagnes, il se sera probablement contenté d'une observation un peu sommaire, pour le pouls, par exemple. Au nombre des autres phénomènes qu'il énumère comme racontés par d'autres auteurs, il cite le tintement d'oreilles, qu'il confond sans doute avec le bourdonnement ou bruit de conque, bien que leurs causes soient bien distinctes. Je ne pense pas que personne ait dit avoir observé le premier de ces phénomènes dans les montagnes plus qu'ailleurs; quant au bourdonnement, c'est un des symptômes de l'afflux du sang vers la tête, effet de la raréfaction que tous les voyageurs à peu près ont observé en gravissant une pente rapide à une certaine hauteur, comme après un exercice violent dans la plaine.

C'est aussi par erreur que M. Desor parle du saignement

de nez comme ayant été observé au Mont-Blanc. De toutes les relations d'ascensions que j'ai pu me procurer, celle du voyage de M. d'Orbigny dans la Cordillière du Haut-Pérou est la seule où il soit question d'une épistaxis, et l'on a pu voir, par les citations qui précèdent, que les hémorrhagies légères observées par trois auteurs ne l'ont pas été dans les Alpes.

M. Desor signale avec restriction, comme pouvant avoir influé sur l'état physiologique observé pendant son ascension, une cause dont l'importance ne nous paraît pas douteuse, c'est la différence de 500 mètres entre la Jungfrau et le Mont-Blanc. Cette différence serait même de 630 mètres, suivant l'Annuaire du bureau des longitudes, qui donne à la Jungfrau 4,180 mètres. Or, on sait que dans les Alpes les effets les plus pénibles de la raréfaction de l'air ne se manifestent d'une manière tranchée pour la plupart des hommes qu'au-dessus de 4,000 mètres, c'est-à-dire à peu près à la hauteur de la Jungfrau. Nous reviendrons sur ce sujet en parlant du pouls.

Quant aux causes plus ou moins complexes qui déterminent ces phénomènes, elles ne font rien à leur réalité; mais une source d'erreur qu'il est bon de signaler, c'est un sentiment d'amour-propre, bien puéril sans doute, et dont cependant la plupart des hommes ne peuvent se défendre. En général, c'est avec un certain regret qu'on avoue à d'autres l'infériorité de ses forces physiques; l'homme le plus persuadé de la prééminence de ses forces intellectuelles sur celle des muscles laisse percer une secrète joie quand, dans une expédition alpestre, il peut faire marcher de front les unes et les autres. De là une tendance à se dissimuler un peu sa faiblesse et à sauver son amour-

propre en représentant les autres comme s'étant trouvés dans le même cas : aussi voit-on presque toujours le voyageur qui ne peut faire plus de quinze, de dix, de trois pas, assurer que les guides les plus robustes n'en pouvaient faire davantage, que les guides n'allaient pas plus vite que lui. Ce dernier fait est certain et facile à comprendre ; mais si les guides ne devancent pas le voyageur, ce n'est pas en général qu'ils ne puissent pas le faire ; seulement, par une politesse bien calculée, ils lui laissent croire qu'ils ne sont pas moins épuisés que lui, et lui font, de plus, force compliments sur sa vigueur et son courage. D'autres causes d'erreur menacent encore l'observateur quand il s'agit de faits recueillis sur les autres et non plus seulement sur lui-même. Quelquefois les guides manquent d'énergie, ou, peu scrupuleux sur leurs engagements, affectant d'être épuisés, déclarent que leurs forces sont à bout, pour arrêter une expédition qui les effraie ou les ennuie. Ainsi les guides de de Saussure, pour le forcer à quitter le col du Géant, où ils séjournaient avec lui depuis dix-sept jours, inventèrent mille moyens, et finirent par faire disparaître ses vivres.

Ces mêmes guides et leurs compagnons, lors de son ascension au Mont-Blanc, cherchèrent à le retenir aux Grands-Mulets, et voulurent lui persuader d'y passer la seconde nuit de son voyage, parce qu'ils redoutaient de camper sur les neiges. Peut-être faut-il attribuer à quelque cause analogue la fatigue excessive et l'essoufflement si prompt chez tous ces guides lorsqu'ils creusaient la neige au grand plateau pour y établir sa tente.

Enfin, on doit se défier de l'exagération avec laquelle certains voyageurs ont reproduit des faits observés avant

eux. Ainsi de Saussure avait remarqué le peu d'intensité du son à la cime du Mont-Blanc. MM. Hawes et Fellowes rapportent qu'ayant voulu chanter avec leurs guides sur la cime, aucun d'entre eux ne s'entendait soi-même et n'entendait les autres. Comment admettre que, s'entendant pour convenir de chanter ensemble et pour le choix de tel ou tel air, ils ne s'entendissent plus lorsqu'ils chantaient au lieu de parler ?

(*La suite à un prochain cahier*).

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

ANALYSES D'OUVRAGES.

(Suite et fin (1)).

Du climat et des maladies du Brésil, ou *Statistique médicale de cet empire*; par J.-P.-X. SIGAUD, D. M., médecin de S. M. l'Empereur dom Pèdre II, etc.— Grand in-8°.

Phthisie pulmonaire. — La phthisie pulmonaire fait autant de ravages au Brésil qu'en Europe. On peut calculer hardiment que dans les villes maritimes cette maladie enlève un cinquième de la population; sur la classe aisée, cette proportion est moindre; elle est de six à sept pour les gens de couleur. Le seul hôpital des phthisiques à Rio-

(1) *Voir* le premier article dans le cahier de novembre dernier.

de Janeiro présente les totaux suivants depuis sa fondation, 19 mars 1839, jusqu'à la fin de juillet 1842 : Phthisiques traités, 1,225 ; sortis, 220; morts, 952; à l'hospice, 21. Les médecins de cet établissement, MM. Jubine et de Simoni, ont constaté que la plus grande partie de ceux qui ont succombé ont fini par d'abondantes expectorations purulentes, quelques-uns dans des sueurs colliquatives, terminaison plus fréquente parmi les blancs, les femmes surtout, que parmi les noirs. Au nombre des méthodes curatives mises en pratique, l'unique moyen qui ait réussi à modifier l'expectoration est la décoction de quinquina et de lentisque. De son côté le docteur Sigaud, sur 11,133 individus de sa pratique, a rencontré 241 phthisiques, un tiers de la race noire ou métis, un autre tiers de blancs du pays, et le reste d'étrangers venus de Buénos-Ayres, Montévidéo, des Etats-Unis ou de l'Europe. Il a recueilli dix-huit observations de phthisie laryngée, dont trois essentielles, les autres liées avec les phthisies trachéale et pulmonaire. Tous les malades atteints de l'ulcère laryngien ont succombé, à l'exception d'un seul, dont la maladie avait une origine syphilitique. — La phthisie pulmonaire aiguë n'est pas rare au Brésil ; six cas se sont offerts à M. Sigaud, et le professeur da Silva Gomès dit qu'à Bahia elle épouvante par la rapidité de sa marche, et est considérée comme la première des maladies aiguës. Dans les familles, l'hérédité du fléau a pesé tantôt sur la ligne mâle, tantôt sur le sexe féminin, et il a été impitoyable pour la seconde génération. — En compensation d'une mortalité effrayante, l'auteur produit quelques cas de cure complète ; il en compte onze, sur lesquels l'existence de la phthisie avait été bien constatée

par lui et d'autres médecins; tous les onze malades étaient arrivés à la seconde période de la maladie, et plusieurs années écoulées après la cessation du mal doivent, à son avis, cimenter l'authenticité de la cure, car des années ne sont point des temps d'arrêt qu'on révoque sans pitié. Deux de ces malades, venus de Buénos-Ayres, ont guéri après des voyages répétés coup sur coup en pleine mer, moyen que l'auteur recommande aux praticiens; deux ont dû leur salut à l'air des montagnes des Orgues, au déplacement, au séjour à la colonie suisse du Morro-Queimado et de Cantagallo; deux sont venus compléter leur guérison en France; les cinq autres, enfants du pays, ont suivi leur traitement sans changer de pays, au sein de leur famille. Sur un de ces divers cas, une affection herpétique générale a remplacé la phthisie, et la syphilis, cause première du mal, a cédé dans un autre à l'emploi méthodique et persévérant de la liqueur de Van-Swiéten.

Quant aux causes de la maladie, outre l'hérédité, le docteur Sigaud regarde la syphilis comme une des plus fréquentes; au point que si le grand Sydenham disait qu'en Europe la phthisie c'était la scrofule, on pourrait également dire qu'en Amérique la phthisie c'est la syphilis. Mais nous nous demanderons à notre tour si cette tendance à rapporter tant d'affections de nature diverse à cette dernière maladie n'est pas exagérée, et si elle n'est pas due encore en grande partie à cette ancienne croyance de l'origine américaine de la syphilis? ne serait-il pas possible que l'humidité du pays, regardée seulement comme une cause favorisant le développement de la phthisie, en fût une des causes immédiates?

Ecoutons M. Sigaud avancer une opinion formelle sur une théorie récemment émise par le docteur Boudin :

« La modification de l'état de la maladie tient à l'influence des localités; les malades envoyés de Rio-de-Janéiro à la colonie suisse de Morro-Queimado respirent l'air pur des montagnes, éprouvent un amendement dans l'intensité du mal, tandis que ceux que l'on envoie habiter les endroits marécageux à la Lagoa de Freitas, dans le fond de la baie à Inguassu, à Suruhy, n'éprouvent pas un effet salutaire de leur déplacement; j'ai voulu tenter sur quelques-uns l'influence des miasmes paludéens; le résultat a été tout à fait nul. Il est douteux que l'influence des marais soit salutaire aux phthisiques; je crois encore moins au bénéfice que la médecine peut en tirer pour prévenir la tuberculisation. S'il est un organe qui s'affecte communément dans les accès de fièvres intermittentes pernicieuses, c'est le poumon; l'intoxication l'altère souvent à un degré profond avec la même fréquence, la même rapidité qu'elle affecte le foie et la rate. »

Le traitement de la phthisie au Brésil ne diffère pas de celui que nous connaissons en Europe. Une méthode cependant a paru assez efficace au docteur Sigaud; elle consiste à faire boire au malade une infusion de la plante nommée bassorinha (scoparia dulcis), de remplacer celle-ci par la décoction de japocanga (smilax sapicanga), de maintenir un emplâtre de Timbò (Paullinia pinnata) sur la partie douloureuse de la poitrine, de recommander, dans les cas d'hémoptysie, l'usage de la poudre de Nankin (encre de Chine) mélangée avec du sucre, une dose de six grains de deux en deux heures, de lui substituer quelquefois la poudre de monésia ou buranhem, ou bien la décoction de cipô

de chumbo; enfin, de maintenir le malade à l'usage de simples bouillons de poulet, dans lesquels on a fait cuire des dattes, des raisins secs, des figues, du lichen, etc.; et quand la maladie paraît céder, il faut envoyer le malade dans une sucrerie, à la campagne, se nourrir uniquement de *calda de cannà* pour compléter sa cure (1).

Les phlegmasies de la plèvre et du poumon sont loin d'être rares au Brésil comme on l'a voulu faire entendre, mais elles revêtent assez souvent une forme insidieuse. Trois causes puissantes produisent les maladies du cœur dans les latitudes équatoriales : ce sont l'élément intermittent, la syphilis et l'abus des alcooliques. Chez beaucoup d'individus, l'hépatite chronique précède l'affection du cœur, contrairement à l'opinion admise par M. Gendrin.

Hypoémie. — La maladie désignée sous les noms d'opilation, d'anémie intestinale ou d'hypérémie intertropicale est extrêmement commune au Brésil. Cette affection, très-répandue depuis l'équateur jusqu'au tropique sud, est caractérisée, comme on sait, par une altération du sang, et consiste dans le dépouillement de ses globules, dans la pauvreté de sa fibrine. C'est à cause de cette altération et de sa fréquence dans les latitudes équatoriales que le docteur Jubim a cru devoir lui donner le nom d'hypoémie intertropicale, de préférence à celui d'anémie intestinale, le désordre organique de l'estomac et des intestins n'étant

(1) Notre honorable collègue et président à la Société de Médecine de Paris, M. le docteur Sandras, préconise les semences de phellandrie aquatique données le soir à la dose de 50 centigr. à 1 gramme, avec un peu de miel, contre les sueurs, la diarrhée et l'expectoration qui épuisent les phthisiques; il a observé une amélioration notable chez la plupart des malades auxquels il a administré ce médicament.

qu'une simple conséquence de la perversion de l'hématose. Les traits de l'hypoémie ont une ressemblance tellement frappante avec la chlorose, qu'il est presque inutile d'en rappeler ici les symptômes; nous regrettons cependant que l'auteur ne se soit pas plus attaché à en établir le diagnostic différentiel. La chaleur jointe à l'humidité, le tempérament lymphatique, l'usage d'aliments indigestes ou peu nutritifs, l'abus des boissons alcooliques, l'excès du travail, les fièvres intermittentes, telles sont les causes principales de cette maladie, dont le traitement consiste dans l'emploi des ferrugineux, des toniques et des amers.

Hématurie du Brésil. — Une autre maladie qui, selon l'auteur, consiste aussi dans une altération du sang et non dans celle des organes eux-mêmes, est l'émission du sang mêlé d'urine blanchâtre, laiteuse, tous deux coagulables par le repos. Ce changement dans l'hématose semble provenir de la répercussion d'une transpiration abondante et de la présence de l'acide lactique dans les urines. L'affection ressemble beaucoup à l'hématurie chyleuse et albumineuse observée à l'Ile-de-France par M. Chapotin; on la rencontre principalement chez les femmes, et elle affecte une marche très-irrégulière. On peut en admettre deux espèces, l'une active, l'autre passive, tantôt débutant par un pissement de sang, tantôt donnant lieu à la sortie d'une urine laiteuse mêlée de caillots de sang. Toutes les deux sont altérées par des urines foncées couleur de café, reprenant de suite leur caractère primitif, dont la quantité n'est pas augmentée. Ce qu'il y a de singulier, c'est que la plupart des personnes atteintes de cette infirmité jouissent ordinairement d'une bonne santé. M. Sigaud transcrit l'observation détaillée de cette

singulière affection chez un jeune Brésilien qu'il adressa à Paris au docteur Caffe, lequel en a tracé l'intéressante histoire, trop longue à rapporter ici. Les urines présentaient l'aspect indiqué plus haut, et on ne remarquait chez le malade autre chose qu'un appétit très-prononcé. L'urine, examinée et analysée par M. Guibourt, offrit une grande quantité d'albumine et de matière grasse, auxquelles se joignait par intervalles la matière colorante du sang, sans fibrine, résultat analogue à celui obtenu par Prout sur les urines qu'il a désignées sous le nom de chyleuses. — Le sang analysé de même se trouva différer du sang ordinaire, en ce qu'il contenait moins de fibrine, mais plus d'albumine et de matière grasse, et qu'il se rapprochait en conséquence par ses caractères de la composition du chyle. MM. Orfila et Rayer, consultés, furent d'avis que l'altération de la sécrétion urinaire dans ce cas était évidemment sous la dépendance d'un état particulier du sang, consistant en ce que la transformation du chyle versé dans le sang se faisait d'une manière incomplète; ils conseillèrent l'usage de préparations ferrugineuses, du quinquina, des bains de mer et alcalins, et d'une nourriture substantielle.

Parmi les maladies de la peau que l'on rencontre au Brésil, quelques-unes offrent certaines particularités intéressantes à noter. L'érysipèle, par exemple, est endémique, surtout à Rio-de-Janeiro; on en attribue la cause à l'élévation de la température, à l'humidité, aux excès en tous genres, et peut-être, selon l'auteur, à la nature du sol. Les modifications qui se sont opérées dans ces diverses causes depuis plusieurs années ont diminué la fréquence de la maladie. — La petite vérole importée d'Afrique a ravagé

les provinces du Brésil depuis trois siècles, et jusqu'à ce que la vaccine, introduite en 1811, soit venue en arrêter le cours meurtrier. On a constaté cependant depuis une dizaine d'années une série d'épidémies assez graves, dans lesquelles on l'a observée à l'état confluent. Dans ces derniers temps, les revaccinations ont été remises en pratique et avec succès. — Le pian est endémique, et connu sous le nom de boubas; il précède assez souvent la lèpre, ce qui fait croire à une commune origine syphilitique. On le rapporte en ce pays à trois espèces : les pians humide, sec et cristallin. La première représente un bouton de couleur lardacée, plus ou moins évasé, qui se contracte par le coït et se manifeste autour de l'anus, au scrotum, aux grandes lèvres; elle peut être inoculée par des insectes, et alors se développer sur toute la surface du corps. Si, par l'effet de médicaments violents, l'éruption disparaît subitement, elle est remplacée par la dysenterie ou la phthisie; lorsque, au contraire, elle ne s'efface que graduellement, on voit lui succéder des fissures entre les doigts du pied et de la main, fissures qui s'étendent, s'ulcèrent, atteignent les tendons et produisent la contraction et l'atrophie de ces parties. La seconde espèce de pian ressemble à une pustule recouverte de croûtes superposées d'un jaune vert, se terminant en cône, ayant la grosseur d'un grain de maïs. Quant à la troisième espèce, ou pian cristallin, elle consiste en une pustule cristalline qui se montre au visage et sur le tronc. Elle a son siége dans les lames celluleuses de la peau, prend une teinte rosacée ou rougeâtre, et passe rapidement à la desquamation. Elle provoque l'engorgement des glandes du cou, des parotides, produit des douleurs articulaires, des ophthalmies palpé-

brales, et se rapproche beaucoup des symptômes des scrofules; elle apparaît après un coït impur, à la suite du chancre vénérien, qui disparaît lors de l'éruption. Le traitement de ces diverses espèces consiste d'abord dans les antiphlogistiques, lorsqu'il y a lieu, puis dans l'administration des différents remèdes antisyphilitiques, tels que le calomel ou l'oxyde rouge de mercure, mélangés avec la salsepareille, le gayac, le camphre, la ciguë, etc., etc.

Il est évident pour nous que les diverses maladies réunies et désignées au Brésil sous le nom de pian représentent certaines formes de syphilides, et diffèrent en beaucoup de points de ce que nos dermatologistes nomment pian ou framboesia. L'étiologie et le traitement indiquent d'ailleurs la véritable origine des pians du Brésil.

L'éléphantiasis des Grecs, lèpre tuberculeuse du Brésil, connue sous les noms de morphéa, mal de S.-Lazare, est considérée par les médecins de ce pays comme héréditaire, non susceptible de se propager par contagion; les principales causes qui en déterminent le développement sont, suivant eux, l'usage des mauvaises eaux, l'humidité tropicale, la syphilis, le scorbut, les scrofules, etc. Le docteur Paula Candido conclut, de ses recherches, que la marche de la maladie démontre que les extrémités des vaisseaux capillaires s'altèrent en premier lieu, et que de là la lésion se communique aux troncs principaux : les tubes capillaires se trouvent dilatés outre mesure, au point de pouvoir donner passage aux globules sanguins. Toute la maladie, selon lui, aurait son siége dans cette erreur de lieu, c'est-à-dire dans l'envahissement des capillaires dilatés par les globules du sang.

Les symptômes de la maladie ne diffèrent pas de ceux que nous connaissons en France.

Outre les remèdes rationnels généralement employés contre la lèpre tuberculeuse, on ne doit pas s'étonner qu'une foule de plantes aient été mises en usage au Brésil contre une maladie aussi rebelle et dans un pays si bien pourvu de végétaux actifs. Nous nous abstiendrons d'en donner la liste, inutile, puisqu'aucun n'a paru efficace; mais nous terminerons ce qui est relatif au traitement par la relation abrégée de la cure de cette maladie, tentée sur un individu à l'aide de la morsure du serpent à sonnettes, qui jouit en Amérique de la réputation de guérir la lèpre.

Marianno-José Machado, né à Rio-Pardo, âgé de 50 ans, d'une constitution athlétique, était depuis six ans affecté de lèpre tuberculeuse et résidait depuis quatre années à l'hospice des Lépreux, à Rio-de-Janeiro, lorsqu'il en sortit résolu de tenter l'épreuve de la morsure du serpent à sonnettes, et malgré les prudents conseils de divers médecins, dans le but de se débarrasser de cette affligeante maladie. C'est chez un médecin de Rio-de-Janeiro qui possédait un serpent à sonnettes, et en présence d'une nombreuse assistance, parmi laquelle se trouvait un certain nombre de médecins, que le malade se soumit à la morsure avec le plus grand sang-froid, le 4 septembre, à onze heures cinquante minutes du matin. Le degré avancé de la maladie et l'insensibilité de la peau l'empêchèrent de sentir la dent du reptile; mais, vingt minutes après, une faible douleur précédée de froid se développa dans la main, qui bientôt se tuméfia considérablement. Le pouls s'élève; en une heure l'enflure a gagné le cou; un engourdissement se manifeste par tout le corps. Au bout de deux heures, tremblement

général, resserrement et douleur à la gorge, à l'estomac; plus tard cependant le malade peut avaler sans difficulté de l'eau vineuse; des épistaxis, une sueur générale se déclarent, des douleurs atroces se développent dans les bras surtout, la salive devient épaisse, une évacuation fréquente d'urine a lieu; de la torpeur, de la prostration, du sommeil même à l'entrée de la nuit, sont suivis de nouvelles douleurs violentes qui arrachent des cris au malade. On lui fait prendre de temps en temps une infusion de guaco, remède préconisé au Brésil contre la morsure des serpents, et qu'il avale assez aisément, tandis que la déglutition devient très-difficile quand on lui donne de l'eau pure, phénomène que nous savons se reproduire dans la rage. On applique des vésicatoires aux cuisses, etc. Mais bientôt des mouvements convulsifs se développent, la respiration s'embarrasse, et le malade expire vingt-quatre heures après l'épreuve de la morsure, sans qu'on ait noté d'autre changement dans les tubercules de la lèpre que leur aplatissement sur les deux bras et à la face, et leur aspect érysipélateux.

L'autopsie ne put être faite à cause de la décomposition rapide qui s'empara aussitôt du cadavre. Malgré cette expérience, le docteur Sigaud, se fondant sur les effets produits spécialement sur l'enveloppe cutanée par le venin de quelques espèces de serpents, le holleick d'Arabie, par exemple, qui y détermine un état érysipélateux avec desquamation en moins de vingt-quatre heures, se fondant aussi sur la sécrétion très-abondante d'urine qui a eu lieu dans l'observation ci-dessus mentionnée, sur la modification des tubercules de la lèpre, sur ce que les auteurs rappor-

tent que certains peuples d'Amérique guérissaient la syphilis à l'aide de bouillons faits avec les espèces de serpents les plus venimeux, pense que l'inoculation d'un semblable venin faite avec beaucoup de mesure, de prudence et dans un lieu convenable, à l'aide de la lancette, pourrait peut-être produire de bons résultats. Il existe d'ailleurs des faits peu nombreux et incorrects, il est vrai, qui semblent militer en faveur de l'influence salutaire du virus du serpent à sonnettes dans la lèpre tuberculeuse.

Syphilis.— L'affection syphilitique, au dire de tous les anciens praticiens, existe au Brésil de temps immémorial, et est aujourd'hui l'affection prédominante. Sans toutefois différer de celle qu'on observe en Europe, elle présente une allure moins franche, et se manifeste plus fréquemment par des symptômes secondaires et tertiaires. L'auteur ne cite que deux observations qui lui sont particulières, et dont une est relative à une affection rhumatismale grave qui alternait avec un écoulement uréthral.

La quatrième section de l'ouvrage du docteur Sigaud a rapport à la statistique médicale; il nous est impossible, dans un cadre aussi resserré, d'entrer dans les détails qu'elle renferme, d'autant plus que les renseignements obtenus sur la population, la longévité, la mortalité, ne sont qu'approximatifs. Notons toutefois, relativement à la législation sanitaire, que les Facultés de médecine n'ont été instituées au Brésil que depuis le commencement de ce siècle, qu'il existait auparavant un médecin en chef du royaume, ayant sous ses ordres des délégués dans les provinces, et dans ses attributions l'admission des candidats et la répression de toute espèce d'abus relatifs à la médecine, à la chirurgie et à la pharmacie. Cette charge, sup-

primée à cause des excès de pouvoir auxquels elle donna naissance, laissa la classe médicale sans appui. — Il existe à Rio-de-Janeiro une académie impériale de médecine qui compte actuellement quinze années d'existence, et se compose d'une quarantaine de membres; la ville possède encore une bibliothèque, un musée d'histoire naturelle, un jardin de botanique, ainsi que les villes de Bahia, Olinda, Ouropreto, Belem. Ces diverses localités ont en outre un certain nombre d'hôpitaux, d'hospices et de confréries charitables.

Doit-on s'étonner que dans une contrée aussi riche que le Brésil en produits telluriques les eaux minérales soient abondantes! Dans chaque province, de la partie occidentale surtout, il existe des sources froides, thermales, sulfureuses, ferrugineuses, parmi lesquelles il faut citer celles de Maltacavallas, Andarahy, Larangeiras, Lagoa de Freitas, etc. Nous sommes contraints de renvoyer à l'ouvrage de M. Sigaud tout ce qui les concerne, de même que ce qui est relatif à la matière médicale, sur laquelle l'auteur donne des notions assez étendues en faisant connaître la nature et l'usage d'un assez grand nombre de substances et de plantes inconnues parmi nous.

L'ouvrage se termine enfin par une biographie des médecins, chirurgiens et naturalistes du Brésil, et par la relation succincte de plusieurs opérations exécutées à Rio-de-Janeiro, et parmi lesquelles on distingue divers cas de trépan, une amputation scapulo-humérale, une ligature de l'aorte, etc., etc.

Hâtons-nous d'ajouter que les travaux de notre honorable compatriote viennent de recevoir une juste récom-

pense. L'empereur dom Pèdre II l'a nommé chevalier de son ordre, et l'a choisi pour assister l'impératrice dans ses couches. Nous le félicitons avec d'autant plus de plaisir de ces marques de distinction, que nous savons que les recherches du docteur Sigaud ont été dirigées dans le but d'être utile aux Français qui viennent s'établir au Brésil, et qu'il use lui-même de son influence en faveur des médecins, qui trouvent auprès de lui cet appui et cet encouragement si nécessaires et si précieux sur une terre étrangère.

Docteur DEVILLIERS.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE DE PARIS.

Anatomie pathologique de la trompe d'Eustachi. — Coagulation du sang veineux dans les cachexies. — Angioleucite utérine puerpérale. — Procédé nouveau pour fixer les dents à pivot. — Traitement de la dyssenterie bilieuse par l'ipécacuanha. — Extrémité céphalique du grand sympathique dans l'homme et les animaux.

Gazette Médicale (Avril 1845).

Mémoire sur quelques points d'anatomie pathologique de la trompe d'Eustachi et de la surdité qui peut en résulter; par M. BONNAFONT, chirurgien-major, correspondant de l'Académie de médecine. — Les faits principaux qui font le sujet de ce mémoire peuvent se résumer dans les conclusions suivantes :

1° La membrane qui tapisse la trompe d'Eustachi n'est pas de même nature que celle qui recouvre les parois de la caisse.

2° Cette différence est démontrée par l'absence de cryptes dans la membrane de la cavité du tympan, tandis qu'elles sont nombreuses dans celles de la trompe ; 2° par les changements pathologiques qu'elles éprouvent et que l'observation a pu faire constater.

3° Cette différence d'organisation doit en entraîner nécessairement une dans la nature des affections qui y établissent leur siége; d'où la distinction importante des maladies de la trompe d'avec celles de la cavité du tympan, ainsi que dans le mode de traitement qu'elles réclament.

4° Les insufflations gazeuses de toute espèce généralement employées sont la plupart du temps insignifiantes pour le traitement de ces cophoses, puisque dans aucun cas elles ne peuvent rien contre le rétrécissement de la trompe.

5° Dans le cas de rétrécissement de ce conduit, le seul traitement rationnel et capable d'amener des résultats satisfaisants consiste à l'attaquer à l'aide des mêmes moyens que la pratique a consacrés contre les affections de même genre des autres conduits muqueux. M. Bonnafont assure que la méthode par dilatation lui a constamment réussi pour surmonter les rétrécissements les plus rebelles, et que, dans aucun cas, il n'a eu besoin de recourir à la cautérisation, qui ne doit être employée qu'avec la plus grande réserve.

§ II. *Mémoire sur la coagulation du sang veineux dans les cachexies et dans les maladies chroniques* (deuxième partie du mémoire sur la *phlegmasia alba dolens*); par M. Bouchut, docteur en médecine, interne-lauréat (médaille d'or) des hôpitaux, lauréat de la Faculté de médecine (prix Monthyon). — La dernière période des maladies chroniques est fort souvent signa-

lée par la coagulation du sang dans les grosses veines, et de préférence dans les veines profondes des membres.

Cette oblitération veineuse spontanée, cette *phlegmasia alba dolens* non puerpérale mérite de fixer l'attention des médecins. Hunter a signalé l'existence de la phlébite adhésive dans les veines crurales des phthisiques. Breschet a rapporté trois faits d'oblitération veineuse spontanée. MM. Bouillaud, Rayer, Audral, Cruveilhier, Piedagnel et Trousseau en ont observé plusieurs cas dans les cachexies et dans les maladies chroniques; on en trouve dans les bulletins de la Société anatomique. M. Bouchut en a lui-même rapporté quatre dans son mémoire de la *phlegmasia alba dolens* des femmes en couches. Il en a consigné douze cas nouveaux dans le mémoire qui fait l'objet de cette analyse.

Siége de l'altération. — La coagulation du sang est toujours partielle; elle se manifeste dans les veines profondes des membres inférieurs; ce n'est que très-rarement qu'on l'observe dans les veines des membres supérieurs, du col, de la tête et des organes contenus dans l'intérieur du corps.

Le sang se coagule presque toujours dans un ordre de vaisseaux fort éloignés du lieu où réside la cause du mal qui détermine la cachexie; dans quelques cas cependant il y a communication entre les veines oblitérées et l'organe malade. Nous ne parlons pas ici des oblitérations veineuses très-peu étendues qui se font autour de l'organe malade; car il est impossible, par exemple, de faire l'autopsie d'un cancer sans trouver des caillots plus ou moins nombreux et à tous les degrés de transformation dans les veines voisines.

L'étendue des caillots est très-variable; tantôt ils occupent un seul des membres inférieurs, et passent

bientôt à l'autre en occupant la partie inférieure du tronc de la veine cave, tantôt ils débutent des deux côtés successivement par la partie inférieure des jambes, gagnent la cuisse, et s'arrêtent au pli de l'aine sans atteindre jusqu'aux iliaques primitives.

Les caillots se présentent sous des aspects différents : d'abord ils sont semblables à la matière des caillots du cœur produits au moment de l'agonie. Ils n'adhèrent point aux parois des veines, qui sont entièrement intactes; d'où il résulte que cette coagulation est indépendante de la phlegmasie des parois veineuses, qui n'est que consécutive.

A partir du cinquième au huitième jour, les caillots perdent graduellement leur couleur noire et leur volume; ils acquièrent de la consistance, et ils s'agglutinent aux parois des veines. La consistance des caillots est très-variable, et leur agglutination aux parois des veines se fait à l'aide d'un dépôt très-mince de lymphe coagulable. Alors les parois veineuses sont manifestement épaissies et comme artérialisées.

Lorsque la coagulation veineuse est fort ancienne, les caillots sont d'un blanc jaunâtre, très-résistants, élastiques, quelquefois adhérents aux parois du vaisseau oblitéré, et d'autres fois libres, mais en rapport avec la membrane interne au moyen de petits filaments. Plus tard encore la fibrine des caillots, complétement décolorée et passée à un état de dureté comparable à celle des cartilages, se pétrifie en divers endroits.

Le mécanisme de l'établissement de la circulation collatérale n'est point différent, dans l'oblitération veineuse des maladies chroniques, de ce qu'il est dans l'oblitération veineuse puerpérale.

Le tissu qui souffre le plus de la coagulation du sang

dans les veines, c'est le tissu cellulaire, dont l'infiltration est constante et relative à l'étendue de la coagulation du sang. De l'infiltration du tissu cellulaire à la suffusion séreuse du péritoine et des plèvres il n'y a qu'un pas : aussi l'ascite s'observe-t-elle tantôt avec l'œdème des membres inférieurs, et tantôt avec celui des membres supérieurs.

Les viscères, à l'exception du poumon, dont au reste l'œdème doit être rapporté à l'infiltration séreuse générale, ne subissent aucune influence fâcheuse bien démontrée de la coagulation du sang qui s'effectue dans les maladies chroniques.

Les symptômes de l'oblitération veineuse spontanée non puerpérale sont semblables à ceux de l'oblitération veineuse des femmes en couches. L'altération est la même, les symptômes se ressemblent, la marche et la terminaison se confondent ; c'est la même maladie, dont les causes sont différentes, c'est la *phlegmasia alba dolens*, dont l'existence est liée ici à l'état puerpéral, et ailleurs à l'état de cachexie déterminée par une maladie chronique.

L'oblitération des veines qui survient dans le cours d'une maladie chronique est en général une complication qui n'a aucune gravité *par elle-même,* et qui n'est point suivie de phénomènes de réaction générale. Quelques jours suffisent pour la disparition des accidents. Une ou plusieurs veines importantes sont oblitérées ; mille autres dans le voisinage se dilatent et suppléent à celles qui ne fonctionnent plus.

Mais la gravité de l'oblitération veineuse, considérée relativement à la maladie chronique dans le cours de laquelle elle se montre, est toujours une complication extrêmement sérieuse ; elle indique en général une mort prochaine.

La cause de la coagulation du sang, dans le cours d'une maladie chronique, est inconnue. Seulement on sait que les affections chroniques accompagnées de fièvre paraissent favoriser davantage le développement de la maladie. La phthisie pulmonaire occupe le premier rang; viennent ensuite les cancers de l'utérus, de l'estomac et du foie, les affections scrofuleuses des os accompagnées de fièvre hectique, les grandes plaies, les maladies du rein, la fièvre typhoïde guérie, mais passée à cet état fâcheux et rare où les malades conservent de la fièvre et tombent dans un marasme d'où ils ne peuvent plus se relever.

Traitement. — Il n'y a rien à faire d'actif contre l'oblitération veineuse des cachexies et des maladies chroniques. Il faut calmer la douleur locale à l'aide de fomentations émollientes et narcotiques, envelopper les membres avec de la flanelle, pour les tenir à un degré de température propre à faciliter la circulation collatérale, et donner à l'intérieur des potions gommeuses opiacées, si l'état général en autorise la prescription. Il ne faut recourir aux saignées et aux vésicatoires que dans les cas où ces moyens sont indiqués par quelques circonstances particulières.

A. F.

Archives générales de médecine.

(Mai 1845).

Mémoire sur l'angioleucite utérine puerpérale, par M. Botrel, interne à l'Hôtel-Dieu de Rennes. (*Suite.*) — Dans cette seconde partie de son mémoire, M. Botrel trace l'histoire de la maladie, en commençant par

l'exposé des caractères anatomiques. Il divise les lésions organiques en deux ordres, les unes qu'il appelle primitives, les autres secondaires ou consécutives.

Les premières, qui se sont montrées constantes, résident dans l'utérus et ses annexes. Elles consistent dans le développement de cet organe qui remonte au-dessus de l'angle sacro-vertébral et sur la surface extérieure duquel rampent des vaisseaux lymphatiques remplis de pus, et qui tour à tour enfoncés dans le tissu de l'utérus, ou apparaissant immédiatement au-dessous de la séreuse, forment de véritables ampoules. La grosseur de ces ampoules varie depuis celle d'un petit pois jusqu'à celle d'une amande. Elles occupent principalement les angles ou le bas-fond de l'organe. Les lymphatiques que l'on remarque au col ont une direction transversale et se perdent dans son épaisseur sans arriver jusqu'à la muqueuse; les autres se rendent invariablement aux angles où ils aboutissent. Quelques-uns les dépassent et vont se perdre dans les ligaments larges et gagnent même les ovaires. Dans quelques cas, il y a tant de pus dans les lymphatiques que l'utérus en est imprégné.

Là ne se bornent pas les altérations. Le plus souvent les ligaments larges sont le point de départ d'autres lymphatiques suppurés qui se rendent par des sinuosités, et en offrant l'aspect de plexus, sur les veines des divers organes abdominaux, de ganglions en ganglions, et en allant même s'aboucher directement avec des veines importantes, l'azygos, la veine-porte et le canal thoracique lui-même, chose qui explique parfaitement les phénomènes de l'intoxication purulente que l'on rencontre en pareil cas.

Les ganglions lymphatiques lombaires sont presque

toujours tuméfiés, ramollis, infiltrés de pus; quelquefois on les trouve simplement hypertrophiés.

Il en est de même des ovaires. L'utérus est, dans quelques cas, un peu flasque. Son col a présenté constamment les traces d'une phlogose et des déchirures anfractueuses baignées par un liquide demi-plastique, grisâtre, parfois d'une odeur repoussante. Le vagin est plus ou moins rouge. Il peut être perforé à plusieurs endroits de sa partie supérieure. Le tissu sous-péritonéal offre une injection vasculaire et une infiltration purulente, grande surtout autour des vaisseaux malades. Le péritoine contient généralement un peu d'épanchement séreux ou séro-purulent.

Les intestins et les poumons n'ont présenté rien de particulier. Les altérations les plus graves sont celles du sang, qui, fibrineux dans le principe, est devenu, vers la fin, fluide, poisseux, noirâtre, offrant des grumeaux semblables à de la gelée de groseille mal cuite et quelques caillots se laissant aisément déchirer. Comme il arrive en cette circonstance, et comme effet de cette altération du sang, l'endocarde et la membrane interne des veines sont le siége d'une forte imbibition, sans phlegmasie. La rate, le foie, les reins sont décolorés, ramollis. On y trouve des infiltrations sanguines, de véritables abcès métastatiques. Le cerveau est généralement exempt de semblables lésions.

Les causes de l'angioleucite sympathique sont de deux sortes, les unes accessoires ou dont l'action est médiate; les autres dont elle est immédiate et d'emblée.

Parmi les premières, il faut signaler d'abord le travail long et pénible, l'accouchement artificiel, les plaies, les contusions des organes génitaux. L'état primipare est aussi une circonstance favorable au développement d

la maladie. Les neuf onzièmes des femmes observées par M. Botrel étaient dans cette condition. Il en est encore de même de l'inertie et de la flaccidité de l'utérus, de l'administration du seigle ergoté qui quelquefois détermine des coliques violentes, suivies des accidents de la fièvre puerpérale. Les refroidissements, les écarts de régime, une marche et une station prolongée en sont très-souvent la cause occasionnelle. Une grande part revient également aux émotions morales, surtout à celles qui sont tristes.

A Rennes, M. Botrel a cru reconnaître l'influence de l'acclimatement. La plupart des femmes qui accouchent à la salle de Gesne, dit-il, arrivent de la campagne quelques semaines avant le terme de la grossesse pour habiter la ville. Cette circonstance nous a paru n'être pas restée étrangère aux épidémies que nous avons observées.

L'infection joue-t-elle un rôle dans la production de l'angioleucite puerpérale épidémique? M. Botrel l'imagine, en considérant les conditions dans lesquelles se trouve l'hospice de Rennes dont les salles sont étroites et présentent, vides ou remplies, une odeur mauvaise; cependant, il est certaines circonstances de ces épidémies dont l'infection ne rend pas suffisamment compte à ses yeux. Ainsi l'infection devrait agir dans tous les temps, et l'on voit au contraire les épidémies se déclarer à des époques périodiques et indéterminées? Pourquoi les épidémies sévissent-elles aussi bien dans les clientelles particulières où les causes infectieuses n'existent pas, que dans les maisons d'accouchement où ces conditions sont toutes réunies? Evidemment, pour expliquer la naissance de ces épidémies, il faut admettre une influence autre, une cause que l'on peut nommer atmosphérique quoi-

qu'elle soit inconnue, parce qu'en effet elle paraît résider dans l'atmosphère. Sans chercher à l'apprécier, disons toutefois que les épidémies ont apparu à Rennes dans des saisons froides et humides. L'affection est-elle contagieuse? Les faits ne sont pas en faveur de ce caractère.

(*La fin prochainement.*)

DELASIAUVE.

Journal des connaissances médico-chirurgicales.

(Mai 1845).

I. *Vices et dangers des méthodes usitées pour fixer les dents à pivot. Indication d'un procédé nouveau*, par M. le docteur BOUSSON, dentiste. — Malgré le soin intéressé que la plupart des dentistes mettent à tenir leurs procédés secrets, grâce à une puissante émulation et à des confidences forcément échappées, l'art qu'ils pratiquent a fait néanmoins depuis trente ans de remarquables progrès, surtout en ce qui concerne la prothèse dentaire. C'est un perfectionnement de ce genre que M. Bousson, contrairement à l'usage de ses confrères, vient généreusement faire connaître au public médical. Avant de l'exposer, il indique les défectuosités des procédés généralement usités.

Notre procédé, dit-il, ne s'applique qu'aux dents minérales, les seules qu'un praticien consciencieux puisse se permettre d'employer. En effet, les dents naturelles noircissent et se putréfient quelquefois très-promptement. Les pièces en cheval marin ou hippopotame ne tardent pas non plus à jaunir, à noircir et à se putréfier

dans la bouche. Huit mois ont suffi pour amener à ce résultat un dentier complet de dents d'hippopotame pompeusement appelées *osanores*.

Il est un point sur lequel on a proposé des moyens plus ou moins compliqués; je veux parler des dents à pivot si difficiles à fixer d'une manière convenable. On a toujours négligé le point capital de la question, en cherchant à fixer le pivot dans la racine sans songer à la conservation de ce précieux organe. De là les pivots à antennes, à cliquets, les pivots vissés, etc.; mais ces inventions sont demeurées stériles ou inappliquées. Car il y a une condition essentielle qu'elles ne remplissaient pas, la durée, la conservation de la racine. Cette condition consiste à préserver l'intérieur de cette racine du contact de l'air et des liquides dont la bouche est constamment baignée, en fermant hermétiquement le trou pratiqué dans la racine pour l'implantation du pivot. Tel est le problème irrésolu jusqu'à présent, et dont M. Bousson croit avoir rencontré la solution.

D'abord il convient de bien préparer la racine, qui doit être saine et ne pas offrir de trajet fistuleux. La direction à donner au forêt est celle du canal dentaire, avec la précaution de ne pas pénétrer trop avant, si l'on s'apercevait que ce canal eût subi une déviation notable, car on s'exposerait à rencontrer et à perforer l'alvéole. Les pivots ne veulent être ni trop, ni trop peu volumineux. Trop forts, on ne saurait les enfoncer sans faire éclater la racine; trop faibles, ils courraient risque de ne pas supporter les efforts de la mastication. Ceci fait, et les pivots penchant aisément dans l'ouverture pratiquée pour les recevoir, on introduit dans cette ouverture une quantité suffisante de métal de Darcet, on chauffe les pivots que l'on fait pénétrer

promptement dans le canal dentaire. Le métal entre aussitôt en fusion par l'effet de la chaleur des pivots, se trouve poussé dans toutes les directions et dans tous les vides. Un instant suffit pour solidifier le métal, et la dent à pivot reste admirablement soudée dans la racine.

De cette manière, on évite les inconvénients des pivots vissés, qui sont impraticables en ce que si les dents sont rapprochées, il est presque impossible d'assujettir la dent artificielle dans le sens convenable. On prévient de même ceux des pivots à antennes et à cliquet, qui, laissant du vide, sont des foyers d'infection. En effet, le canal dentaire est si hermétiquement fermé qu'il est inaccessible à l'air lui-même. D'un autre côté, par ce moyen, le pivot devient inébranlable au point qu'il est impossible de l'extraire, tandis que, dans les autres procédés, il est fort sujet à vaciller. Pour obvier à ce vacillement, on a imaginé, il est vrai, avec bonheur, de faire des entailles au pivot et de remplir ces entailles de fils de soie, de coton, de chanvre et même d'or. Mais le plus souvent la réussite n'est que momentanée ; car l'humidité les imbibe, altère peu-à-peu les racines et finit par amener l'ébranlement de la dent à pivot.

Signalons enfin un dernier avantage de l'innovation introduite par M. Bousson. D'habitude on pose en principe que le pivot doit être assez long pour remplir toute l'étendue du canal creusé pour le recevoir ; mais rien n'est plus difficile que d'arriver à une complète précision à cet égard. Or, le métal employé par M. Bousson rend évidemment cette précision inutile, puisqu'il supplée à ce qui peut manquer au pivot, et en pénétrant même dans les trajets fistuleux des racines, offre un des plus sûrs plombages que l'on connaisse. D'ailleurs,

seize ans d'expériences ont confirmé la pratique de M. Bousson.

II. *Du traitement de la dysenterie bilieuse par l'ipécacuanha*, par M. Auguste Millet, D. M. à Tours. — De nos jours, la plupart des médecins n'admettent de différence, relativement à la dysenterie, qu'entre les degrés divers d'intensité et de marche de cette affection. Pour eux elle est seulement légère ou intense, aiguë ou chronique. M. Millet s'élève contre une telle classification, à laquelle il préfère celle des anciens, formant en outre plusieurs espèces, auxquelles répondaient des indications particulières; ainsi les dysenteries inflammatoires, bilieuses, adynamiques, etc. De cet abandon, il est résulté, dit-il, avec raison, qu'aujourd'hui on administre indistinctement tous les remèdes préconisés contre cette maladie sans s'inquiéter de son caractère. De là sans contredit une multitude d'insuccès que n'aurait point éprouvés l'ancienne médecine. L'ipécacuanha, par exemple, est loin de convenir dans toutes les formes de la dysenterie, et en lisant les relations des nombreuses épidemies dans lesquelles on a tiré de cette substance un notable avantage, on voit qu'elles présentaient l'ensemble de ces signes qui constituent le cachet dit bilieux. Après avoir indiqué les épidémies dont nous venons de parler, M. Millet expose les observations qui lui sont personnelles. Dans ces observations, la prédominance des accidents bilieux est manifeste et leur diminution s'est opérée de la manière la plus rapide après l'action du médicament.

Si l'on en croit M. Trousseau, dans son Traité de thérapeutique, l'ipécacuanha n'aurait de vertu, dans ces cas, que lorsqu'il procure des garderobes, et il invoque à l'appui de cette assertion l'opinion de Cullen. M. Mil-

let est d'un avis diamétralement opposé. Selon lui, dans toutes les grandes épidémies, c'est comme vomitif qu'il a été administré, et c'est aux vomissements que la guérison a été regardée comme étant due. C'est également comme vomitif que ce médicament a agi chez les malades de M. Millet. Aussi ajoute-t-il dans ses conclusions : « Les observations que je possède me font croire que, dans la dysenterie à forme bilieuse, l'ipécacuanha jouit d'une propriété anti-dysentérique puissante, et que contrairement à l'opinion de M. Trousseau, ce médicament agit comme vomitif et non comme purgatif. »

Voici la préparation que prescrit notre confrère (2 ou 4 grammes d'ipécacuanha gris concassé qu'on fait bouillir dans 125 grammes d'eau avec addition de 12 grammes de sirop de fleurs d'oranger, à prendre de dix en dix minutes.)

DELASIAUVE.

Gazette Médicale.

(Mai 1845).

Mémoire sur l'extrémité céphalique du grand sympathique dans l'homme et les mammifères, lu à l'Académie des sciences, le 7 avril 1845, par M. BOURGERY. — Quand on se livre à l'examen d'une œuvre quelconque de M. Bourgery, et qu'on veut en rendre un compte fidèle, on n'éprouve qu'un regret, l'étroitesse de l'espace dans lequel on est resserré, tant on la trouve riche de faits et d'observations! L'application du microscope à l'étude de l'anatomie a été pour ce savant la source d'une infinité de découvertes et d'aperçus nouveaux. Ses

merveilleuses préparations, représentées dans son immense ouvrage (*Traité complet d'anatomie de l'homme*), le plus bel édifice anatomique que nous possédions, ont changé plus de la moitié des opinions reçues. Une voie nouvelle s'est ouverte à la pathologie, et nombre de phénomènes physiologiques trouveront d'autres principes que ceux qu'on leur a assignés. Si la fortune s'est montrée avare de ses dons envers cet observateur, en revanche la science l'a comblé de ses faveurs; et nous espérons pour lui la récompense, déjà tardive, due à son mérite modeste et trop ignoré.

Le système nerveux a été, dans ces dernières années, le sujet de travaux importants, tant en France qu'à l'étranger. Plusieurs fonctions, encore mal éclairées, de cet appareil, ont été fixées définitivement; et la dissection, en limitant d'une manière plus précise les cordons des centres, leurs connexions de continuité et de rapport, à servi a les établir irrévocablement. Malgré ces progrès, une vaste carrière restait à exploiter : ainsi, on n'avait fait du grand sympathique aucune étude spéciale; et le rôle physiologique de ce nerf, voire même son origine, restait enveloppé de voiles épais! Il était réservé à M. Bourgery de jeter une vive lumière sur cette partie mal conçue du système nerveux. Voici, en peu de mots, les points principaux du mémoire de cet auteur.

Le grand sympathique, à partir du ganglion cervical inférieur, se divise, à son extrémité cervico-céphalique, en deux plexus, antérieur ou carotidien, postérieur ou vertébral. Celui-ci (vertébro-basilaire) établit d'abord la communication du ganglion cervical inférieur et du plexus de l'artère sous-clavière avec les nerfs cérébro-spinaux du membre thoracique; puis il forme à lui seul la chaîne splanchnique de la masse encéphalique posté-

rieure (cervelet et lobes postérieurs du cerveau). Celui-là (cervico-thoracique antérieur) est beaucoup plus complexe, et offre une disposition bien connue jusqu'à deux petits ganglions entrevus sinon décrits par quelques auteurs, situés sur la face externe et inférieure de la carotide interne dans le canal du temporal. De ces derniers ganglions, l'un est externe, l'autre inférieur : du premier partent deux rameaux, l'un externe, l'autre inférieur. Celui-là monte sur la face externe de la carotide, lui fournit un plexus, reçoit le filet tympanique du glosso-pharyngien, un autre filet du petit nerf pétreux superficiel; puis, sortant du canal temporal, il s'épanouit en trois rameaux, adhérant à la sixième paire. L'autre rameau, parallèle au précédent, reçoit des filets émanés du ganglion inférieur, contourne la face interne de l'artère, reparaît à sa face supérieure, s'y divise en rayonnant, et adhère également à la sixième paire.

Du second ganglion partent les filets indiqués du rameau inférieur, et des filets ascendants qui s'enfoncent dans la dure-mère.

Ces nerfs forment des plexus médians, antérieurs, postérieurs, verticaux : les plexus caverneux qu'ils concourent à former s'anastomosent avec les six premières paires crâniennes, en reçoivent des branches, leur en fournissent, et, en dernière analyse, se rendent, après ces unions successives, à la glande pituitaire.

Plusieurs anatomistes avaient déjà signalé des rapports entre la glande pituitaire et le grand sympathique; les plus récents sont MM. Thierry et Bazin. Mais on n'avait que des assertions isolées, et les éléments posés par les auteurs étaient épars, hypothétiques. M. Bourgery a comblé les lacunes, et démontré que l'extrémité cephalique de l'appareil nerveux de la vie organique offre

quatre espèces de terminaisons, se confondant toutes, ou au moins anastomosées sur le plan moyen et dans la glande pituitaire. Ces quatre modes sont :

1° Deux faisceaux nerveux, supérieur et inférieur à l'artère carotide, qui se perdent dans le corps pituitaire ;

2° Deux plexus, l'nn basilaire, l'autre sous-sphénoïdal, formant un épais réseau commun d'un côté à l'autre ;

3° Trois rameaux véritablement terminaux, qui se joignent au plexus propre de l'artère carotide, pour se répandre au-delà sur les artères cérébrales, moyenne et antérieure ;

4° Enfin, l'anastomose de ces trois espèces de rameaux avec les filets gris, émanés des nerfs céphaliques, principalement le trijumeau. — Ces faits aboutissent donc à faire considérer la glande pituitaire comme un organe de première importance physiologique, comme un véritable ganglion, et comme l'origine du grand sympathique, puisqu'elle est le centre de sa portion encéphalique, et de ses anastomoses avec les six premiers nerfs crâniens ; qu'elle unit à son tour trois groupes de filets se continuant avec les nerfs des artères commençantes postérieures, carotides et cérébrales antérieures ; qu'elle est formée des substances grise et blanche, et qu'elle est très-vasculaire.

Le rôle physiologique du corps pituitaire serait, d'après cela, celui d'un ganglion intervertébral, de nœud de jonction des systèmes nerveux de la vie animale et de la vie végétative, qu'il rend solidaires l'une de l'autre, et relie en un seul organisme. La connexion de ces appareils explique en effet le consensus qui se manifeste entre tous les organes nerveux, l'influence des affections viscérales sur la physionomie, et le facies propre à

chacune d'elles, les enchaînements des phlegmasies, causes secondaires les unes des autres, et l'intervention des accidents cérébraux pendant leur cours. Elle traduit et localise les brusques substitutions d'une névralgie à une autre, et donne la raison de cette liaison des centres nerveux psycologiques et de leurs agents avec les organes de la vie végétative, dont les influences rendent si complexes la physiologie et la médecine.

X.

MOUVEMENT DE LA PRESSE MÉDICALE DES DÉPARTEMENTS.

Corps étranger dans l'articulation du genou. — Tumeurs blanches articulaires. — Apoplexie nerveuse. — Opération césarienne pratiquée avec succès à Nantes.

Journal de médecine de Lyon.

Corps étranger formé dans l'articulation du genou, extrait par une incision. — Observation suivie de recherches sur cette maladie, par le docteur Fleuret. — A cette occasion, ce praticien s'est livré à des recherches bibliographiques sur les causes et le mode de formation des productions inter-articulaires. Son travail est à peu près complet, et peut être rangé parmi les plus importants que l'on possède sur cette matière. Du reste, à part quelques données curieuses, il ne nous apprend rien de nouveau, et il est vrai de dire qu'un article de M. le professeur Velpeau, publié dans le Dictionnaire de médecine, n'avait laissé presque rien à faire à ce sujet. La composition des corps étrangers des articulations est encore peu connue; l'analyse chimique a montré, dans celui de cette observation, de la gélatine, du phos-

phate calcaire presque pur, et fait rapporter sa nature, ou plutôt son origine, à un fibro-cartilage ossifié et détaché par violence des surfaces auxquelles il adhérait.

Journal de Médecine de Bordeaux.

Observations de tumeurs blanches articulaires ; réflexions par M. le professeur Chaumet. — Les tumeurs blanches ont été, dans ces derniers temps, l'objet de travaux importants qui ont tous plus ou moins éclairé l'anatomie pathologique, les causes, les symptômes, la marche et le traitement de cette espèce d'affections. Sans rappeler les récentes découvertes dont s'est enrichie la science, ni les divisions auxquelles on a soumis les arthropathies, rapportons la définition que donne M. Chaumet : « La tumeur blanche est une lésion d'ar-« ticulation, avec gonflement, souvent sans coloration « de la peau, quelquefois sans douleur, et constamment « avec atrophie de la portion du membre qui est au-« dessous de l'articulation malade. » Ajouterons-nous que cette définition est, pour son auteur, peut-être la meilleure de toutes celles de cette maladie émises jusqu'ici. Cette opinion nous semble loin d'être justifiée, et la tumeur blanche nous paraît devoir porter le nom de l'altération qui la caractérise dès le principe, altération dont elle n'est que la conséquence, l'expression à une période donnée du travail vital primordial, ou, si l'on veut, primitif qui la précède. Ainsi, nous n'admettons pas avec M. le professeur de Bordeaux que l'atrophie de la portion du membre située au-dessous de l'articulation malade soit constante, nous fondant à cet égard sur près de dix cas bien caractérisés que nous

avons sous les yeux. D'autres faits, d'ailleurs, nous empêcheraient de donner une adhésion entière à cette définition, qui n'est vraie que dans certaines circonstances.

M. Chaumet a divisé, après une indication très-succincte des articulations le plus souvent atteintes (ginglymes), les symptômes en trois périodes, et cette division, bonne à suivre, qu'on ne saurait trop tôt introduire dans la science, laisse à désirer cependant, puisque ce chirurgien ne nous fait pas connaître à quelle lésion correspond telle ou telle période, à quel désordre vital correspond tel désordre fontionnel. Nous regrettons d'autant plus que M. Chaumet n'ait pas suivi cette marche, qu'il consacre un chapitre à l'anatomie pathologique, et que son travail eût pu être rangé parmi les plus complets que l'on possède sur cette matière.

Le traitement varie, pour le professeur de Bordeaux, suivant qu'on a affaire à la première période, aiguë, ou à la seconde, chronique. Dans le premier état, il emploie les saignées générales et locales selon la méthode ordinaire, les bains, les cataplasmes, le mercure en frictions, la compression, puis les tisanes adoucissantes, tempérantes, sudorifiques, la diète, etc.; enfin les vésicatoires, les cautères. Dans le deuxième état, il trouve quelquefois avantageux de continuer les moyens précédents, et, quand on a épuisé ces ressources sans succès, il a recours à l'amputation.

Existe-t-il une apoplexie nerveuse? par M. le professeur Gintrac.— « Est-il bien prouvé qu'un individu « ayant offert la perte de connaissance, la suspension « subite de l'action des sens, de l'encéphale et des mus- « cles, qui caractérisent l'attaque apoplectique, n'ait « présenté à l'autopsie cadavérique ni épanchement san-

« guin, ni collection séreuse, ni aucune autre lésion no-« table de l'encéphale ? » Selon ce praticien, des faits peu nombreux, mais positifs, conduisent à répondre par l'affirmative à cette question, et l'existence de l'apoplexie nerveuse est admise par Morgagni, Seelmatter, Kortum, Hildenbrand, Abercrombie, Duparcque, Gendrin, Lobstein, etc. Ce professeur vient de recueillir un fait, qu'il a observé avec plusieurs médecins de Bordeaux, dans lequel le malade succomba, (après avoir éprouvé pendant deux ans des symptômes douteux du côté des centres nerveux) à une perte de connaissance subite. L'autopsie ne montra aucune lésion dans les renflements encéphaliques ; on ne put constater que quelques ossifications dans les artères cérébrales et cérébelleuses. De là M. Gintrac est porté à admettre « qu'il « existe une apoplexie nerveuse, que cette maladie est « une des causes de la surexcitation nerveuse, et qu'elle « n'est point étrangère à l'influence de l'hérédité. » Sans partager entièrement cette opinion, disons que nous avons eu l'occasion de voir un cas identique, et que la femme qui en fait le sujet, traitée dans un des hôpitaux de Paris, n'offrit à l'autopsie aucune altération soit dans le cerveau, soit dans le cervelet, dans le bulbe ou la protubérance ; il n'y avait qu'une incrustation osseuse dans les artères cérébrales fournies par la carotide interne et dans les branches émanées du tronc basilaire. La malade avait soixante ans passés.

X.

Journal de la section de médecine de la société académique du département de la Loire-Inférieure.

Extrait d'une observation d'opération césarienne pra-

tiquée avec succès; par le docteur PITRE-AUBINAIS. — L'opération césarienne est tombée dans un tel discrédit que les accoucheurs préfèrent le plus souvent, dans les cas difficiles où elle est réclamée, sacrifier l'enfant. Cet état de la science nous fait donc un devoir de rendre compte du cas que vient de publier M. le docteur Pitre-Aubinais. Nous ne dirons rien des antécédents de la mère ni de la position du fœtus au moment de l'opération : le défaut d'espace ne nous permettant pas d'entrer dans tous les détails, nous nous bornerons aux faits principaux de l'opération. Les savants qui désireraient de plus amples informations les trouveront dans le journal indiqué, et le succès, qui a couronné la pratique du médecin distingué de Nantes, suffit pour encourager les praticiens à tenter les ressources de la gastro-hystérotomie pour épargner les jours d'un être humain. Nous ne donnerons que les principaux traits du manuel opératoire suivi par M. Pitre-Aubinais. Il fit, de préférence au procédé de Lauverjat, la section de la ligne blanche, se fondant sur ce que l'obliquité de l'utérus faisait proéminer cet organe au point qu'il paraissait collé à la paroi antérieure de l'abdomen. L'opération ne présenta rien de bien remarquable, si ce n'est que cette paroi fut divisée d'un coup par une incision étendue depuis un pouce environ au-dessous de l'ombilic jusqu'à deux pouces au-dessus de la symphyse pubienne. La matrice, ainsi mise à découvert, l'opérateur pénétra dans sa cavité jusqu'au placenta par une incision faite en deux temps sur sa face antérieure. Il retira l'enfant par les pieds, et l'opération fut promptement terminée. Une légère hémorrhagie (90 gram.), résultant de la division des vaisseaux utérins, eut lieu. L'arrière-faix et les membranes furent extraits par l'ouverture artificielle. La matrice revint

facilement sur elle-même ; seulement la plaie, restant tant soit peu béante, fut réunie par deux points de suture simple pour prévenir l'écoulement des lochies à travers l'écartement de ses lèvres ou l'introduction d'une anse intestinale ou d'une portion du grand épiploon dans la cavité utérine. Une suture enchevillée réunit la partie supérieure de la solution de continuité de la paroi abdominale antérieure, et un petit espace fut laissé libre à sa partie inférieure, au moyen d'une mèche de charpie, pour livrer passage au sang et aux liquides dans le cas d'épanchement interne. Des bandelettes furent placées entre les aiguilles pour rendre la réunion plus immédiate. Le reste du pansement, maintenu par un bandage de corps, fut celui d'une solution de continuité simple.

Les suites de l'opération furent heureuses, et la femme guérit promptement. Des adhérences, établies entre la matrice, qui ne redescendit pas entièrement dans le petit bassin, et le feuillet pariétal du péritoine, furent respectées, et le médecin ne crut pas, dans ce cas, devoir suivre l'exemple de Bacqua, en les détruisant. Une *phlegmasia alba dolens* eut lieu cependant, mais ne fut que de courte durée. A part cet accident, et l'écoulement d'une petite quantité de pus par l'extrémité inférieure de la plaie de l'abdomen, on n'observa, comme nous l'avons dit, aucune complication sérieuse. Au quarantième jour, la malade était parfaitement guérie.

Ant. Dubois avait remarqué que chez les femmes de la campagne la gastro-hystérotomie réussissait beaucoup plus souvent que chez les femmes des villes. Faut-il attribuer le succès de M. Pitre-Aubinais à la première de ces conditions? Nous ne le déciderons pas. Seulement nous dirons que l'observation qu'il vient de publier est pour nous un argument de plus pour suivre l'exemple de MM. Vel

peau et Paul Dubois, qui pratiquent cette opération dans tous les cas où elle est indiquée. Une autre conduite nous paraîtrait exposer à la fois la mère et l'enfant, conséquences beaucoup plus fâcheuses que celles de la gastro-hystérotomie, qui n'est dangereuse, en général, que pour la mère. Car, si, dans le fait qui nous occupe, l'enfant fut retiré mort de la matrice, cela tient à l'époque où fut tentée l'opération, et il est probable que, pratiquée plus tôt, elle eût sauvé l'un et l'autre. Cette considération doit donc engager à ne pas attendre la dernière extrémité pour recourir à ce moyen de salut, lorsque l'impossibilité de l'accouchement par les voies naturelles est bien reconnue. X.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX ITALIENS.

Achilléine contre les fièvres intermittentes.— Etat de la fibrine du sang dans les inflammations. — Expériences électro-physiologiques. — Origine du calorique dans les eaux thermales. — Emploi de la ciguë contre le tœnia. — Epilepsie guérie par l'opération du trépan.

De l'achilléine dans les fièvres intermittentes; par le docteur L. Puppi. — Les paysans des environs de Bellune font usage depuis fort longtemps de la décoction concentrée de millefeuille (*achillea millefolium*) dans le traitement des fièvres intermittentes. Instruit de

cette particularité, un chimiste italien, M. Zanon, analysa la plante, et y découvrit, en 1843, non un alcaloïde, mais un principe nouveau, qu'il appela achilléine. Voici en peu de mots la manière de l'obtenir : ayant fait une décoction concentrée de millefeuille, on sature l'acide libre qui y existe avec l'hydrate de chaux ; on précipite la matière colorante à l'aide du charbon animal. On filtre, et l'extrait recueilli est traité par l'alcool anhydre bouillant. On réunit les liquides alcooliques dans un alambic en y ajoutant un peu d'eau, et on distille à sec. Le résidu qui reste au fond du bain est l'achilléine, masse extractive d'un jaune brûnâtre, d'une saveur amère qui n'est pas désagréable, d'une odeur particulière, attirant l'humidité de l'air, entièrement soluble dans l'alcool bouillant, insoluble dans l'éther sulfurique ; si cependant on ajoute à l'éther quelques gouttes d'acide achilléique, la solution a lieu instantanément. L'eau dissout très-aisément l'achilléine.

Le docteur Puppi chercha à utiliser ce nouveau produit dans sa pratique, et c'est le résultat de ses expériences qu'il expose.

Ainsi il a vu l'achilléine consolider la guérison par le sulfate de quinine dans deux intermittentes tierces ; empêcher la récidive dans une troisième ; une autre fièvre de même espèce être guérie par l'usage exclusif de ce nouveau produit. Il l'a employée enfin avec succès dans des cas d'artérite lente, d'hépato-splénite suivie de fièvre intermittente, de sub-gastrite à type tierce, et à la dose, soit de 5 ou 10 grains, soit d'un demi-gramme ou d'un gramme par jour en solution.

Le docteur Puppi a fait sur lui-même quelques expériences propres à éclairer sur les effets de l'achilléine. Six grains de cette substance pris le matin, le pouls étant

à 72 pulsations, donnèrent lieu deux heures après à un sentiment de froid vers la région précordiale, à de la pesanteur et à de l'oppression. Le pouls n'avait pas changé au bout de quatre heures; mais, après le repas, survint une douleur aiguë à la région précordiale, douleur qui persista pendant deux jours. Il s'aperçut que la solution n'offrait pas cet inconvénient. 24 grains du médicament en solution, pris pendant une autre journée, ne donnèrent lieu à aucune douleur, à aucune augmentation dans la fréquence du pouls, et ne firent que stimuler les forces musculaires et celles de l'estomac. Une autre fois cependant, 28 grains produisirent quelque mollesse dans le pouls et quelque irrégularité dans la systole. Enfin, 90 grains d'achilléine eurent les mêmes résultats, et, de plus, firent naître un sentiment de pesanteur à l'estomac.

Ce médicament pourrait donc, selon l'auteur, remplacer les sels de quinine dans certaines circonstances, et surtout dans les pays où les fièvres intermittentes sont fréquentes, et, de plus, il a l'avantage d'être d'un prix bien inférieur.

(*Annali univ. di med.*, mars 1845.)

Etat de la fibrine du sang dans les inflammations. — Dans ce mémoire, qui forme la troisième série des recherches du docteur Polli, recherches dont nous avons déjà donné différents extraits, l'auteur établit que :

1° La fibrine est à l'état liquide dans le sang en circulation, et se maintient à cet état pendant quelque temps encore en dehors de l'organisme vivant.

2° Le sang se coagule, ou peut toujours se coaguler avant de se putréfier. Ceux qui ont cru voir du sang incoagulable l'ont observé ou trop tôt ou trop tard, ou

bien ont attribué au sang ce qui dépendait de circonstances extérieures.

3° Le sang, que l'on trouve quelquefois liquide dans les cadavres trente-six à quarante-huit heures après la mort, peut avoir assez souvent éprouvé une coagulation spontanée. Cet état de liquidité est l'opposé de celui dans lequel entre le sang par l'effet de la putréfaction. La rigidité et la résolution cadavériques semblent liées à ces divers changements dans l'état du sang contenu dans le système capillaire.

4° L'inflammation donne lieu à trois modifications principales de la fibrine du sang, et qui consistent :

(*a*) dans l'augmentation de sa quantité ;

(*b*) dans sa plus grande résistance à la coagulation (ce que l'auteur appelle *bradifibrine*);

(*c*) dans sa raréfaction moléculaire (*parafibrine*).

5° Chacune de ces modifications accompagne un degré plus ou moins intense de phlogose ; ainsi la simple augmentation de la fibrine se lie à une inflammation dans son premier stade, la production de la bradifibrine à un degré d'intensité plus grand de l'affection, celle de la parafibrine à un degré encore plus élevé, qui serait le plus considérable des phlegmasies susceptibles d'une complète résolution, ou bien de celles qui restent au-dessous des inflammations suppuratives et gangréneuses dans lesquelles les tissus sont détruits.

6° Chacune des trois modifications de la fibrine qui viennent d'être décrites se traduit aux sens par l'apparence qu'offre le caillot sanguin qui la contient, sert à caractériser les divers degrés d'intensité de la phlogose, et offre un guide certain au praticien.

7° Ces trois modifications phlogistiques de la fibrine, et surtout de la parafibrine, expliquent quelques faits

de pathologie restés jusqu'à présent obscurs ou sans explication; tels sont : la coagulation des sérums évacués par la paracenthèse, l'extravasation de la fibrine qui va former les pseudo-membranes, l'apparition d'une couenne prononcée même dans le sang qui se coagule avec une certaine rapidité, l'apparence de la couenne gélatiniforme ou baveuse, etc., etc.

(*Annali univ. di med.*, février 1845.)

Expériences électro-physiologiques faites au musée physique de l'université de Bologne en 1840; par le docteur U. Breventani. — De toutes les expériences entreprises par l'auteur dans le but de vérifier l'existence ou la non existence des courants électro-physiologiques chez les animaux à sang chaud, courants que prétendaient avoir démontrés les professeurs de Venise et de Pise, on peut tirer les corollaires suivants :

1° Dans presque toutes les expériences, les courants furent obtenus d'une manière évidente, mais sans que les expérimentateurs pussent savoir si les conducteurs étaient homogènes ou non.

2° L'eau distillée ou naturelle ne suffit pas pour explorer l'homogénéité des fils et des aiguilles; l'eau salée ou acidifiée avec l'acide sulfurique réussit mieux, et mieux encore le sérum du sang, quant à ce qui regarde les expériences entreprises.

3° L'homogénéité des fils et des conducteurs de platine persiste pendant longtemps. Les aiguilles de fer la perdent légèrement, parce que par leur contact avec le liquide employé elles sont exposées à une altération assez rapide.

4° Les fils et conducteurs de platine, dont on avait reconnu l'homogénéité à l'aide du sérum du sang porté

rapidement sous la peau ou dans l'axe cérébro-spinal et les muscles, ou seulement dans le système nerveux ou musculaire, ou bien enfin fixés dans les divers organes des animaux, n'ont jamais produit le plus léger courant capable d'opérer quelque déviation de l'aiguille du galvanomètre.

5° La même chose avait lieu lorsque l'animal sur lequel se faisait l'expérience se débattait et recevait de violentes secousses.

6° Cela avait lieu encore toutes les fois que les fils ou les conducteurs plongeaient seulement dans les nerfs où il est présumable que les courants que l'on cherchait auraient pu se manifester plus aisément à l'œil de l'explorateur.

7° Les phénomènes que l'on obtint chez les animaux vivants, alors qu'on ne s'était pas suffisamment assuré de l'homogénéité des conducteurs de platine ou qu'on employait des aiguilles de fer, furent presque identiques à ceux que l'on obtint avec les mêmes fils et aiguilles enfoncés dans le système nerveux et musculaire, et dans les organes des animaux morts. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que les mêmes phénomènes avaient lieu lorsque les mêmes fils et aiguilles se trouvaient plongés dans des solutions différentes et particulièrement dans le sérum sanguin plus ou moins chauffé.

8° On ne put obtenir, même sur la grenouille préparée selon la méthode de Galvani, aucun indice de courants momentanés appréciables au galvanomètre, et malgré les contractions violentes et les secousses électriques qui ébranlaient l'animal.

9° On vit enfin que les diverses profondeurs auxquelles étaient plongés les fils et les aiguilles dans les tissus animaux, que le poli plus ou moins parfait de ces

fils et aiguilles, ou leur contact accidentel avec les métaux hétérogènes, étaient autant de circonstances susceptibles de produire des courants de divers degrés, courants indiqués par autant de déviations du galvanomètre. On remarqua aussi que la force du courant diminuait ou disparaissait complétement, et beaucoup plus facilement lorsque les fils de platine surtout (pourvu qu'ils fussent hétérogènes) étaient enfoncés dans des tissus animaux ; ce qui arrivait aussi lorsqu'on répétait les immersions des fils dans l'eau et dans diverses solutions, mais spécialement dans le sérum du sang.

On doit observer, d'après ces corollaires, que l'auteur et les physiciens distingués qui l'ont aidé dans ces expériences n'ont pu aucunement s'assurer de l'existence de véritables courants électro-vitaux appréciables pendant la vie de l'animal et qu'ils n'en découvrirent aucun indice pendant les violentes contractions et les secousses de celui ci; de sorte qu'ils en nient l'existence, on qu'au moins ils croient qu'elle n'est pas démontrée, comme les expérimentateurs de Venise et de Pise l'ont annoncé. Il faut peut-être en accuser les méthodes d'expérimentation différentes mises en usage des deux côtés, etc., etc.

(*Annali univ. di med.*, mars 1845.)

Quelques considérations sur l'origine du calorique dans les eaux thermales, par M. le docteur G. Bianconi. — On peut faire d'abord deux observations générales, confirmées par ce qu'on observe sur les eaux thermales les plus connues ; c'est que 1° ces eaux jaillissent ordinairement à travers des fissures très-étroites ou des ouvertures pratiquées par la nature au travers de masses de nature calcaire ou siliceuse, dures et compactes comme le seraient les granits, les quartz, etc. 2° Elles sortent avec violence de ces ouvertures, et leur tempé-

rature est puissamment élevée par un courant de gaz qui se mélange, pendant un espace plus ou moins long, avec l'eau, et la comprime contre les parois solides des masses qu'elle traverse ; de telle sorte que là où le jaillissement de l'eau est le plus violent, là aussi la température est la plus élevée et la quantité de gaz la plus considérable, loi déjà établie par d'autres observateurs. L'auteur a voulu démontrer que les eaux thermales dont il est question parcourant des canaux pierreux, siliceux ou de nature analogue, parfaitement clos de toutes parts, doivent nécessairement éprouver une pression et un frottement continuels non-seulement de leurs molécules contre les parois résistantes des masses qu'elles traversent, mais entre leurs molécules intégrantes elles-mêmes, ce qui constitue une espèce d'attrition continuelle que l'eau subit dans son long trajet. L'attrition ou le frottement étant la cause immédiate du développement de la chaleur dans les corps solides, il doit en être de même dans les corps liquides. M. G. Bianconi et son frère sont parvenus, au moyen d'appareils particuliers, à produire de la chaleur dans des liquides au moyen de la pression continue et de leur attrition contre la superficie de parois dures, ce que beaucoup de physiciens avaient regardé comme impossible à réaliser. Le premier de ces appareils se compose d'une lame mince de cuivre contournée en spirale, dont les tours sont maintenus à une distance déterminée l'un de l'autre au moyen de deux fils de laiton fixés aux bords de la bandelette métallique et interposés entre chaque cercle qu'elle forme ; de telle sorte qu'on a un canal libre long de 7 mètres, large d'un pouce et ayant l'épaisseur d'un tiers de ligne environ. Une pompe aspirante et foulante est adaptée à l'ouverture du tube. Deux thermoscopes placés l'un dans le réservoir de l'eau qui

doit entrer dans le tube spirale, l'autre dans le centre de l'ouverture externe de ce tube servant à indiquer le degré de température de l'eau à sa sortie du tube. L'autre appareil consiste en un disque mobile tenu par un long fil métallique entre deux autres disques immobiles, le tout plongé dans un liquide. Un mouvement de rotation rapide imprimé au disque médian a produit sur l'aiguille du galvanomètre une déviation de 18° à 90°, ce qui indique une augmentation sensible de chaleur. L'auteur convient, du reste, que ces expériences ne suffisent pas pour résoudre le problème. On a observé que les eaux thermales ne se rencontrent pas aussi fréquemment dans les terrains stratifiés que dans ceux disposés en masses, et que dans les premiers elles existent plus souvent là où les stratifications sont verticales que là où elles sont horizontales. Cette dernière disposition, en effet, s'oppose beaucoup plus à l'ascension des gaz qui s'échappent du fond de la terre. Dans les terrains en masse, au contraire, les trous, les fissures qui y existent sont très-nombreux, très-tortueux et offrent aux eaux qui les parcourent des voies très-variées où elles sont sans cesse poussées, comprimées par les gaz contre les parois très-rénitentes de ces divers canaux. De là augmentation de la chaleur.

La chaleur centrale invoquée encore aujourd'hui par beaucoup de personnes ne suffit pas pour expliquer la production des eaux thermales, et n'est admissible que pour celles qui avoisinent des volcans actifs ou éteints.

Cette loi de la compression des liquides dans les canaux qu'ils parcourent, établie par les expériences de M. Bianconi, peut s'appliquer également au développement de la chaleur chez les animaux, développement attribué déjà par beaucoup de physiologistes au mouve-

ment circulatoire du sang dans ses vaisseaux. Il conclut donc qu'il existe dans la nature deux circonstances dans lesquelles les liquides renfermés dans des canaux déterminés, contraints de les parcourir avec rapidité et éprouvant de toutes parts des frottements avec compression, acquièrent un certain degré de chaleur : c'est 1° lorsqu'ils traversent les fissures ou crevasses très-résistantes des terrains par l'effet de la foule puissante des gaz ; 2° lorsqu'ils circulent dans les artères des animaux par l'effet de leurs contractions.

Emploi de la ciguë (*conium maculatum*) *contre le tænia.* — Un gardeur de vaches, Antonio Cisto, âgé de 28 ans, éprouvait fréquemment des convulsions et une douleur aux environs de l'ombilic : la maladie considérée d'abord comme de nature nerveuse, fut traitée par tous les moyens connus. Lorsque le docteur Manlucci le vit, il avait la face bouffie, pâle, d'une teinte livide, les yeux caves ; il était sans force, éprouvait de fréquentes lipothimies, de la cardialgie, des vomissements, des crampes, des démangeaisons aux narines, des flatuosités, le ventre se ballonnait pendant le peu d'heures de repos qu'il pouvait trouver. On soupçonna des vers intestinaux et on administra en conséquence toute espèce d'anthelmintiques ; et même la racine de grenadier, sans aucun avantage. L'usage des demi-bains de laitue et de ciguë, celui de la valériane prise à l'intérieur, parvinrent seuls à le soulager et à lui permettre même de reprendre ses occupations. Mais ce bien-être ne fut pas de longue durée et le malade vit bientôt reparaître toutes ses souffrances. Un jour Cisto envoie sa fille cueillir dans un bois des feuilles de valériane ; l'enfant se trompe et rapporte des feuilles de ciguë qu'elle fait bouillir et dont son père mange une certaine quantité avec du pain.

Bientôt celui-ci éprouve des mouvements convulsifs violents, des douleurs d'entrailles excessives, a le corps couvert de sueurs, les yeux rutilants, des vomissements, des selles nombreuses ; sa voix s'affaiblit, il offre enfin le spectacle d'un homme atteint du choléra.

On lui fait avaler du vinaigre et du café qui le calment un peu, et, quelques heures après, le malade évacue un ver long d'une centaine de palmes et un certain nombre de fragments. Ce ver appartenait à l'espèce désignée sous le nom de *tænia armata humana*. La guérison fut dès lors rapide et constante.

Le docteur Manlucci a eu l'occasion, une autre fois, d'administrer la ciguë chez un enfant de cinq ans atteint du ver solitaire, sur lequel toute espèce de médicament avait échoué. On en fit prendre trois grains associés à la valériane dont l'enfant faisait usage contre des attaques d'épilepsie, et au bout de quelques jours il ressentit quelques douleurs intestinales, on lui donna un peu d'huile de ricin et il rendit un tœnia long de dix palmes avec plusieurs fragments parmi lesquels on trouva la tête.

Epilepsie guérie à la suite d'une opération de trépan, par le docteur C. Spinelli. — Pasquale Ferraro est âgé de 15 ans, né de parents sains et a été atteint d'épilepsie dès un mois après sa naissance. Les attaques se sont répétées jusqu'à présent environ cinq fois par an et sont devenues plus violentes depuis l'âge de 7 ans. Le jeune homme est d'une constitution extrêmement délicate et dans une position peu aisée ; il est remarquable par la petitesse de sa tête relativement au reste du corps, et c'est à cette étroitesse de la boîte crânienne que le docteur Spinelli croit pouvoir attribuer la cause la plus vraisemblable de l'épilepsie. Nul autre or-

gane, en effet ne présentait de vice particulier chez ce malade. Une douleur obtuse au sinciput, un tiraillement douloureux aux yeux et à l'oreille étaient les signes précurseurs de l'attaque qui durait une heure, et était signalée par la perte du sentiment, l'immobilité des yeux, etc.; une sueur abondante à la tête en annonçait la cessation.

Un jour, Ferraro reçut à la région occipitale une pierre lancée avec force et qui l'étendit sans connaissance sur le terrain. Les sens étaient éteints, les membres, excepté le bras gauche, paralysés, le visage livide, la pupille dilatée, la mâchoire inférieure béante, la respiration stertoreuse, la peau couverte d'un sueur froide, le pouls petit, rare, et intermittent, etc. Le coup avait déterminé, à deux travers de doigt au dessus du point de réunion des sutures digitales et lambdoïdes, une fracture des os du crâne avec enfonçure. De là, compression du cerveau. On dut appliquer une couronne de trépan dans le but de redresser les os fracturés. Le malade fut guéri au bout de cinquante jours, de manière à pouvoir reprendre ses occupations. On remarqua seulement que, malgré le bandage contentif, la partie fracturée avait conservé une saillie en dehors sous l'effort des vibrations cérébrales.

Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis quinze mois, les attaques d'épilepsie n'ont pas reparu. L'auteur pense que ce résultat est dû à l'élargissement de la cavité crânienne dans laquelle le cerveau se trouvait comprimé, et rapproche ce fait de celui du comte Philippe de Nassau Wicchiem, lequel après une chute de cheval qui détermina une grave contusion du crâne, fut trépané vingt-sept fois avant qu'on pût découvrir l'épanchement. Après la guérison il lui fut possible de boire beaucoup

plus de vin qu'auparavant, sans s'enivrer, probablement à cause de l'expansion plus facile du cerveau.

M. Spinelli conclut de son travail que :

1° L'épilepsie doit être divisée, comme on l'a fait, en idiopathique cérébrale et en sympathique, ou provenant d'une autre maladie étrangère au cerveau.

2° Elle dépend d'une cause, le plus ordinairement traumatique, qui agit directement sur le cerveau ; la plus commune doit être l'étroitesse du crâne relativement à son contenu.

3° Lorsque l'on aura acquis la certitude que l'épilepsie dépend d'une pression continue du cerveau, il sera nécessaire d'employer des moyens propres à agrandir la cavité crânienne pour donner plus de développement à l'organe.

4° L'opération du trépan, renouvelée selon les cas, est le moyen d'arriver à ce but.

5° Cette pratique est conséquente avec les expériences de Sanctorius qui dit que le corps humain à certaines époques de chaque mois et sans cause connue s'accroît, puis diminue ensuite de poids alternativement. Toutes les fois donc que le cerveau, par l'effet de cette loi, trouvera des obstacles à son libre développement il pourra y avoir attaque épileptique, et cette disposition ne pourra être détruite qu'à l'aide de la trépanation.

Nous nous abstenons de remarques au sujet de ces conclusions, qui sont évidemment trop absolues.

(*Ibidem.*)

Dr C. Devilliers.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT DE FRANCE.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Avril et Mai 1845).

Théorie de la vision. — Du diapason comme instrument de diagnostic.

Séance du 5 mai. — *Théorie de la vision.*—M. Vallée lit une note relative à la théorie de l'œil ; cette note est extraite d'un quatrième mémoire de son grand travail sur la vision.

L'auteur expose, dans ce mémoire, que la loi des rayons virtuels normaux à la rétine s'applique aux yeux des insectes et des crustacés, tels que les décrit M. Muller dans sa *Physiologie du système nerveux*, et il donne de nouveaux tableaux des réfractions de l'œil. De ces tableaux découlent les faits les plus importants de sa théorie.

D'après cette théorie, l'image de la chambre obscure qui produit l'image de la rétine est d'une perfection et d'une espèce inimitables.

A l'effet d'obtenir cette perfection, un milieu particulier, le corps vitré, se trouve interposé entre la lentille et le tableau ; ce corps se compose de couches de plus en plus réfringentes en approchant de la rétine, et de là résultent deux moyens d'achromatisme qui concourent au même but.

Par cette même dispositon du corps vitré, l'image de la rétine est agrandie, elle se reporte vers le grand cercle transversal du globe, et elle occupe toute la moitié postérieure de l'organe, et même un peu plus, conformément aux faits, qu'il serait difficile d'expliquer en supposant le corps vitré homogène.

A l'effet encore d'obtenir toute la perfection possible, le tableau qui reçoit l'image est courbe, et toutefois il diffère beaucoup d'une sphère. Les droites ou rayons virtuels qui joignent les points rayonnants et leurs images sont normales au tableau, ce qui, pour chaque objet, produit une perspective qui n'a, dans aucune de ses parties, les défauts des *perspectives curieuses*. De plus, les rayons de courbure du tableau, lesquels coïncident avec les rayons virtuels, augmentent de longueur à mesure que les points auxquels ils se rapportent sont plus près du fond de l'œil; d'où il suit que l'image d'un objet sur lequel se porte angulairement l'axe optique est dessinée avec une échelle qui augmente à mesure que cette image se rapproche du fond de l'œil.

Enfin, l'allongement de l'œil, la diminution du rayon de la courbure et le déplacement du cristallin, en vertu de la disposition du corps vitré en couches, se réduisent à des changements de 2 ou 3 dixièmes de millimètre seulement d'amplitude.

Ces faits sont le résultat d'expériences de géométrie et de calcul.

Du diapason comme instrument de diagnostic. — M. A. Latour adresse à l'Académie une lettre dont nous extrayons les passages suivants :

« M. Despretz terminait le mémoire qu'il a lu dans la dernière séance de l'Académie, en manifestant l'espoir de voir surgir quelques applications utiles du diapason

à la pathologie. Les vœux de ce savant physicien ont été exaucés. En 1843, j'ai appelé l'attention des médecins sur les avantages de l'application du diapason au diagnostic des maladies de poitrine. Dans tous les cas où la percussion ne peut être pratiquée, tels que ceux qui résultent de la présence de cautères ou de vésicatoires, d'une éruption pustuleuse déterminée par l'emploi d'une pommade émétisée, etc., le diapason remplace parfaitement ce moyen précieux de diagnostic. Les vibrations de cet instrument sont plus ou moins intenses et sonores, selon que les poumons sont plus ou moins perméables à l'air.

Les épanchements dans la poitrine se reconnaissent et se limitent très-bien par l'application du diapason.

Quelques essais me permettent d'espérer que l'application du diapason pourra être d'un grand secours pour le diagnostic des fractures du crâne.

Enfin, M. Despretz indiquait cette application comme pouvant être fort utile pour juger du degré de surdité. Ce moyen a été depuis longtemps mis en usage. »

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

(Avril et Mai 1845).

Rapports de l'étendue du cerveau avec l'intelligence. — Sur la santé des ouvriers en tabac. — Influence des manufactures de tabac sur les ouvriers. — Bandage à extension graduelle pour les ankyloses incomplètes de l'articulation cubito-humérale.

Séance du 15 avril. — *Rapports de l'étendue du cerveau avec l'intelligence.* — M. Baillarger, candidat

à la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie, lit un travail ayant pour titre : *De l'étendue de la surface du cerveau et de ses rapports avec le développement de l'intelligence.*

Pour mesurer l'étendue de la surface du cerveau, M. Baillarger déplisse cet organe par un procédé différent de celui qu'employait Gall. Au lieu de dilater peu à peu l'hémisphère, en tiraillant avec les doigts la substance cérébrale, il enlève graduellement, par une dissection longue et minutieuse, presque toute la substance blanche.

Quand le cerveau a été peu à peu réduit à une très-faible épaisseur, la membrane hémisphérique se déplisse pour ainsi dire d'elle-même.

Ce déplissement n'est pas complet, non plus que celui qu'on obtient par le procédé de Gall ; mais il est suffisant pour qu'on puisse étaler l'hémisphère et le mouler très-exactement avec du plâtre.

L'étendue de surface de ce moule, égale à celle du cerveau, est obtenue au moyen d'un tissu très-mince, qu'on fait pénétrer partout, en remplissant peu à peu le moule avec de la terre glaise.

Il ne reste plus ensuite que des opérations mathématiques très-simples pour avoir l'étendue exacte de la surface du cerveau.

M. Baillarger a trouvé, pour le cerveau de l'homme, une moyenne de 1,700 centimètres carrés.

La mesure de l'étendue de la surface du cerveau de plusieurs animaux a été obtenue de la même manière.

Dans une seconde partie de son travail, M. Baillarger examine la question physiologique, et démontre qu'on a commis une grave erreur en disant que le degré de développement de l'intelligence était en raison de l'étendue

des surfaces cérébrales. De deux choses l'une, en effet: ou bien on considère l'étendue des surfaces cérébrales d'une manière absolue; ou bien, au contraire, on tient compte du volume relatif des différents cerveaux.

Dans le premier cas, la proposition est impossible à soutenir, car le cerveau du chien, par exemple, a bien moins de surface que celui du mouton.

Dans le second cas, il est tout aussi impossible de chercher le rapport qu'on a prétendu exister.

M. Baillarger prouve, que, relativement au volume, le cerveau du lapin, par exemple, a deux fois et demie plus d'étendue de surface que celui de l'homme, qui, sous ce rapport, se trouve tout à fait au bas de l'échelle animale.

Pour qu'il en fût autrement, il faudrait des circonvolutions bien plus nombreuses et bien plus profondes. Le cerveau, en effet, subit cette loi mathématique, que les volumes des corps sont entre eux comme les cubes de leurs diamètres, tandis que les surfaces sont elles comme les carrés de ces diamètres.

Il en résulte que les cerveaux les plus volumineux n'ont relativement qu'une très-petite surface.

Il n'y a que le cervelet qui, pour l'étendue de sa surface, puisse lutter avec le cerveau des mammifères inférieurs.

L'erreur qu'on a commise tient à ce qu'on a jugé de l'étendue relative des surfaces, en ne tenant compte que du nombre et de la saillie des circonvolutions; ce qui ne saurait être exact pour des cerveaux de volumes différents.

M. Baillarger termine par les conclusions suivantes :

1° Le cerveau peut être déplissé presque complétement en enlevant peu à peu la substance blanche.

2° L'étendue de la surface du cerveau ainsi déplisé est de 1,700 centimètres carrés.

3° Le cerveau de l'homme, relativement à son volume, a beaucoup moins d'étendue de surface que celui des mammifères inférieurs.

4° On ne peut, sans erreur grave, juger de l'étendue relative de la surface de plusieurs cerveaux de volumes différents, en ne tenant compte que du nombre et de l'étendue des circonvolutions.

5° Le degré de développement de l'intelligence, loin d'être en raison directe de l'étendue relative de la surface du cerveau, peut plutôt être en raison inverse.

Séance du 29 avril. — *Sur la santé des ouvriers en tabac.*—M. Bricheteau : J'ai eu l'occasion d'observer à l'hôpital Necker un grand nombre d'ouvriers de la manufacture de tabacs, et j'ai pu me convaincre que les maladies pour lesquelles ils entraient à l'hôpital étaient en général étrangères à l'influence du tabac ; je crois que les émanations du tabac sont en général peu dangereuses et surtout peu susceptibles de produire des lésions organiques ; quelque soin que j'aie apporté à l'examen et à l'interrogatoire de ces malades, je n'ai jamais pu découvrir aucune maladie qui pût être attribuée exclusivement à cette influence. Quelques-uns même disaient avoir été débarrassés depuis leur entrée dans la manufacture de certaines affections auxquelles ils étaient sujets auparavant. Je suis donc fondé à croire qu'il faut distinguer les effets du tabac des effets de l'agglomération, de la chaleur et du régime, auxquels doivent, à plus juste titre, être attribuées les maladies dont ces ouvriers sont atteints. Ne voit-on pas, d'ailleurs, tous les jours la preuve de l'innocuité du

tabac chez les fumeurs qui passent une grande partie de leur temps dans les estaminets sans en être incommodés?

Quant à la coloration de la peau, j'y attache moins d'importance que M. le rapporteur; je suis convaincu que des lavages fréquents suffiraient pour la faire disparaître; elle ne diffère en rien, à mon avis, de la coloration dont s'imprégnent tous les ouvriers qui travaillent au milieu d'une atmosphère pulvérulente.

M. Dupuy : On a parlé de l'influence des émanations de tabac sur les végétaux; cette influence ne me paraît pas bien démontrée. Je me rappelle qu'à une certaine époque on avait arrosé des orangers au Jardin des Plantes avec de l'eau contenant en dissolution des sels calcaires; la végétation parut s'arrêter, mais on ne tarda pas à reconnaître que cela provenait de ce que les sels calcaires formaient une croûte autour des racines et empêchaient l'absorption de s'effectuer. Il suffit, en effet, d'enlever cette sorte d'enveloppe pour redonner à la végétation toute son activité. Ne se passe-t-il pas quelque chose d'analogue dans les végétaux soumis à l'influence des émanations du tabac? C'est ce que je suis porté à croire.

M. Londe : M. le rapporteur a t-il des renseignements sur les pays où n'existe point le monopole de la fabrication du tabac? A-t-il pu s'en procurer sur les manufactures qui existaient en France avant l'établissement du monopole?

M. Mélier : Je commencerai, avant de répondre aux diverses observations qui m'ont été faites, par remercier l'Académie de la bienveillance avec laquelle alle a accueilli le rapport que j'ai eu l'honneur de lui faire. Ces observations ont trait soit à des omissions, soit à des ren-

seignements, ou à des critiques, je tâcherai de répondre également aux unes et aux autres. J'ai déjà répondu, dans la précédente séance, à la première question de M. Villermé et à celle de M. Moreau touchant les maladies de la peau. M. Villermé m'a adressé une seconde question, à laquelle il me reste à satisfaire: il m'a demandé quel était le chiffre proportionnel des femmes et des hommes employés dans les manufactures. A Paris, où l'on fabrique plus spécialement les cigarres, travail auquel les femmes sont plus spécialement employées, la proportion des femmes est plus considérable que celle des hommes, elle est de 800 femmes pour 500 hommes: c'est le contraire dans les autres manufactures. Parmi les circonstances qui aggravent les effets du tabac chez les femmes, il y en a une sur laquelle j'ai dû plus particulièrement insister dans le rapport, c'est celle des vêtements. L'ampleur des vêtements des femmes laissant une plus grande partie de leur corps exposée à l'influence des émanations du tabac, elles en ressentent en général plus énergiquement les effets; aussi n'avons-nous pas manqué de signaler cette circonstance et de faire sentir l'utilité qu'il y aurait à ce que les ouvrières apportassent quelques modifications dans leur costume.

La question du salaire a dû également être examinée, car c'est, comme personne ne l'ignore, une des circonstances qui influent le plus sur la santé des ouvrières. Or, le salaire est en général assez élevé pour satisfaire à cet égard aux premières conditions de salubrité. Les ouvriers sont payés aux pièces: le prix d'une journée de travail s'élève moyennement à 3 fr., 3 fr. 50 c. pour les hommes, et à 1 fr. 50 c., 1 fr. 75 c. pour les femmes.

M. Gérardin a demandé si l'on avait tenu compte de l'influence que l'introduction des machines a dû exercer

sur la santé des ouvriers. Ce point n'a pas été négligé. Les machines ont été mises en usage à Paris d'abord, puis au Hâvre; elles seront prochainement introduites à Lyon. Il reste cinq manufactures dans lesquelles tous les travaux se font encore à la main; c'est effectivement dans ces manufactures qu'on observe les accidents les plus graves; c'est dans celles-là particulièrement qu'on voit en plus grand nombre les cas d'ophthalmie. M. Laugier a demandé si l'on n'avait point observé d'amauroses; nous n'avons pas eu l'occasion d'en observer un seul cas; le médecin de la manufacture n'en a pas observé non plus.

M. Ségalas a désiré savoir si l'on avait remarqué qu'il y eût des modifications dans la quantité des urines et dans leur qualité. On a observé l'un et l'autre. Le tabac paraît agir à la manière des diurétiques; les urines seraient, à ce qu'il paraît, une des voies par lesquelles se ferait l'élimination des molécules de tabac dont l'économie se trouve imprégnée; en même temps, en effet, que les urines sont plus abondantes, elles paraissent avoir des qualités plus irritantes.

Le fait de la présence de la nicotine dans les eaux de l'amnios chez une femme en couches, dont a parlé M. Villeneuve, a été observé à la clinique d'accouchement de Strasbourg. Ce fait n'est pas sans analogues dans la science. M. Villeneuve sait très-bien qu'on a trouvé chez certaines femmes les eaux de l'amnios imprégnées de différents principes médicamenteux. Haller cite le cas d'une femme à laquelle on avait administré du safran pendant sa grossesse; au moment où elle accoucha, on remarqua que le liquide amniotique exhalait une odeur safranée très-prononcée. On a également retrouvé du mercure dans les eaux de l'amnios chez des femmes qui

avaient fait usage de cette substance avant leur accouchement. Ces faits, je ne les ai point vérifiés par moi-même, mais ils sont depuis longtemps accrédités dans la science, et on les retrouve reproduits dans tous les traités modernes d'accouchement.

Une observation a été faite touchant la coloration spéciale des ouvriers en tabac : on a dit que cette coloration pouvait bien n'être qu'une coloration factice, une sorte de teinture, comme celle des charbonniers, par exemple. Ce phénomène, s'il tenait à une teinture, se produirait dès les premiers jours, et il suffirait d'un simple lavage pour le faire disparaître. Mais les choses se passent tout différemment; il faut un long séjour dans les manufactures pour que cette coloration se produise; on ne la voit survenir ordinairement qu'au bout de deux ans. Cette coloration a un cachet tel que ceux qui l'ont vue une fois ne peuvent plus la méconnaître; elle a quelque chose de la cachexie ou de la chlorose. Sa ressemblance avec la chlorose est si vraie que beaucoup de praticiens qui sont consultés pour cet accident ordonnent les préparations de fer et en obtiennent de bons effets. C'est un état particulier qui n'est pas la chlorose, sans doute, mais qui a avec elle une grande analogie.

La question de l'acclimatement a provoqué quelques observations de la part de MM. Chevallier et Rochoux. L'acclimatement, suivant eux, serait possible pour certaines substances, tandis qu'il n'aurait jamais lieu par rapport à d'autres. La distinction qu'a établie M. Rochoux à cet égard entre les poisons minéraux et les poisons végétaux me paraît juste.

Un reproche grave m'a été adressé par M. Desportes; vous faites, a-t-il dit, un travail d'hygiène, et vous ne donnez point de conseils d'hygiène. (M. Mélier répond à

ces reproches en énumérant quelques-uns des conseils et des indications hygiéniques que renferme le rapport.)

M. Rochoux a fait une objection sur la phthisie, qui n'est qu'une querelle de mots. J'accorderai, s'il veut, qu'on ne guérit pas la maladie, mais au moins guérit-on les malades.

M. Fontan a insisté avec raison sur la nature des gaz qui se dégagent dans les manufactures de tabac. Nous avons dit dans notre rapport que ces gaz n'étaient pas bien connus. Quels qu'aient été nos efforts pour arriver à quelques notions précises à cet égard, nous n'avons pu rien apprendre de positif. MM. Gay-Lussac, Frémy, Chevallier, qui se sont occupés de cette question, sont tous d'accord pour dire qu'on ne connaît pas précisément ce qui se passe dans ce genre d'opérations; on sait seulement d'une manière générale qu'il se produit une grande quantité d'ammoniaque et aussi une quantité notable d'acide acétique.

M. Fontan a signalé les bons effets du tabac sur le rhumatisme. Je ne pense pas qu'il faille attribuer ces effets à l'ammoniaque, du moins exclusivement; car lorsqu'on emploie le tabac à titre d'agent thérapeutique contre le rhumatisme, il n'a point été fermenté et ne dégage, par conséquent, que très-peu d'ammoniaque. D'ailleurs, je le répète, l'ammoniaque y est en grande quantité, sans doute, mais il n'y est pas seul.

M. Mélier se justifie vis-à-vis M. Chevalier du reproche d'avoir été sévère envers Parent-Duchatelet. J'honore et je révère, dit-il, autant que qui que ce soit, la mémoire de Parent-Duchatelet; mais j'ai cru devoir à la vérité de dire que dans cette circonstance il s'était laissé aller à son penchant naturel pour l'exagération.

M. Londe dit que, malgré les améliorations introduites dans la fabrication du tabac, cette fabrication est encore loin d'être sans inconvénient. Mais je n'ai pas dit autre chose tout le long du rapport; je ne vois donc pas la nécessité d'introduire la conclusion qu'il propose.

M. Delens regrette que M. Mélier n'ait pas cru devoir répondre à son objection.

M. Mélier s'accuse de cet oubli, et s'empresse de le réparer en déclarant que la commission n'avait pas cru qu'il fût dans l'objet de sa mission de s'occuper de l'usage thérapeutique du tabac. Elle a considéré ces faits comme connus, et s'est renfermée dans ce qui concerne l'influence de la manipulation du tabac sur la santé des ouvriers.

M. Gasc présente quelques considérations, desquelles il résulterait que les ouvriers travaillant dans des manufactures libres seraient exposés aux mêmes inconvénients que ceux qui travaillent dans les manufactures de l'Etat.

M. Gérardin demande l'adjonction d'une nouvelle conclusion faisant allusion à l'état comparatif des manufactures des villes de province et de celle de Paris, qui doit être prise comme modèle; il voudrait que la commission invitât le ministre, au nom de l'Académie, à introduire un système uniforme de fabrication dans toutes les manufactures.

M. Mélier. J'accepte la proposition de M. Gérardin.

M. le président, sur la demande d'un grand nombre de membres, met aux voix les conclusions du rapport. Elles sont adoptées à une grande majorité.

Il se dispose à mettre aux voix la sixième conclusion, proposée par M. Gérardin.

M. Adelon s'élève contre : le ministre, dit-il, est suffisamment averti par le contenu du rapport, il fera de lui-même les applications qu'il jugera convenables ; il n'est ni utile, ni convenable de lui en faire la demande. Je propose l'ordre du jour. (Appuyé).

M. Londe s'oppose avec force à l'ordre du jour. Dans ce moment même, dit-il, où, grâce à l'influence des réclamations énergiques de Chervin et de M. Aubert-Roche, le ministre fait subir des modifications importantes aux quarantaines, vous vous refuseriez à l'éclairer sur une question d'hygiène qui intéresse une classe nombreuse d'ouvriers! cela est incroyable.

M. Nacquart dit quelques mots contre la proposition de M. Gérardin et appuie l'ordre du jour.

L'ordre du jour est mis aux voix et adopté.

Séance du 13 mai. — *Influence des manufactures de tabac sur les ouvriers.* — M. le secrétaire donne lecture d'une lettre adressée au président de l'Académie par M. Ruefz, médecin de la manufacture de tabac de Strasbourg, au sujet du rapport de M. Mélier, relatif à l'influence des manufactures de tabac sur les ouvriers.

M. Ruefz réfute plusieurs des propositions émises dans le rapport. Les faits qu'il conteste plus particulièrement sont ceux relatifs à l'influence attribuée au tabac sur la phthisie, sur le rhumatisme et les fièvres intermittentes. Il résulte de relevés statistiques des maladies qu'il a observées depuis un certain nombre d'années sur les ouvriers de la manufacture de Strasbourg, que les maladies en question y sont au moins aussi fréquentes, sinon même plus fréquentes que dans la population commune.

M. Villeneuve revient de nouveau à cette occasion sur le fait de l'imprégnation du liquide amniotique par la nicotine. Il a consulté, dit-il, plusieurs sages-femmes qui ont eu l'occasion d'accoucher un grand nombre de femmes employées aux manufactures, et aucune d'elles ne lui a dit avoir observé ce phénomène.

M. P. Dubois : M. Stoltz qui a consigné cette observation est un homme trop digne de foi pour qu'on puisse mettre en doute la réalité d'un fait qu'il a avancé.

M. Villeneuve : Avez-vous observé des faits semblables ?

M. P. Dubois : Je n'ai jamais eu l'occasion d'accoucher des femmes employées à la fabrication des tabacs; mais quand bien même j'en aurais accouché un certain nombre sans avoir observé ce fait, je n'en conclurais pas pour cela qu'il ne pût point exister.

Bandage à extension graduelle pour les ankyloses incomplètes de l'articulation cubito-humérale. — M. Rault, médecin à St-Brieuc, correspondant de l'Académie, présente un bandage à extension graduelle et continue, applicable aux ankyloses incomplètes de l'articulation cubito-humérale. Le grand nombre de causes qui peuvent la produire en expliquent la fréquence incontestable. Ainsi, les contusions, les plaies, soit à la main, soit à l'avant-bras, l'ostéalgie, si fréquente dans l'enfance, surtout à l'articulation huméro-cubitale, le déplacement de l'extrémité supérieure du radius, les fractures de l'humérus, ou ses luxations, les fractures et les luxations de la clavicule, en obligeant à tenir l'avant-bras fléchi sur le bras pendant quinze, dix-huit, ou vingt jours, déterminent une contracture des muscles biceps brachial et brachial antérieur, qui fait naître une

grande difficulté dans le mouvement d'extension. D'un autre côté, la grande mobilité de l'articulation huméro-scapulaire, la facilité et l'étendue de ses mouvements permettent au malade de s'habituer, pour ainsi dire sans s'en douter, à faire porter tous les mouvements de l'extrémité supérieure sur l'articulation huméro-scapulaire sans opérer l'extension de l'avant-bras ; de là, au bout d'un certain temps, une ankylose plus ou moins complète de l'articulation huméro-cubitale.

Le bandage que M. Rault propose pour remédier à cet accident se compose d'une demi-gouttière en tôle qui enveloppe la demi-circonférence postérieure du bras, auquel elle est fixée par des courroies; sur la partie convexe de cette gouttière est établi un levier du premier genre ; la puissance s'exerce, à l'extrémité supérieure, au moyen de deux vis, l'une de pression et l'autre de rappel ; l'extrémité inférieure du levier présente des douilles destinées à recevoir la courroie qui fixe cette extrémité au poignet. Pendant que la puissance (la vis) détermine l'extension graduelle de l'avant-bras, les courroies qui fixent la gouttière exercent, sur le muscle biceps brachial, une compression qui paralyse ses contractions, et rend ainsi l'action du bandage bien plus prompte, en faisant disparaître l'obstacle le plus direct et le plus puissant.

VARIÉTÉS.

NÉCROLOGIE.

Les obsèques de M. Breschet, membre de l'Académie des sciences, professeur d'anatomie à la faculté de Pa-

ris, membre de l'Académie royale de médecine, chirurgien ordinaire de l'Hôtel-Dieu, chirurgien consultant du roi et membre de presque toutes les Académies étrangères, ont eu lieu le 13 mai, à l'église Saint-Germain-des Prés, au milieu d'un grand concours d'assistants. On y remarquait presque toute l'Académie des sciences et beaucoup de membres des autres Académies de l'Institut, les membres de la Faculté de médecine en robe, une députation nombreuse de l'Académie de médecine et tout ce que Paris renferme de médecins distingués. Les internes de l'Hôtel-Dieu et les élèves de l'école de médecine s'y étaient rendus en grand nombre et ont accompagné le corps jusqu'au cimetière.

Les cordons du char étaient tenus par MM. Elie de Beaumont, président de l'Académie des sciences; Andral, membre de cette Académie, Orfila, doyen de la Faculté de médecine, et Ferrus, membre de l'Académie royale de médecine. Le deuil était conduit par M. Amédée Thierry, gendre du défunt.

Des discours ont été prononcés par MM. Andral, au nom de l'Académie des sciences; Cruveilhier, au nom de la faculté de médecine; Pariset, au nom de l'Académie de médecine; et Ferrus, au nom des amis de M. Breschet. Un interne de l'Hôtel-Dieu, M. Demarquay, a ajouté quelques mots touchants pour exprimer les regrets des élèves de M. Breschet.

Le défaut d'espace ne nous permet pas de reproduire ces discours, qui d'ailleurs, au moment où nous paraissons, ont déjà reçu une immense publicité par leur insertion au *Moniteur* et dans d'autres journaux quotidiens.

NOUVELLES DIVERSES.

INSPECTION GÉNÉRALE MICROSCOPIQUE, DES ÉCOLES DE MÉDECINE.

Parmi les nouvelles du jour, et même du mois, la plus curieuse sans contredit est la création d'une place d'*Inspecteur général des écoles de médecine*, dont la munificence ministérielle vient de doter M. Donné! On se demande quels sont les titres scientifiques de M. Donné qui ont pu motiver son élévation à un poste aussi éminent, et les avis sont partagés à cet égard. Les uns disent : C'est son remède pour la guérison des cors aux pieds, dont le *Journal des Débats* a raconté des merveilles; d'autres prétendent que c'est son talent bien connu pour les recherches microscopiques. Cette dernière opinion nous paraît la mieux fondée. Les *célébrités typhoïdiennes*, et autres *ejusdem farinæ*, qui se remuent dans nos écoles de médecine, ont bon besoin d'être inspectées au microscope, et l'instrument de M. Donné n'aura jamais trop de grossissement pour les faire valoir.

— *Cours public, théorique et clinique sur les maladies mentales* (cinquième année). — M. Baillarger, médecin à l'hospice de la Salpêtrière, a commencé ce cours le mardi 20 mai, à sept heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole-Pratique, et le continuera les mardi et jeudi de chaque semaine, à la même heure.

Les leçons cliniques ont lieu à l'hospice de la Salpêtrière tous les dimanches, *à neuf heures* du matin, à partir du dimanche 25 mai.

Les premières leçons sont consacrées à l'étude de la paralysie générale des aliénés.

— M. A. Devergie, médecin de l'hôpital Saint-Louis, a commencé son cours sur les maladies de la peau le vendredi 16 courant, à neuf heures, et le continuera tous les vendredis à la même heure.

La visite des malades a lieu à huit heures.

Société médicale du 10e *arrondissement.*—Une réunion à laquelle étaient convoqués comme fondateurs les membres de l'Association générale des médecins de Paris résidant dans le 10e arrondissement, les médecins du bureau de bienfaisance et ceux du 5e dispensaire, a eu lieu le 17 mai, à la mairie, sous la présidence de M. Villeneuve. — La feuille de présence a reçu trente-huit signatures. Le réglement, préparé par une commission composée de neuf membres, MM. Villeneuve, Gillette, Sorlin, Campaignac, Bataille, Charles Fournier, Beaumetz, Blatin, Homolle, a été discuté et adopté.

La Société se réunira de nouveau le samedi 31 mai, à huit heures du soir, à la mairie, pour l'élection des membres du bureau.

A l'avenir les séances auront lieu dans le même local et à la même heure, le premier samedi de chaque mois.

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Manuel de physiologie, par J. Muller; traduit avec des annotations par A. Jourdan.—In-8° Chez Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Le docteur Jourdan est le traducteur le plus fécond qui existe en littérature médicale; il est même douteux que l'Allemagne puisse citer un nom à opposer au sien. Mais ses choix

ne sont pas toujours heureux ; ainsi il nous a rendu en français la prétendue thérapeutique de Hahnemann, dont les trois énormes volumes ne sont remplis que des assertions les plus fausses et les plus incroyables que le cerveau humain puisse enfanter. On gémit quand on songe à la dépense de temps et de peine nécessitée par la traduction d'un livre qui, pour l'honneur de la raison, n'aurait jamais dû être écrit, fût-ce en chinois. Cette fois, M. Jourdan a entrepris la traduction d'un ouvrage digne d'occuper ses veilles. La physiologie de Müller est la meilleure qui existe, soit parce qu'elle renferme tous les faits acquis à cette science, soit parce qu'ils sont rapportés par un savant qui les a tous soumis au contrôle de sa propre expérience, afin de les juger en connaissance de cause. La traduction de M. Jourdan est élégante et fidèle ; on voit que le sujet lui est familier, et il traduit l'esprit, non la lettre. Nous lui ferons un reproche, c'est de n'avoir pas converti les mesures anglaises et les poids allemands en mesures et poids français. Quelle idée pouvons-nous nous former de *loths* et de fractions de *loths?* Je sais bien que le traducteur donne la valeur de ces poids en *onces ;* mais l'once elle-même n'est plus un poids français. Quand le monde entier reconnaît les avantages de notre système décimal, pourquoi ne contribuons-nous pas à le reproduire? Dans une traduction française, les poids doivent être exprimés en grammes, et les longueurs en mètres. Cette traduction paraît par fortes livraisons de 200 à 250 pages, qui se succèdent rapidement. Quatre livraisons ont déjà paru. De bonnes figures en bois sont intercalées dans le texte, et en facilitent l'intelligence.

MARTINS.

Nouvelle Théorie de l'action nerveuse et des principaux phénomènes de la vie ; par DURAND (de Lunel), médecin adjoint de l'hôpital militaire de Lyon. In-8° — 1843.

Trois nouveaux Mémoires sur l'action nerveuse, par le même. 1845.

Cet ouvrage, dit l'auteur dans son avant-propos, a pour but l'édification d'une nouvelle doctrine médico-physiologique, d'une nouvelle doctrine, non pas fondée, comme

toutes celles qui ont été publiées jusqu'à ce jour, sur des conditions ou des propriétés dites *vitales*, c'est-à-dire sur des conditions dont il reste encore à rechercher la causalité matérielle, mais sur les conditions *physiques* et *chimiques* elles-mêmes ; sources immédiates de conditions vitales.

Rechercher les causes, tel a toujours été le but des hommes qui ont voulu faire marcher la science, telle est d'ailleurs l'idée qui domine dans l'esprit humain ; connaître le pourquoi de tout ce qui l'entoure, est la grande affaire de l'homme. Il a tellement besoin de trouver la cause de tout, qu'à défaut de la raison ou de la science, l'imagination vient à son secours, et que, plutôt que de se passer d'une cause, il en fait une de toutes pièces. Telle est l'origine des théories sur le fluide nerveux. S'appuyant sur des faits de physiologie que personne ne conteste, et sur des expériences dues à des auteurs recommandables, mais que leur excessive délicatesse doit rendre encore longtemps problématiques, M. Durand arrive à conclure que le fluide nerveux et le fluide électrique ne font qu'un. Prenant sa source dans le dégagement de calorique qui résulte de l'hématose, l'électricité plus ou moins positive, suivant qu'elle appartient au sang artériel ou veineux, est portée aux organes par ce liquide. L'influence des agents extérieurs et le conflit résultant de la rencontre de leur électricité négative avec celle du sang est la cause d'excitation. Mais écoutons l'auteur lui-même :

« L'appareil nerveux général, dit-il, forme un conducteur compris entre une impression *électro-positive*, celle du sang rouge, et une série d'impressions *électro-négatives*, celles des autres agents impressifs *permanents*. Dès lors le sang rouge, par son impression physico-chimique exercée sur les extrémités nerveuses qui aboutissent aux capillaires généraux, est un foyer vital irradiant à travers les nerfs vers tous les appareils de l'organisme, un influx électro-positif animateur de leurs impressions fonctionnelles qui sont négatives ; et à leur tour, et par la même voie, les agents impressifs de ces appareils, autres que le sang, envoient vers celui-ci un influx électro-négatif excitateur de son impression. »

C'est donc à l'action de l'électricité que se rattachent tous les

phénomènes vitaux sans exception. M. Durand paraît avoir longuement étudié les auteurs qui se sont occupés avant lui de l'électricité comme partie intégrante des phénomènes organiques. Il discute les objections nombreuses qu'on a faites à la doctrine qu'il soutient, et marche d'un pas assez sûr tant que l'expérience vient à l'appui de ses idées ; mais, après avoir blâmé les hommes qui de l'expérience passent aux théories spéculatives, il est obligé d'en venir là lui-même, et de se jeter dans l'hypothèse pour répondre à cette objection : D'où vient, si l'action nerveuse et l'électricité sont une seule et même chose, que les appareils propres à reconnaître la présence de l'électricité ne la signalent point dans les nerfs au moment de leur action? Les instruments sont-ils encore trop imparfaits, comme le pense M. Durand avec d'autres auteurs? Nous l'admettrons volontiers ; mais alors attendons pour conclure, et, si nous nous fondons sur l'expérience rigoureuse, abstenons-nous des déductions par analogie.

Outre l'action nerveuse, ou si l'on veut l'action des organes, à l'état normal, M. Durand avait à expliquer par sa théorie les phénomènes de la maladie. C'est toujours dans la production, le genre, ou l'afflux plus ou moins considérable de l'électricité, qu'il voit l'origine de toutes les affections morbides; et quand, à propos de la névralgie considérée par lui comme résultat de l'irritation sanguine, on lui objecte la névralgie des chlorotiques, il répond que c'est non pas la quantité, mais la qualité électrique du sang qui irrite, *qu'un seul globule peut irriter*.

Enfin, il termine son dernier mémoire par cette conclusion : la maladie est un procédé anormal du mouvement vital par suite de modifications dans le degré ou dans la qualité des impressions réciproquement attractives qui le mettent en jeu.

De tout temps les physiciens et les chimistes ont cherché à expliquer les lois de l'organisme, comme ils sont arrivés à le faire pour tant de grands phénomènes. Nul doute que les sciences d'analyse et de calcul n'aient pu initier l'esprit de l'homme à des secrets d'organisation qu'il eût toujours ignorés sans elles; mais un point les irrite toujours, c'est l'impossibilité d'assimiler

les appareils d'un être vivant à ceux d'un laboratoire, c'est la complication de la machine, c'est enfin cette cause de la vie si évidente dans ses effets, si cachée dans son origine. Avancer que certaines conditions physiques et chimiques sont des sources immédiates de conditions vitales, ce n'est ni surmonter, ni même éluder cette difficulté. Tant que les secrets de l'animation n'auront pas été pénétrés, il sera impossible d'appliquer avec succès aux phénomènes vitaux les lois qui régissent les corps inorganiques. On pourra établir quelque analogie, quelque point de contact, mais non l'identité.

Le livre de M. Durand est un travail sérieux, fruit d'études consciencieuses; mais son style fort abstrait, comme on peut en juger par les passages que nous citons, rend difficile et longue la lecture de cet ouvrage éminemment dogmatique.

Espérons que l'auteur appliquera quelque jour à l'observation médicale proprement dite un esprit capable de pareils efforts d'étude.

A. Lepileur.

Art de soigner les malades, ouvrage utile à toutes les classes de la société, par le docteur L. Bertrand. 1 vol. in-8.

Ce livre est dédié à Dieu et à l'humanité souffrante. En vérité il faut être tourmenté du désir d'écrire ou du démon de la réputation pour faire des traités de médecine, si élémentaires qu'ils soient, à l'usage de toutes les classes de la société, des plus bas rangs de laquelle nous viennent les charlatans que la justice réclame presque chaque jour. Que dire d'un ouvrage dont la moitié, au moins, appartient, *de jure et de facto*, à un Cuisinier royal, ou rentre dans les attributions de Carême ou de Vatel; qui ne peut servir qu'à entretenir, dans l'esprit des personnes étrangères à notre science, des préjugés qui sont une entrave réelle au progrès par la confiance et l'appui qu'ils trouvent parfois parmi les hommes les plus haut placés, comme parmi les derniers de l'échelle sociale. Le livre de M. Bertrand renferme, il est vrai, de bonnes choses; on y constate de louables efforts, de pures intentions; mais ne peut-on éclairer les

malades et leurs gardes autrement que par la parole écrite ? Les préceptes de l'hygiène exposés dans ce petit in-8 ne devraient-ils pas faire partie de toute éducation; et publié dans ce but, ce livre n'eût-il pas eu plus d'utilité que celle à laquelle voulait satisfaire l'auteur ? Nous n'avons jamais lu sur la première page des ouvrages les plus importants de tous les siècles, bien autrement utiles à l'humanité que celui de M. Bertrand, et on peut le dire, des plus beaux monuments de l'intelligence élevés à la gloire de Dieu, une dédicace semblable à celle que nous avons trouvée avant la préface de ce livre.

Nouvelles recherches sur le traitement des maladies appelées typhus, fièvre typhoïde, petite-vérole, rougeole, suette miliaire, etc., et sur l'identité de leurs causes, de leurs symptômes et de leur traitement, et spécialement sur l'efficacité de l'écorce de quinquina dans la période d'incubation et fébrile de ces maladies, par J. E. Cornay. Broch. in-8.

Ce titre est long, on le voit; mais en revanche l'ouvrage est très-court, en tout 107 pages, et après sa lecture ou peut s'attendre à trouver une réponse à bien des questions. On peut dire tant de choses en si peu de lignes ! Selon M. Cornay, les exhalaisons putrides développent « les fièvres éruptives au « printemps; le typhus, les typhoïdes, les pernicieuses, l'été; « les dysenteries, les catarrhes, etc., pendant l'automne. » Ces quelques lignes suffisent pour donner une idée des opinions de l'auteur; le reste de la brochure est un tissu d'hypothèses sur *l'action des émanations putrides sur l'organisme, l'excrétion des miasmes et des principes délétères, l'identité et les rapports des maladies occasionnées par les émanations, les virus et les humeurs viciées.....* L'etc. qui suit le dénombrement de notre citation laisse au lecteur une large marge, et il peut lui permettre d'y comprendre, sinon toute la pathologie, au moins une grande partie des phlegmasies. Nous ne nous expliquons pas ces rapprochements, et nous ne saurions donner à toutes ces maladies une cause unique et commune. La pratique

journalière démontre surabondamment les propositions contraires à celles qu'établit le médecin de La Rochelle. D'ailleurs les faits qu'il rapporte à l'appui de sa doctrine ne peuvent être des faits que pour lui; la plupart n'ont pas de titre, ni de rapport direct avec l'ouvrage, et aucun ne satisferait l'observateur le moins éclairé. Il nous semble qu'il faut des observations mieux recueillies, exemptes de suppositions sur le principe des désordres vitaux et fonctionnels, pour établir une théorie qui ne doit jamais être que la conséquence de faits savamment expérimentés, longuement amassés, sérieusement étudiés. Ajoutons qu'il n'est pas dit un mot des fièvres intermittentes, sur l'origine desquelles presque aucun doute ne s'élève (le miasme des marais) et qui, au point de vue de M. Cornay, pourraient reconnaître pour cause les émanations dont les villes sont les foyers. Nous croyons que cette comparaison, faite par l'auteur, aurait non-seulement modifié ses idées sur l'identité des maladies qu'il indique, sur leurs causes, etc., mais encore l'aurait engagé à bannir, dans la pratique, le quinquina du traitement de ces affections. A cet égard, nous croyons l'exemple des princes de la science bon à suivre, et nous condamnons avec eux l'écorce du Pérou et ses succédanés dans les cas que prescrit le médecin de La Rochelle.

X.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

PUBLICATIONS NOUVELLES.

Manuel de Physiologie, par J. Muller, professeur d'anatomie et de physiologie à l'université de Berlin, etc. Traduit de l'allemand sur la quatrième édition (1844)

avec des annotations, par A. J. L. Jourdan, membre de l'Académie royale de Médecine, accompagné de figures intercalées dans le texte.

Les livraisons 1, 2, 3, 4 et 5, qui renferment les figures 1 à 156, sont en vente en ce moment. L'ouvrage formera deux beaux volumes grand in-8°, chacun de 800 pages, sur papier fin cavalier, 46 lignes à la page, avec un grand nombre de figures intercalées dans le texte, et des planches gravées. Il sera publié en six livraisons chacune de 256 pages; une livraison paraît tous les mois; l'ouvrage sera terminé à la fin de juin.

Les souscripteurs paieront les livraisons 1 à 5 à raison de 4 fr., et recevront gratis la sixième livraison.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'académie royale de médecine, rue de l'École-de-Médecine, 17.

A Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

Mémoires et observations cliniques de médecine et de chirurgie, par L. Morand, docteur en médecine de la Faculté de Paris, président de la Société médicale d'Indre-et-Loire, etc., etc., médecin et l'un des fondateurs de la colonie agricole de Mettray.

A Tours, chez Pornin et C^ie^, imprimeurs-libraires.

De l'hydrothérapie et de son application au traitement de quelques maladies chroniques, par le docteur *Lubanski*, directeur de l'Institut hydrothérapique de Pont-à-Mousson (Meurthe), in-8° de 76 pages, 2 fr.

A Paris, chez Germer Baillière, libraire, 17, rue de l'École-de-Médecine.

Traité des maladies des articulations, par A Bonnet, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Lyon, et chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de la même ville, membre correspondant de l'Académie

royale de médecine de Paris, 2 beaux volumes in-8° accompagnés d'un atlas in-4° de planches contenant 58 dessins, prix 25 fr.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'École-de-Médecine, n. 17.

A Lyon, chez Charles Savy, libraire, place Louis-le-Grand, n. 14.

A Londres, chez H. Baillière, 219, Regent street.

Annuaire des sciences médicales, première année contenant : Les Lois sur la Médecine et la Pharmacie, les adresses du personnel médical de Paris, les Académies des Sciences et de Médecine, les Ecoles Préparatoires de Médecine et de Pharmacie, les Hôpitaux Civils et Militaires, les Maisons de Santé, une notice Nécrologique, les nouvelles formules et préparations thérapeutiques, une notice Bibliographique, une foule de renseignements utiles aux personnes s'occupant de l'art de guérir, et enfin des articles et revues scientifiques ;

Par MM. Bouillaud, professeur de la Faculté de Médecine, et membre de l'Académie royale de Médecine, etc. ; Dubois (d'Amiens), professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Secrétaire de l'Académie royale de Médecine, etc.; Duchesne-Duparc, D. M. P., professeur particulier de pathologie cutanée, ancien interne d'Alibert à l'Hôpital St-Louis, etc.; Trousseau, D. M. P., professeur à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin de l'Hôpital Necker, etc. 1 vol. in-18 de 755 pages. Prix : 1 franc. Paris, Librairie de GABRIEL DE GONET, rue de la Harpe, 93. (Passage d'Harcourt.)

Manuel pratique de bandages, traitant de l'art déligatoire appliqué au traitement des plaies, aux panse-

ments qu'exigent les médications externes, etc., de la description des appareils et bandages appropriés aux fractures, luxations, entorses, etc.; par SAINT-ARROMAN, ancien chirurgien interne des hôpitaux civils, etc. 1 vol. grand in-18, avec figures. — Prix : 3 fr.

Paris, chez Just Rouvier, libraire, 8, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Etat réel de la question sur le traitement dit abortif de la blennorrhagie par les injections caustiques d'azotate d'argent, ou *Résumé succinct et critique des opinions émises sur ce point de pratique, avec des faits nouveaux;* par le docteur J. VENOT, vice-président de la Société royale de médecine de Bordeaux, chirurgien de l'hôpital des Vénériens, et médecin du dispensaire de la même ville.

Traité élémentaire de physiologie végétale; par L.-J. LEBOUIDRE DELALANDE, ancien pharmacien à Paris, membre titulaire et honoraire de plusieurs sociétés académiques, auteur des *Leçons à un fils sur la botanique*, et autres ouvrages. 1 vol. in-8°. — Prix : 7 fr.

Se vend chez Firmin Martin, éditeur, rue de la Michodière, 20, à Paris.

Histoire de la phthisie pulmonaire, nouvelles recherches sur l'étiologie et le traitement de cette maladie; par M. Emile Bernardeau, D. M. P. 1 volume in-8° de 134 pages. Prix: 2 fr. 50.

Paris, chez Fortin, Masson et Cie., éditeurs, place de l'École-de-Médecine, n. 1.

Même maison, chez L. Michelsen, à Leipsick.

PARIS. — Imp. de Hauquelin et Bautruche,
Rue de la Harpe, 90.

REVUE MÉDICALE
FRANÇAISE ET ETRANGERE.

(Mai 1845.)

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

HISTOIRE DES SCIENCES

DE L'ORGANISATION ET DE LEURS PROGRÈS,

COMME BASE DE LA PHILOSOPHIE,

PAR M. H. DE BLAINVILLE,

De l'Académie des Sciences, professeur-administrateur au Muséum d'histoire naturelle, professeur à la Faculté des Sciences de Paris, etc., etc., rédigée d'après ses notes et ses leçons faites à la Sorbonne de 1839 à 1841, avec les développements nécessaires et plusieurs additions; par F. L. M. MAUPIED, prêtre, docteur ès-sciences de la Faculté de Paris, etc. 3 vol. in-8° avec ces épigraphes:

Philosophia veritatem quærit,
Theologia invenit.
Religio sola possidet.
PIC DE LA MIRANDOLE.

Nec vero pietas adversus deos, nec quanta his gratia debeatur sine explicatione naturæ intelligi potest.
CICERO, de Finibus, III, 21.

ARTICLE COMMUNIQUÉ (1).

L'*Histoire des sciences de l'organisation comme base de la philosophie* est une œuvre sérieuse et qui mérite d'être

(1) Bien que les hautes considérations énoncées dans cet article soient du domaine de la philosophie générale, nous croyons qu'elles s'appliquent aussi, et par cela même, à la *Philosophie Médicale*, et nous n'hésitons pas à les donner sous ce titre, sans nous arrêter à la forme polémique de l'article, préoccupés que nous sommes du fond des pensées bien plus que des phrases qui les contiennent. De quelque part et sous quelqæ forme que nous arrivent les *bonnes vérités*, nous nous empressons de les mettre en lumière : heureux cette

prise au sérieux. Ce n'est donc pas sans un étonnement inexprimable que nous avons lu dans un journal grave, *le*

---

fois, de saluer l'aurore d'une régénération des sciences que nous appelons de tous nos vœux, et que, depuis une vingtaine d'années, nous nous efforçons de réaliser, suivant nos faibles moyens, dans notre sphère médicale !

Le rationalisme encyclopédique du XVIII^e^ siècle avait entrepris de reconstruire les sciences jusque dans leurs fondements, *abimis fundamentis*, dans le dessein hautement proclamé de les matérialiser toutes, d'en bannir les causes finales; ou, en d'autres termes, d'expliquer l'univers sans l'intervention d'un Dieu créateur et législateur suprême. Cette entreprise, conçue dans la même pensée que la Tour de Babel, devait aboutir précisément au même résultat. Des matériaux immenses ont été ramassés, des travaux gigantesques d'exploration, de descriptions et d'analyse ont été poursuivis avec une ardeur infatigable; on a tourmenté la matière dans tous les sens, et par tous les procédés imaginables, pour en faire sortir ce qui ne s'y trouvait pas, la raison du mouvement, de l'intelligence et de la vie.

Qu'est-il résulté de tout ce labeur? une immensité de faits, sans contredit, dont quelques-uns, dont beaucoup si l'on veut, ont eu d'utiles applications; ce n'est pas nous qui serions disposés à le nier. Nous n'avons, on le sait, aucun intérêt à méconnaître les découvertes qui nous arrivent par la voie du rationalisme matérialiste. Placés à un point de vue qui domine tous les systèmes artificiels, nous acceptons tous les faits de quelque part qu'ils viennent; nous les apprécions de notre mieux, et nous en profitons s'il y a lieu : pas de difficultés à cet égard. Mais des faits, quelque nombreux qu'ils soient, isolés de leur principe et de leur fin, ne sauraient constituer la science, pas plus qu'un grand tas de pierre ne constitue un édifice. Il y a donc eu encombrement et confusion toujours croissante dans la Babel scientifique.

C'est alors qu'on a vu la science, séparée de l'*esprit* qui éclaire et vivifie, faire divorce avec le sens commun, et devenir de plus en plus stupide en s'éloignant de Dieu. C'est alors qu'on a vu, comme on peut le voir encore, les corps savants et les académies se peupler de travailleurs inintelligents, de dessinateurs de plantes ou d'animaux qui s'intitulent naturalistes, de physiciens qui ne conçoivent rien dans la nature en dehors de leurs équations algébriques, de médecins qui ne voient dans l'homme qu'un cadavre, pourvu de certaines propriétés et susceptible de certaines altérations.

Correspondant, un article de M. P. sur cet ouvrage. Cet article est d'un bout à l'autre une contre-vérité et un

---

Qu'il nous soit permis de répéter, comme complément de notre pensée, ce que nous écrivions il y a quelques mois. « La science analytique du siècle dernier, qui se continue encore de nos jours, est parvenue à son dernier terme. Elle a tout décomposé, tout dissocié, tout réduit en atômes et en poussière. C'était là son but; sa tendance : ce but est atteint, cette tendance est épuisée et n'a plus d'objet. La science analytique a fait son temps comme méthode générale; il faut désormais qu'elle cède la place à la méthode synthétique, dont la mission est de recomposer, de réédifier, non-seulement en médecine, mais dans toutes les sciences physiques et naturelles, qui sont aujourd'hui, de même que la médecine et par les mêmes causes, étouffées sous la masse des faits, sous la multiplicité presque infinie des détails, et réduites à l'impossibilité de tout mouvement progressif. »

Eh bien, cette méthode synthétique, invoquée par les sciences physiques et naturelles, et sans laquelle ces sciences ne peuvent plus marcher, n'est autre que la philosophie des causes finales. Après plus d'un siècle de travaux et d'expériences en sens contraire, les esprits les plus éminents sont forcés de reconnaître que Dieu étant le principe et la fin de toutes choses, il est aussi impossible de constituer une science sans Dieu qu'une société sans Dieu, et que l'athéisme scientifique est le plus absurde de tous les systèmes.

Cette haute et puissante vérité resplendit dans l'*Histoire des Sciences de l'Organisation*, publiée par MM. de Blainville et Maupied. Elle est l'âme de ce grand ouvrage, qui ouvre, selon nous, une nouvelle ère, une ère de véritable progrès aux sciences naturelles.

Gloire à l'illustre naturaliste, qui, avec l'autorité de son vaste savoir et de son nom européen, ne craignant pas de heurter le préjugé matérialiste, est entré généreusement dans la voie de la régénération de la science par l'*esprit qui éclaire et vivifie!* Honneur à son digne et savant collaborateur, M. Maupied !

Nous espérons pouvoir bientôt publier dans la *Revue Médicale* une analyse détaillée et approfondie de cette œuvre importante, dont nous sommes les alliés naturels et les auxiliaires; car la doctrine du vitalisme, telle que nous l'avons toujours comprise et professée, c'est la philosophie des causes finales introduite dans la science médicale.

CAYOL.

mauvais service rendu à la religion et à la science; ce qui prouve que l'auteur de l'article n'a pas lu le livre, ou bien qu'il ne l'a pas compris, et pourtant il est assez clair, ou bien enfin qu'il redoute une alliance solide entre les sciences et la religion; car nous ne pouvons supposer d'autres motifs. Du reste, les absurdités et les inconvenantes railleries que renferme cet article le font assez juger, et nous n'en aurions rien dit, si *le Correspondant* ne se donnait comme dirigé par un conseil de rédaction sérieux, et si l'amour de la vérité et de la justice ne nous faisait un devoir de contribuer pour notre part à la réalisation des heureux résultats qu'est appelée à produire l'*Histoire des sciences de l'organisation*, considérée par MM. de Blainville et Maupied au point de vue de la philosophie catholique.

Les accusations de M. P. se résument à quelques points que nous allons indiquer rapidement; car nous n'aurons pas le triste courage de citer textuellement tout son article, qui rappelle le *Galipidoux*, dont il a déjà été question dans la *Revue Médicale* du mois d'octobre 1840.

1° « MM. de Blainville et Maupied n'entendent peut-être pas très-sainement la philosophie en elle-même, ni son application à la science, ni les rapports de l'une et de l'autre avec la religion. » Et M. P. appuie une telle accusation sur le titre et l'épigraphe du livre qu'il n'a évidemment pas compris!

2° Une seconde accusation, toujours fondée sur le titre et l'épigraphe pris à contre-sens, c'est que les auteurs viennent en aide au matérialisme. Nous, qui avons longuement médité leur ouvrage, nous y avons vu, au contraire, que MM. de Blainville et Maupied combattent le matéria-

lisme et le panthéisme jusque dans leurs derniers retranchements.

3° Comme la raillerie, esprit de ceux qui n'en ont pas, fausse quelquefois la réflexion, M. P., en ridiculisant Pic de la Mirandole, auquel l'épigraphe de l'*Histoire des sciences* est empruntée, ne s'est pas aperçu qu'il tombait dans une contradiction flagrante, en faisant de Pic un homme de rien, et dans la phrase suivante le savant le plus merveilleux du moyen âge.

4° M. P. s'est agréablement évertué à disséquer l'épigraphe ainsi conçue : *philosophia veritatem quærit; theologia invenit; religio sola possidet*. Il a cherché à cette épigraphe tous les sens les plus inimaginables, les plus extravagants, sans arriver au sens si logique et si beau qu'exprime cette sentence, et qui résume toute la doctrine de l'*Histoire des sciences*. La philosophie cherche péniblement la vérité par les moyens qui sont en son pouvoir; la théologie la trouve pleine et complète, et la révèle à la philosophie; la religion, qui est la pratique de la vérité, l'incorpore et la donne au philosophe. Il faut plaindre un écrivain qui cherche à ridiculiser l'enchaînement admirable de ces trois choses.

5° M. P. accuse MM. de Blainville et Maupied d'avoir confondu la physiologie avec la métaphysique, parce qu'ils veulent, que, pour connaître l'homme tout entier, on l'étudie dans l'union hypostatique de sa nature corporelle et spirituelle, c'est-à-dire tout simplement qu'on l'étudie comme le Créateur l'a fait, et non pas comme M. P. le conçoit.

6° M. P. prétend que les auteurs ont salué dans les rangs de la saine philosophie M. Auguste Comte, qui professe l'athéisme!!! Ceci est tout simplement l'opposé de la

vérité. M. Comte est cité trois fois dans l'*Histoire des sciences* : la première, pour avoir introduit les sciences naturelles dans la philosophie ; la deuxième, pour être arrivé aux dernières conséquences du matérialisme ; la troisième, pour avoir jugé un point de la doctrine de Gall.

7° M. P. dit encore avec la même bonne foi que ces messieurs confondent la philosophie avec la religion, et donnent à celle-ci l'anatomie pour base, ce qui est une absurdité à laquelle rien ne peut faire allusion dans l'*Histoire des sciences*.

Nous ne relevons point quelques inepties, quelques erreurs condamnées par l'Eglise et soutenues par M. P., ni quelques contradictions ; mais nous tenions à repousser d'injustes reproches, qui ne peuvent avoir d'autre but que de priver la vérité et la science de leurs légitimes appuis. La meilleure réponse que nous puissions faire à ces reproches, sera d'exposer brièvement la doctrine de l'ouvrage.

Le but de la philosophie, qui est la sagesse, est d'arriver à mieux connaître Dieu, l'homme et ses devoirs ; mais il n'y a que la vraie philosophie, celle qui est éclairée par la religion, qui puisse atteindre un si noble but.

Le but de la théologie est de conduire la raison humaine créée pour cela à la connaissance de Dieu, surtout par sa parole révélée ; elle doit apprendre à l'homme ce qu'il est et quels sont ses devoirs.

La théologie et la philosophie, qui est la science proprement dite, ont donc le même objet, le même but ; seulement elles y arrivent par des moyens un peu différents, mais elles doivent s'accorder. *Les sciences de l'organisation*, expression généralisatrice, que tout philosophe naturaliste comprend, étudient tous les êtres organisés, non pas à l'état de mort comme des cadavres, mais dans leur nature

complète, dans leurs rapports mutuels entre eux, dans leurs rapports avec toute la création et avec Dieu, leur créateur; en un mot, elles étudient ces êtres tels qu'ils ont été créés. Les êtres organisés renferment les végétaux, les animaux et l'homme, qui sont composés d'organes ou instruments de fonctions, de facultés diverses, par lesquelles ces êtres agissent sur le monde extérieur. L'homme en particulier est composé de deux natures hypostatiquement unies; mais il y a une telle relation entre l'âme et le corps, une telle dépendance, que l'on ne peut les désunir pour scruter la nature de l'homme. Les facultés de l'âme humaine sont dans une certaine dépendance des organes physiques, c'est par eux que l'âme agit, qu'elle perçoit et qu'elle pâtit. Ils sont les instruments de sa pensée, de ses actes physiques, intellectuels et moraux; mais cette dépendance est réciproque: sans quoi il faudrait tomber dans les honteuses erreurs des manichéens, etc., qui prétendaient que l'âme n'était pas responsable des actes du corps. L'être organisé humain est donc double et un, le corps et l'âme ne faisant qu'un seul être, qui est l'homme. La science de l'organisation envisage l'homme dans son corps et dans son âme, elle ne peut omprendre l'un sans l'autre; elle l'envisage dans ses rapports avec le monde et les êtres créés pour lui, et dans ses rapports avec Dieu son créateur et sa fin suprême, parce que toutes ces choses sont dans la nature de l'homme, et que jamais on ne comprendra bien son organisation si l'on ne tient compte de tous ces rapports, qui sont d'ailleurs démontrés par elle au moyen de la grande thèse des causes finales, lesquelles ne peuvent être nulle part mieux comprises et mieux démontrées que dans les sciences de l'organisation.

Les êtres créés, avec toutes leurs facultés et dans tous

leurs rapports harmoniques, sont donc l'objet des sciences de l'organisation.

La philosophie doit conduire à la connaissance de ce qui est, ou bien elle ne conduit à rien, *et cherche toujours sans jamais trouver*, comme le prétend M. P., et dès-lors elle n'est pas une science. Or, ce qui est, c'est Dieu et les créatures qu'il a faites pour manifester sa puissance et ses infinies perfections, afin d'être connu, aimé et adoré. Mais sera-ce par réflexion sur soi-même, par la simple métaphysique que l'homme arrivera à connaître Dieu et ses œuvres? Par là il pourra bien produire des conceptions plus ou moins hardies et brillantes, mais des démonstrations positives, jamais ! Il faut descendre à la contemplation de ce que Dieu n'a pas dédaigné de créer pour connaître ses œuvres ; or, on n'y arrive et l'on ne peut y arriver que par les sciences de l'organisation, et sous ce nom qui généralise toutes les branches des sciences naturelles, médicales, physiologiques et psychologiques, il faut comprendre la majeure partie des êtres créés, ceux dont la connaissance convenable peut principalement conduire à une démonstration vraiment philosophique ; et c'est ainsi conçues qu'elles deviennent la base de la philosophie ou de la sagesse, qui n'est que la connaissance des choses.

Dieu, le monde et l'homme sont comme les trois termes du grand syllogisme fondamental, et toutes les sciences, sans en excepter la théologie, ne sont que le développement et la connaissance de ces trois termes dans leurs rapports harmoniques. Cela est bien simple à concevoir : les sciences humaines ont nécessairement pour objet le monde créé, la connaissance de Dieu par ses œuvres ; elles ne sont sciences qu'à cette dernière condition. Les

sciences divines ont pour objet la révélation, la connaissance de Dieu par sa parole ; or, il y a nécessairement accord entre Dieu parlant et Dieu créant, entre la révélation et la création, entre la parole de Dieu et ses œuvres. Cet accord harmonieux constitue la vraie sagesse ou la philosophie, que l'on peut donc définir, l'ensemble des connaissances divines et humaines. Cet ensemble, pour arriver à une démonstration, ne peut avoir pour base première et pour point de départ que les sciences de l'organisation qui comprennent l'homme tout entier, avec ses besoins physiques, intellectuels et moraux ; et le conduisent à la nécessité d'un Dieu, d'une loi morale ou religieuse, laquelle ne peut venir, comme toutes les lois de ce monde, que de Dieu qui l'a révélée à l'homme, être intelligent et libre. Suit-il de là que la religion ne puisse exister sans la philosophie, sans les sciences de l'organisation? Pas le moins du monde ; nous venons d'envisager les connaissances humaines dans leur ordre de démonstration, *à posteriori*. Mais pour faire cela, il faut que les choses existent ; nous n'aurions pas de sciences de l'organisation s'il n'y avait pas d'êtres organisés ; il n'y aurait pas plus de sciences théologiques s'il n'y avait une religion ; la religion n'est pas précisément une science, pas plus que l'organisation ; elle est un fait divin et humain tout à la fois ; elle est tout aussi nécessaire à l'homme que les êtres créés pour lui, et même beaucoup plus, car sans elle il ne serait pas complet ; les sciences humaines peuvent prouver cette vérité, qui existait, comme toutes les vérités, avant qu'elles la démontrassent.

Cependant, en proposant les sciences de l'organisation comme base de la philosophie, MM. de Blainville et Maupied ne font pas autre chose que suivre la marche des

Saintes Ecritures et de tous les pères et docteurs de l'Eglise. En effet, l'Ecriture-Sainte commence par prouver l'existence de Dieu par la création, en exposant toute la série des œuvres de Dieu en détail; c'est là la base de tout le dogme et de toutes les vérités révélées. Tous les pères et les docteurs de l'Eglise posent aussi les œuvres de la création comme la base de tout l'édifice; ils appellent à leur secours les sciences de leur temps pour prouver le dogme de la création. C'est de ce dogme que tout l'enseignement catholique découle, il en est la base, le fondement. Si donc les sciences de l'organisation sont assez avancées pour pouvoir le démontrer positivement, et nous le croyons, il faut en conclure qu'elles sont la base de la vraie philosophie. La manière dont les progrès successifs et logiques des sciences humaines sont arrivés à la démonstration de ces grandes vérités, soit directement, soit par l'*absurde*, telle est la thèse que développe l'*histoire des sciences de l'organisation comme base de la philosophie*; et cela, afin de conduire même les esprits rebelles à la foi, à la pratique de la loi morale ou religieuse. Magnifique entreprise qui est parfaitement résumée dans l'épigraphe, ainsi que tout ce que nous avons dit de la doctrine de l'ouvrage. *Philosophia veritatem quærit*; la philosophie ou la science cherche la vérité par un travail long et pénible; mais elle ne la trouve qu'en acceptant ce que la théologie lui montre; car *theologia invenit*. La théologie, éclairée d'en haut, trouve la vérité pleine, complète. Par la science et la théologie, la vérité est démontrée; mais cela ne suffit pas; il faut en prendre possession, en vivre, il faut se l'incorporer par la pratique religieuse, *religio sola possidet*.

Le titre, l'épigraphe et la doctrine générale de l'ouvrage connus, il faut savoir que toutes les sciences se tiennent

et s'enchaînent puisqu'elles sont le développement du grand syllogisme, Dieu, le monde et l'homme. Cet ensemble des connaissances divines et humaines constitue un cercle complet, ayant pour *but*, pour *terme nécessaire* Dieu, ou la puissance créatrice, que l'homme seul peut concevoir, non pas en elle-même, mais seulement par ses œuvres; pour moyen ou instrument, l'intelligence humaine, créée pour cela; et comme matériaux, les êtres existants ou le monde créé; d'où il suit que la marche naturelle a été la disposition, l'aiguisement de l'instrument; puis comme moyen, l'étude du monde et de l'homme moral, c'est-à-dire social et religieux, et enfin, comme terme, Dieu. De là sortent trois catégories renfermant toutes les sciences; 1° les sciences instrumentales; 2° les sciences d'application ou positives; et 3° les sciences terminales ou de perfectionnement, qui comprennent la théologie, la plus élevée de toutes, et qui joint à sa certitude propre la certitude de toutes les autres, qui servent comme de degrés pour monter jusqu'à elle.

Le cercle des connaissances humaines ainsi conçu, il s'agit de savoir quels sont les hommes qui l'ont développé dans son ensemble ou dans quelques-uns de ses détails. C'est à ce point de vue que MM. de Blainville et Maupied ont recueilli les premiers germes de la science dans l'humanité, l'ont montrée se formulant en Grèce, dans Aristote, après les divers essais des philosophes antérieurs. De la Grèce elle passe à Alexandrie où elle est représentée par Galien, tandis que Pline la matérialise et en arrête les progrès chez les Romains. Alors arrive le christianisme qui ouvre son sein à la science arrêtée sans pouvoir désormais avancer, si elle n'avait reçu de là une nouvelle vie. Secondée par le christianisme, elle passe en Perse, où les Arabes viendront la prendre pour la reporter en Occident sans y rien ajouter.

Pendant ce temps les barbares s'étaient rués sur l'Empire romain. L'Église, héritière de la science grecque, qui lui avait été transmise par Rome, la sauva et la conserva. Elle reprit plus tard l'autre branche de la science des mains des Arabes, féconda le tout, et termina le cercle des connaissances humaines en le fermant par la théologie. Albert le Grand et Saint-Thomas, résumant tous les pères et les docteurs de l'Eglise ainsi que tous les philosophes, sont les représentants de ce grand progrès. Maintenant que la science est constituée, il ne s'agit plus que d'accroître le cercle dans chacun de ses rayons. Un grand nombre d'hommes vont venir successivement et plusieurs simultanément, perfectionner, les uns l'art de la méthode et de la logique, les autres l'anatomie et la physiologie, les autres la botanique et la zoologie, les autres l'histoire naturelle et les rapports des êtres avec le sol, les circonstances et les milieux, d'autres toutes les parties de l'art de guérir et de l'encyclopédie médicale. Et enfin, comme au milieu de tous ces progrès le matérialisme et le panthéisme se sont introduits dans la science pour la constituer sans Dieu, trois thèses se trouvent en présence pour expliquer le monde et l'homme; ce sont le matérialisme, le panthéisme et le christianisme. Les deux premiers s'étant montrés absurdes et destructeurs de la science comme de la société, le christianisme reste seul pour expliquer, féconder et faire vivre l'une et l'autre. Cette rapide analyse, toute incomplète qu'elle est, fait entrevoir l'immense intérêt qui s'attache à cette œuvre de conscience. Nous n'ajouterons qu'un mot : les médecins qui désirent connaître toute l'importance de leur art et avoir la vraie conception de la science médicale et de son

histoire générale doivent méditer *l'Histoire des sciences de l'organisation.* X...

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

MÉMOIRE

SUR L'EFFICACITÉ DES FRICTIONS MERCURIELLES

DANS LE TRAITEMENT DE LA VARIOLE, EFFICACITÉ DÉMONTRÉE DE NOUVEAU PENDANT L'ÉPIDÉMIE VARIOLIQUE DE STAINS,

PAR M. GOBLIN, DOCTEUR EN MÉDECINE,

A Stains, arrondissement de Saint-Denis (Seine).

Je conçus l'idée en 1832 de marcher sur les traces de mes devanciers, qui, depuis plus d'un siècle, avaient fait usage des mercuriaux dans le traitement de la variole. Cette idée me fut suggérée par l'impression pénible que j'éprouvais en voyant des jeunes gens défigurés à la fleur de l'âge, et souvent devenir infirmes pour le reste de leur existence.

Si j'ai choisi de préférence l'onguent mercuriel en friction, c'est que ce médicament est le plus simple et le plus facile à employer. Je commençai donc, imbu des anciennes coutumes, et surtout des faux préjugés dont on a tant de peine à se dessaisir, par frictionner seulement les paupières, les narines, les angles des lèvres et les oreilles. Peu de temps après les frictions sur ces parties, je vis les boutons plus ou moins avancés vers la suppuration et même remplis de pus s'arrêter dans leur marche, se dessécher et tomber par desquamation. Cette action était si prompte, que chez les sujets où la variole

devenait confluente, les paupières ne participant plus au gonflement phlegmoneux et érysipélateux de la peau, les yeux ouverts paraissaient profondément excavés sur la face boursouflée et distendue.

Encouragé par ces premiers succès, aucun accident étranger à la variole ne s'étant manifesté, je marchai sur une plus grande échelle, et j'ordonnai des frictions sur la face, les oreilles et la partie supérieure du cou. Le résultat de ces frictions répondant à mes premières expériences, je continuai d'opérer ainsi jusqu'à ce jour.

Mode de traitement. — Pendant les symptômes précurseurs de la variole, je prescris des boissons émollientes et diaphorétiques, en même temps que je fais appliquer des sinapismes sur les extrémités inférieures pour activer l'éruption, qui se prononce ordinairement du troisième au quatrième jour de l'invasion. J'ordonne aussitôt les frictions avec l'onguent mercuriel double sur toute la figure, quand la variole est confluente.

Lorsque la petite vérole est discrète, on frictionne seulement les boutons les plus saillants et les plus douloureux; enfin, je proportionne la quantité d'onguent à celle des boutons. Quant au reste du traitement, il est absolument le même que celui qui a été suivi jusqu'à ce jour.

Action de l'onguent mercuriel contre la variole. — L'action du mercure sur la pustule variolique est entièrement locale : il suffit d'observer les phénomènes qui se passent après les frictions pour s'en convaincre,

Dès que les pustules sont bien caractérisées, elles sont, pour ainsi dire, immédiatement arrêtées dans leur marche inflammatoire par l'onguent mercuriel, qui s'oppose au

gonflement, et surtout à la tension érysipélateuse de la peau ; ce phénomène a même lieu au moment de la confluence.

Voici ce qu'on observe pendant cette médication : les boutons les plus apparents se flétrissent et se dessèchent dans un délai très-court, et ceux que l'on sent pointiller et comme s'agglomérer sous la peau sont arrêtés dans leur progression. Si ces boutons commencent à confluer, ils se rétrécissent, le gonflement érysipélateux de la peau cesse, et cela dans l'espace de vingt-quatre heures. Peu à peu le pus qu'ils renferment devient opaque, se dessèche sous forme pulvérulente, une croûte mince et noirâtre se forme aux dépens de l'épiderme, et le tout disparaît par desquamation, sans apparence de salivation. D'après cet exposé pratique, qu'on ne peut révoquer en doute, il m'est parfaitement démontré que l'action du mercure est locale.

On peut cependant objecter qu'il est impossible qu'une certaine quantité de mercure ne soit pas absorbée. Quand cela aurait lieu, ce que je nie pendant la période inflammatoire, quel inconvénient en résulterait-il? Aucun, l'onguent mercuriel étant journellement employé contre l'érysipèle, les phlegmons profonds à leur début, les péritonites aiguës, etc., sans qu'on s'occupe préalablement de la salivation, accident peu redoutable.

Conclusions. — Les mercuriaux doivent être employés avec d'autant plus d'assurance contre le virus variolique, que ce virus étant seulement temporaire, il ne peut être résorbé. Sous leur influence on observe rarement de délire, parce qu'ils s'opposent à l'affection érysipélateuse qui complique toujours la variole.

Il découle de ce mode de traitement, 1° que les pustules

qui commencent à paraître sont arrêtées, pour ainsi dire, immédiatement dans leur progression ; 2° que, lorsqu'elles sont lenticulaires et rouges, elles se dessèchent et tombent par desquamation en laissant une trace rougeâtre légèrement saillante ; 3° enfin, dès que les pustules sont sur le point de confluer, elles se rétrécissent de la circonférence au centre, le pus se dessèche, et, après la chute de l'épiderme converti en croûtes plus ou moins épaisses, il ne reste que de légères cicatricules, qui s'effacent toujours après que la peau a repris son élasticité accoutumée.

Je crois avoir été le premier à Paris qui ai établi en méthode les frictions mercurielles dans le traitement de la variole, dès l'année 1834. Il me serait donc facile de faire de cet opuscule un volume considérable ; mais comme mon intention n'a jamais été de critiquer les doctrines des médecins qui ont écrit sur ce sujet, que j'ai voulu seulement prouver que l'onguent mercuriel est jusqu'à ce jour le seul médicament efficace pour anéantir les pustules varioliques, j'ai cru devoir être laconique, attendu que le plus court chemin d'un point à un autre est la ligne droite.

D'après l'inspection faite par M. le docteur Fauconneau-Dufresne, médecin des épidémies, envoyé par M. le préfet de la Seine pour observer la variole épidémique de Stains, ce docteur a reconnu les succès incontestables que j'ai obtenus par l'emploi de l'onguent mercuriel dans le traitement des variolés confluentes.

Sans chercher à déprécier cette découverte admirable de la vaccine, qui depuis plus de quarante ans a tranquillisé les peuples sur le fléau destructeur de la variole, je crois que la méthode mercurielle que j'ai perfectionnée

depuis 1842 ne le cède en rien à la vaccine sous le rapport de la sécurité qu'elle doit inspirer.

NOTE

SUR L'ÉPIDÉMIE VARIOLIQUE DE STAINS,

PAR M. FAUCONNEAU-DUFRESNE,
Médecin des épidémies du département de la Seine.

Puisque M. le docteur Goblin invoque mon témoignage au sujet du traitement qu'il emploie dans les affections varioleuses, traitement qu'il a mis particulièrement en usage dans l'épidémie qui vient d'avoir lieu à Stains, je joins à son intéressant mémoire une relation succincte de cette épidémie, dans laquelle j'ai, en effet, constaté comme lui avec quelle promptitude les frictions d'onguent mercuriel font avorter les pustules.

L'épidémie a commencé en janvier. On soupçonne que la maladie a pu être introduite à Stains par un ouvrier, âgé de 20 ans, qui, ayant été traité de la variole à la Maison Royale de santé, vint passer sa convalescence dans le village, vers le milieu d'octobre. Sur 1050 habitants, 25 ont été atteints (12 du sexe masculin et 13 du féminin) : avant un an, 2 filles ; de 1 à 5 ans, 2 garçons et une fille ; de 5 à 10 ans, 1 garçon et 4 filles ; de 10 à 15 ans, 6 garçons et 3 filles ; de 15 à 20 ans, 1 garçon et 2 filles ; de 20 à 25 ans, 2 hommes ; enfin une femme de 36 ans.

Sur les 25 malades, 9 seulement avaient été vaccinés.

La variole a été très-confluente chez 6 individus, assez confluente chez 2, discrète chez 17.

Dans les cas où elle a été confluente, aucun des individus n'avait été vacciné. Dans les deux cas où elle a été

assez confluente, un malade avait été vacciné, et l'autre ne l'avait pas été.

8 vaccinés ont eu la variole discrète; ils avaient les âges suivants : 5, 9, 10, 12, 13, 15 et 36 ans. Celui dont la varioloïde a été assez confluente avait 7 ans. L'âge auquel ces vaccinés ont été atteints semble venir à l'appui du conseil qu'on donne actuellement de revacciner les enfants vers 6 à 7 ans.

Aucun décès n'a été à déplorer dans cette épidémie.

M. Goblin a remarqué qu'elle a commencé au nord-est, s'est étendue au sud-ouest, puis à l'est et au nord-ouest, où elle s'est terminée.

Elle a sévi principalement dans quelques familles pauvres, dont les habitations sont peu aérées, et qui ont la pernicieuse habitude de déposer des fumiers dans des cours où donnent les principales ouvertures de leurs maisons.

Aucune autre cause ne paraissait devoir contribuer à aggraver la maladie : le village de Stains est situé dans une belle plaine. Le Rût, qui vient de Sarcelle, forme un abreuvoir avant d'entrer dans le pays, le traverse souterrainement, et constitue, en en sortant et avant de se jeter dans le Rouillon, une belle pièce d'eau dans le parc de M. de Vatry. Ses eaux sont partout limpides.

Je crois devoir faire suivre cette espèce de statistique de l'épidémie de Stains de deux observations, dans lesquelles on verra le traitement de M. Goblin mis en usage. La première a été recueillie sur les lieux par ce médecin, et est remarquable aussi en ce que les premiers boutons varioliques se sont développés autour d'une plaie qui existait à la main. La seconde est due à M. Louvel, médecin

de la Maison Royale de Saint-Denis, dont l'honorable témoignage vient confirmer les faits énoncés dans le mémoire de M. Goblin.

PREMIÈRE OBSERVATION ; par M. le docteur GOBLIN. — *Variole confluente traitée par les frictions mercurielles. — Marche bénigne de la maladie. — Guérison.*

Le nommé Merlot (Charles-Eugène), âgé de 20 ans, fut opéré, le 9 avril 1845, d'un abcès considérable occupant la paume de la main droite en se dirigeant entre les doigts annulaire et auriculaire de cet organe. L'opération se composa de deux incisions ; l'une dans l'intérieur de la paume pour débrider, et l'autre entre les deux doigts indiqués ci-dessus pour donner issue au pus, dont la quantité pouvait être de 80 à 90 grammes. La plaie fut ensuite pansée avec de la charpie sèche jusqu'au 17 courant, époque à laquelle il apparut autour du foyer de l'abcès des boutons lenticulaires, qui avaient été précédés d'une fièvre assez intense. Je déclarai ces boutons de nature variolique, et je ne me trompai point ; car le lendemain 18, un grand nombre de pustules apparues sur la face caractérisaient une variole confluente, semblable à celle que la sœur du malade venait d'avoir.

J'ordonnai aussitôt de frictionner, trois fois dans la matinée, avec l'onguent mercuriel double, la figure et le cou jusqu'au lendemain midi, où, lors de ma visite, je trouvai les boutons affaissés et commençant à se dessécher, l'inflammation érysipélateuse étant arrêtée. Ces frictions furent continuées pendant dix jours, après lesquels les pustules étant entièrement sèches, commença la desquamation, qui dura jusqu'à cette époque. Ce malade n'a pas

éprouvé de délire, et n'offre, pour ainsi dire, aucune trace de grêle.

DEUXIÈME OBSERVATION; par M. le docteur LOUVEL. — *Variole confluente chez un individu vacciné. — Traitement par les frictions mercurielles. — Guérison.*

Le 30 janvier dernier, je fus appelé chez M. Bocquet, à Saint-Denis, le soir, pour voir une jeune fille de 18 ans : je la trouvai avec une fièvre fort intense, une céphalalgie violente, les yeux injectés, de la sensibilité à l'épigastre et dans le ventre, et anxiété générale. Quelques petites rougeurs, mais sans un caractère bien déterminé, parsemaient le visage. La malade ainsi que son frère et sa sœur avaient été vaccinés, et portaient les traces d'un bon vaccin sur les deux bras.

La petite-vérole régnait alors à l'hôpital militaire de Saint-Denis, et le linge de cet établissement était apporté, déployé, classé, et enfin blanchi chez M. Bocquet. Cette circonstance, que je connaissais, rapprochée de l'état de la malade, détermina chez moi un doute qui fit qu'au lieu d'agir avec vigueur par les antiphlogistiques contre les symptômes inflammatoires, je me décidai à mettre ma malade à l'usage d'une simple tisane de fleurs de mauve et de violette, plus un cataplasme sur le ventre en se tenant bien chaudement dans son lit.

Le lendemain je ne pouvais plus douter; l'éruption avait marché pendant la nuit, et j'avais affaire à une petite-vérole non pas discrète, mais des plus confluentes. Plusieurs boutons se groupaient déjà à l'union de la narine droite

avec la lèvre supérieure; la fièvre et l'anxiété étaient toujours très-fortes, la céphalalgie surtout avait augmenté d'intensité, et je regrettais presque de n'avoir point fait une application de sangsues la veille.

Je me souvins alors du moyen employé par M. Goblin en pareille circonstance, et dont il m'avait fait voir les heureux résultats. Je fis donc faire matin et soir des frictions sur tout le visage et les mains avec un gros d'onguent napolitain. Le lendemain la céphalalgie avait considérablement diminué, et tous les autres symptômes généraux semblaient avoir cédé. Les boutons, déjà fort saillants au moment où la première application du mercure avait été faite, étaient affaissés et flétris. D'autres boutons étaient survenus, mais ils n'avaient pas le même caractère de vitalité maladive, et paraissaient étiolés.

A partir du troisième jour, la maladie était devenue aussi simple qu'une variole discrète, les symptômes généraux avaient entièrement cédé, lorsque je fis néanmoins continuer les frictions mercurielles à 8 grammes d'abord, puis à 6, et enfin à 4 grammes par jour.

Lorsque, au bout de huit jours, je fis cesser cette médication, je n'avais pas eu le moindre symptôme de ptyalisme, tous les boutons étaient secs.

Le 15 février, la desquamation était presque complète, les boutons étaient tombés par grandes plaques; l'estomac, le ventre et la tête étaient parfaitement libres. Je commençai à nourrir la malade, qui se leva le 17 du même mois, et le 20 je cessai mes visites.

Depuis la demande qui m'a été faite de cette observation, j'ai voulu revoir cette jeune fille, et j'ai été étonné du

résultat obtenu par ce traitement. Il serait impossible à l'œil le plus exercé de trouver sur son visage la moindre trace de petite-vérole ; et cependant le second jour de l'éruption elle paraissait excessivement confluente, tous les boutons étant réunis par leur base.

Aussitôt que je reconnus cette petite-vérole, je conduisis le frère et la sœur de la malade, l'un âgé de 14 ans et l'autre de 19, à l'Académie de médecine de Paris, où ils furent vaccinés de nouveau par M. Bousquet. Le vaccin ayant bien réussi, ces deux adolescents ont pu demeurer impunément avec leur sœur.

RECHERCHES PRATIQUES

SUR LES FISTULES DE LA FACE

DANS LEURS RAPPORTS AVEC LES MALADIES DENTAIRES,

RECUEILLIES

PAR LE Dr. M. OLIVET,

DANS LE SERVICE ET AUX CLINIQUES DE M. PÉTREQUIN, CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HOTEL-DIEU DE LYON.

Les fistules de la face sont dues à des lésions très-diverses : elles peuvent être entretenues par une périostite du maxillaire, par une carie ou une nécrose, par des tubercules développés dans cet os ; elles peuvent reconnaître pour cause un kyste situé dans une alvéole, ou une fluxion ordinairement de nature scrofuleuse ; mais la plus commune et la moins connue de ces causes est la lésion d'une dent ; la moins connue, disons-nous, parce qu'il n'en est pas question dans la plupart des livres classiques qui sont entre les mains des élèves.

La note présente, en ajoutant de nouveaux faits à ceux que l'on rencontre çà et là dans quelques mémoires spéciaux, aura principalement pour but le diagnostic et le traitement de cette affection. J'ai recueilli la première observation à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service de M. Pétrequin, qui a bien voulu me faire part de ses idées sur ce sujet jusqu'à présent peu élucidé, et me communiquer trois autres cas qu'il traita il y a deux ans dans le même hôpital, et dont je donnerai plus bas le résumé.

Deux des exemples que j'aurai à rapporter ici, et tous ceux que le même chirurgien a rencontrés dans sa pratique particulière, ont trait à des fistules siégeant sur le maxillaire inférieur, ce qui tend à démontrer qu'elles sont plus fréquentes que celles du maxillaire supérieur, résultat auquel on pouvait d'ailleurs arriver *à priori*, en considérant que l'infiltration d'un liquide a lieu plus facilement de haut en bas qu'inversement; mais tout ce que je dirai sur la nature de cette affection, sur la manière d'arriver à un diagnostic certain, et sur le traitement, s'appliquera également bien aux lésions des deux arcades dentaires.

Ire Observation.—Jean Vaubertrand, marinier, âgé de dix-neuf ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 13 février 1844; il est d'une bonne constitution et n'a jamais fait d'autre maladie que celle qui va nous occuper. A l'âge de dix-huit mois, il tomba de telle manière que toute la force de la chute porta sur le maxillaire inférieur, qui fut cassé. On fit la coaptation, et le malade porta un bandeau pendant sept années consécutives, durant lesquelles sortirent onze fragments d'os par deux ouvertures situées au niveau des angles de la mâchoire; elles se fermèrent pendant quel-

ques années, puis se rouvrirent il y a trois ans pour donner issue à deux nouvelles esquilles. Depuis cette époque, elles se sont complétement fermées; leurs cicatrices sont solides, un peu déprimées, non douloureuses. — Le jeune homme conserve encore les treize fragments de son maxillaire; ils varient en longueur de 6 à 15 millimètres, et en épaisseur de 1 à 5.

Il est résulté de cet accident que l'os est un peu atrophié et que les dents y sont logées à l'étroit; aussi la plupart sont-elles déformées, rabougries; on a même été obligé de faire l'extraction de quelques-unes, qui, par leur direction, gênaient le malade dans la parole et la mastication. — Il y a une année et demie, la deuxième petite molaire droite inférieure lui fit mal; elle se caria, la couronne tomba peu à peu, et, dix mois après, une fistule se déclara à l'extrémité inférieure de sa racine; elle avait commencé, suivant l'expression du malade, par un petit bouton qui s'ouvrit de lui-même, et, dès-lors, l'air inspiré par la bouche produisit des douleurs dans la dent cariée.

Le 16 février seulement, l'on s'aperçut de cette fistule (car le malade était entré à l'hôpital pour une contusion du pied), et, après avoir établi les rapports de causalité entre la fistule et la lésion dentaire, M. Pétrequin fit arracher la racine de la dent qui représentait un canal dont une extrémité s'ouvrait dans la bouche, et l'autre au fond de l'alvéole, qui, elle-même, était perforée et correspondait, comme nous l'avons dit, avec l'extérieur. — Depuis ce moment, les douleurs ont disparu, l'inspiration de l'air n'est plus suivie d'une sensation désagréable, l'alvéole est revenue sur elle-même, et la gencive tend à se fermer. — La fistule ne laisse plus passer de liquide le 21 février, et

sa cicatrisation a déjà commencé à l'extérieur. Le 23, le malade sort guéri.

Les fistules dentaires sont en général une affection assez facile à diagnostiquer quand l'attention est déjà portée sur l'organe qui leur donne naissance; sans cela on les confond souvent avec une autre fistule quelconque de la face; mais il suffit de constater que leur ouverture extérieure répond au fond d'une alvéole dont la dent est cariée, tandis que l'intérieure a son siége dans cette même dent (qui peut dans quelques cas, comme nous venons de le voir, offrir un canal tout le long de son axe), et alors l'on sait à quelle lésion l'on a affaire; mais souvent l'on néglige l'examen de la bouche, et l'on reste dans le vague. D'ailleurs, abstraction faite de ces signes physiques qui ne peuvent plus laisser aucun doute quand on les a reconnus, surtout si le malade sent à chaque inspiration l'air s'engouffrer dans la fistule et produire une sensation désagréable, ou si la fistule coule plus abondamment lorsqu'il laisse séjourner pendant quelque temps un liquide dans la bouche; abstraction faite de ces signes, dis-je, la forme elle-même que la fistule présente à l'extérieur peut mettre le médecin sur la trace de la cause qui l'a produite. En effet, le méat extérieur représente un petit tubercule arrondi, mamelonné, froncé en cul de poule, dur et brunâtre, au centre duquel est percée une petite ouverture, et tout autour duquel se trouve une légère dépression. Ce signe est constant, et contribue à changer en certitude le soupçon qu'on a pu concevoir sur l'étiologie de la lésion.

M. Serre d'Uzès a rassemblé quelques cas où une grave méprise avait été commise. Dans l'un, il y avait fistule à la hauteur du maxillaire inférieur, avec perte de sub-

stance assez considérable ; on fit la résection d'une partie de l'os, mais la fistule n'en persista pas moins. Dans un autre cas analogue, on réséqua par deux traits de scie verticaux la portion d'os où se trouvait la fistule, en y comprenant la dent qui y était implantée. Le malade guérit; mais, en examinant la pièce pathologique, l'on reconnut que la fistule était due à la carie de la dent, et conséquemment, que l'avulsion de celle-ci eût été plus rationnelle, moins difforme et surtout moins douloureuse pour le patient.

Autre exemple. Delpech donnait depuis dix mois des soins à un Anglais résidant à Toulouse, et affecté également d'une fistule de la face, contre laquelle le célèbre chirurgien avait en vain employé la compression, les pommades résolutives et irritantes, et même la cautérisation. A cette époque il survint de l'autre côté de la mâchoire une fluxion pour laquelle l'Anglais fit appeler un dentiste ; celui-ci, après avoir arraché la dent qui depuis quelques jours seulement était devenue douloureuse, proposa l'extraction de celle qui seule, disait-il, entretenait la fistule, et après l'avulsion de laquelle il garantissait la guérison. Le lord ne voulut pas se soumettre sans avoir pris conseil de son chirurgien. Delpech s'y décida, et l'Anglais fut guéri. Instruit par cet exemple, le même auteur raconte qu'il guérit peu de temps après, par le même moyen, une dame atteinte depuis longtemps d'une semblable fistule contre laquelle tous les moyens avaient jusqu'alors échoué.

De telles erreurs de diagnostic, si graves dans leurs suites et quelquefois si compromettantes pour la réputation du médecin, nous autorisent à donner ici quelques détails sur la manière dont on doit procéder à l'examen de

la bouche, sur les difficultés qu'il offre quelquefois, et sur les variétés de lésion qu'il présente à l'observateur.

On doit commencer par l'examen de la gencive. Quelquefois, mais c'est le cas le plus rare, on y sent un cordon noueux appliqué contre l'alvéole de la dent qui occasionne la fistule, et donnant au doigt explorateur une sensation analogue à celle qu'il perçoit en suivant le trajet d'une fistule urinaire. D'autres fois, la gencive est plus rouge ou un peu décollée, ou bien, à la suite d'inflammations répétées, elle est froncée ou accolée à la muqueuse qui double le buccinateur. Enfin, la gencive peut être saine au moment où l'on entreprend l'examen ; mais le malade vous dit qu'elle s'engorge par intervalles, et détermine une fluxion de la joue du même côté.

Puis l'on passe à l'examen des dents elles-mêmes. Si c'est une dent à une seule racine qui produit la fistule, il n'est pas difficile de l'apercevoir, parce que sa racine est ordinairement rectiligne, et que la dent lésée se trouvera directement au-dessus de la fistule ; mais si c'est une dent à plusieurs racines, la chose n'est plus si facile, et il faudra avoir recours aux moyens de diagnostic que nous allons indiquer avec M. Petrequin.

1° Un des pans verticaux de la couronne est attaqué. Si c'est un pan libre, la vue suffit ; si c'est un des côtés contigus à une autre dent, l'on ne saurait voir la lésion : il faut employer alors un gargarisme froid, et la douleur accusée par le malade indiquera souvent quelle est la dent cariée ; une légère pression, et même la percussion exercée sur chacune des dents en particulier, conduira plus sûrement encore au même résultat.

2° Ce n'est plus la même portion de la dent qui est atta-

quée, c'est un point situé entre la racine et la partie visible de la couronne ; ici l'on aura recours aux moyens précités, et, pour plus de sûreté, l'on pourra, avec un instrument quelconque, déchausser en partie la dent, avant de se décider à l'arracher.

3° Ici c'est une lésion de l'axe de la dent. Au centre de la couronne se trouve une ouverture de grandeur variable qui traverse verticalement la dent, et ressort à l'extrémité de la racine, à l'endroit où le nerf et les vaisseaux y pénètrent ; quelquefois cette perforation est très-peu apparente, et l'on ne peut s'en convaincre qu'après l'extraction et la macération de la dent. Le gargarisme et la percussion seront encore utiles ici. D'autres fois la carie agrandit ce canal artificiel : chez notre malade elle avait détruit la couronne, et il ne restait plus que la racine dont un canal occupait tout l'axe ; chez lui aussi le passage de l'air par cette ouverture, la sensation douloureuse dont il s'accompagnait, et la plus grande quantité de liquide que laissait échapper la fistule quand la bouche en était remplie, étaient tout autant de signes qui avaient beaucoup de valeur, et qui pourraient également, sur d'autres sujets, assurer le diagnostic si les mêmes circonstances se représentaient.

Le pronostic d'une fistule qui reconnaît pour cause une carie dentaire n'a rien de fâcheux en lui-même ; ici s'applique le mieux le principe : *sublatâ causâ, tollitur effectus*, et c'est une raison de plus de bien reconnaître cette cause. Quelle différence n'y a-t-il pas, en effet, entre le pronostic d'une fistule dentaire et celui d'une fistule entretenue par la nécrose ou la carie du maxillaire, qui envahit les alvéoles voisines, donne naissance à un pus ichoreux, d'une odeur

infecte, et dont l'effet peut être pernicieux à l'organisme, s'il est avalé par le malade avec la salive, par inadvertance ou pendant le sommeil ?

Mais ce n'est pas une raison pour regarder ces fistules comme chose légère ; l'inflammation continuelle qu'elles produisent dans les parties environnantes doit faire craindre l'extension de la maladie aux tissus qu'elle parcourt, et en particulier une véritable carie du maxillaire sur laquelle le pronostic à porter serait bien différent.

Une fois la cause bien reconnue, rien de plus facile que le traitement de la maladie : il consiste simplement, comme on l'a sans doute déjà pressenti, à extraire la dent cariée ou seulement ses racines, si, comme dans quelques cas, il ne reste plus que celles-ci. La guérison ne se fait pas attendre : l'alvéole et la gencive reviennent graduellement sur elles-mêmes, interceptent ainsi toute communication entre la cavité buccale et le trajet fistuleux ; celui-ci s'oblitère, son tubercule terminal s'affaisse, prend peu à peu la nature et la couleur de la peau des parties environnantes, et au bout d'un temps qui varie entre cinq et quinze jours, il ne reste plus qu'une cicatrice un peu déprimée, formant un petit enfoncement qui finit, à la longue, par se combler complétement.

Voici de nouveaux exemples de la même affection :

IIe Observation.—Jacques Curtat, de Crémieux (Isère), âgé de quinze ans, d'un tempérament lymphatique, s'aperçoit depuis cinq mois de l'apparition d'une petite tumeur dure et indolente au-dessous et au milieu de la branche droite du maxillaire inférieur ; cette tumeur grossit, devient rouge à son centre, au milieu duquel il survient un petit bouton ; un médecin de Crémieux en pratique l'ou-

verture il y a deux mois, il en sort beaucoup de pus, et il s'établit en ce point une fistule qui donne constamment un produit de suppuration. Un mois après, il vient à Lyon, où un chirurgien fait appliquer sur le trajet fistuleux des cataplasmes de farine de lin et de carottes râpées. L'état du malade ne s'est nullement amélioré.

Le 1er septembre 1841, jour de son entrée à l'Hôtel-Dieu, M. Pétrequin constate une fistule au niveau de la troisième petite molaire droite inférieure; la gencive est fortement engorgée et donne sous la pression issue à du pus. — Le 9, on extrait la dent, qui était brune et altérée au-dessous de sa couronne, et paraissait l'être dans ses racines. L'engorgement diminue rapidement, et, le 11, le malade se trouve si bien qu'il demande à sortir; la suppuration se tarit peu à peu, et le 14 elle a cessé. Le malade sort complétement guéri le 18 septembre.

Ces deux premiers exemples ont trait à une fistule dentaire du maxillaire inférieur; les deux suivants sont plus rares; ils ont rapport à des lésions de l'arcade dentaire supérieure.

IIIe Observation.—Jeanne Côte, trente ans, de Perreux (Loire), brodeuse, fut atteinte il y a trois ans, et sans cause connue, d'une fluxion du côté droit de la face; huit jours après, il s'ouvrit sur la joue, au niveau des petites molaires supérieures du même côté, une fistule qui laissait constamment échapper un liquide blanc jaunâtre, quelquefois un peu sanguinolent, et qui, au bout de quatre mois, se ferma spontanément.— Il y a dix mois, la fluxion reparut, et avec elle la fistule et les symptômes précités; un médecin y fit une ouverture cruciale, et y pratiqua

ensuite la cautérisation avec l'azotate d'argent, puis appliqua des cataplasmes, des emplâtres, etc.

Son état ne s'améliore pas; elle entre à l'Hôtel-Dieu le 8 juillet 1842, dans le service de M. Pétrequin, qui trouve la deuxième petite molaire brisée jusqu'à la racine; la malade se rappelle qu'avec chaque fluxion coïncidaient des douleurs dentaires dans cette région. Au niveau de la racine de la première molaire vient s'ouvrir une fistule dont le trajet est marqué par une petite corde résistante partant de la gencive de cette même dent; elle est très-étroite et n'admet qu'un stylet très-ténu; on combat d'abord l'irritation par des cataplasmes émollients, et, le 16 juillet, M. Pétrequin arrache la première molaire dont la racine se trouve en effet cariée. Le 23 juillet, la fistule ne laisse plus écouler de suppuration. — Le 25, elle est complétement fermée.

Du 16 juillet au 1er août, on extrait à trois reprises différentes les racines brisées de la deuxième molaire. — Le 3 août, la malade sort parfaitement guérie.

On peut remarquer ici quel fondement il convient de faire sur les assertions des malades : celle-ci disait n'avoir jamais eu mal aux dents, et la couronne de la seconde petite molaire manquait; ses racines même étaient cariées, et ce ne fut qu'après plusieurs interrogatoires qu'elle mentionna les douleurs dentaires qui avaient accompagné chaque fluxion.

Dans le cas qui vient d'être rapporté, comme dans celui qui va suivre, on a été obligé de faire précéder l'extraction de la dent par des gargarismes et des applications émollientes pour calmer la douleur et l'irritation locale.

IVe Observation. — Claudine Noyelle, âgée de quarante

ans, dévideuse, d'assez bonne constitution, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 6 août 1842, avec une fistule existant au niveau des deuxième et troisième molaires supérieures droites.

Il y a onze mois, il lui survint, du même côté, une fluxion considérable de la joue qui, pendant une nuit, la priva de sommeil ; quinze jours après, il s'établit entre l'os malaire et la commissure des lèvres, une ouverture qui n'a pas cessé de donner issue à un pus quelquefois sanguinolent, et il survenait de temps en temps une nouvelle fluxion. Le premier médecin qu'elle consulta y fit appliquer des cataplasmes émollients ; un autre, des compresses de vin aromatique accompagnées d'injection de la même liqueur, etc... Ces médications restèrent sans aucun résultat. A son entrée à l'Hôtel-Dieu, le 6 août 1842, l'ouverture extérieure de la fistule donne issue par la pression à un peu de pus ; elle est située sur un petit tubercule entouré d'une cicatrice rouge, dure et déprimée ; son trajet sinueux, et qui n'admet qu'un stylet très-délié qui n'arrive pas jusqu'à l'os, est marqué comme dans l'observation III par une corde résistante qui correspond à la première grosse molaire, parfaitement saine extérieurement; M. Pétrequin hésita quelque temps à arracher une dent si belle en apparence : il prescrivit quelques gargarismes, et ce ne fut que le 18 août qu'il en fit l'avulsion, reconnaissant là les symptômes d'une fistule dentaire, et considérant l'inutilité des moyens jusqu'alors employés. Son diagnostic se trouva justifié : la dent était affectée d'une carie infundibuliforme siégeant à son collet, et s'enfonçant profondément dans son intérieur. — Le 20, il n'est rien sorti par la fistule. — Le 22, elle est oblitérée. — Le 24, on fait la section

du trajet fistuleux, afin de le rendre moins tendu et de diminuer la dépression extérieure. — Le 29, la fistule n'a pas donné depuis l'opération ; l'orifice extérieur est moins enfoncé depuis le débridement. La malade sort guérie.

Ici encore la malade affirmait n'avoir jamais eu mal aux dents, et cependant la première grosse molaire gauche manquait, la couronne en était tombée spontanément en diverses reprises.

Nous avons dernièrement observé un nouveau cas, qui sert de confirmation aux propositions que nous avons émises dans le courant de cette note, et où les déductions que nous en avons tirées trouvèrent leur application.

Aucune fistule, il est vrai, ne s'était encore déclarée chez ce malade ; mais l'affection, que produisait la carie dentaire, se renouvelait par intervalles, et aurait pu amener une véritable fistule, puisque, dans le traitement employé jusqu'alors, on n'avait tenu aucun compte de la cause occasionnelle.

Guidé par les faits analogues, qu'il avait déjà observés, M. Pétrequin soupçonna la cause de la maladie, et quand l'inflammation fut dissipée, et que le malade put ouvrir la bouche, il vit sa conjecture vérifiée par le fait, ordonna l'extraction de la dent, et la guérison s'en suivit.

Voici maintenant ce fait :

V^e Observation. — Un homme de vingt-quatre ans, d'un tempérament lymphatique, se présente à l'Hôtel-Dieu avec une fluxion considérable de tout le côté gauche de la face. Il y a sept ans que la dernière petite molaire gauche a commencé à se carier ; elle n'occasionne des douleurs que depuis quatre ans.

Il y a quatorze mois qu'il se développa pour la première fois une fluxion de la joue gauche qui dura deux semaines; elle reparut il y a dix mois, et disparut en peu de temps après une application de sangsues.

Il en fut atteint pour la troisième fois, il y a sept mois; un abcès se forma sur la gencive de la dent malade; la rupture de cet abcès, et des cataplasmes émollients, dissipèrent de nouveau la maladie. Enfin, il y a quatre mois qu'il entra à l'hôpital pour se faire guérir d'une quatrième fluxion, qui fut encore accompagnée de la formation d'un abcès à la gencive. On ouvrit l'abcès, l'on appliqua des cataplasmes, et le malade fut de nouveau soulagé.

Au commencement de mars 1844, il se présente de nouveau à l'Hôtel-Dieu; la joue gauche est enflée; dans un endroit correspondant aux petites molaires inférieures, l'on trouve un point jaunâtre un peu proéminent, qui recouvre évidemment un abcès. L'introduction du doigt dans la bouche est à peine possible. On sent que la dernière petite molaire est cariée, et que sa couronne est en partie détruite; la pression, qu'on y exerce, est douloureuse, ainsi que le contact de l'air, quand le malade fait une forte inspiration.

Quelque indiquée que paraisse l'avulsion de la dent malade, elle est rendue impossible par le fait que le malade ne peut écarter suffisamment les mâchoires. L'on se contente donc d'inciser la joue dans le point qui est le siége visible d'un abcès; il en sort un pus bien lié; l'on combat l'inflammation par des applications émollientes, et au bout de quelques jours la douleur est plus supportable; la tuméfaction diminue, et la bouche peut être

ouverte. Il s'écoule, par l'incision, un liquide séro-purulent, quelquefois un peu sanguinolent.

Quand l'inflammation est abattue, l'on extrait la dent malade ; tous les symptômes cessent bientôt, et dix jours après, l'incision factice ne laisse plus échapper aucun liquide. On lui laisse encore le temps de se cicatriser complétement, et vingt jours après l'extraction de la dent, le malade sort parfaitement guéri.

Les lésions qui viennent de nous occuper reconnaissent donc pour cause une carie dentaire, simulent des affections d'une gravité bien plus grande, par exemple la nécrose du maxillaire, et pourraient porter le praticien à entreprendre contre elles des opérations qui rentrent dans le domaine de la haute chirurgie, tandis qu'une simple extraction de dent en eût fait plus promptement et plus sûrement justice.

L'exostose des racines des dents pourrait peut-être donner lieu à une fistule dentaire; mais le plus ordinairement, elle occasionne des douleurs vives qui s'irradient en différents sens, et en ont souvent imposé pour une névralgie faciale contre laquelle on a vainement employé la section des cordons nerveux ; elles revêtent même quelquefois un caractère de périodicité qui tend encore plus à égarer le praticien dans son diagnostic et son traitement. M. Talma en cite plusieurs exemples (*Affections douloureuses de la tête déterminées par l'exostose des dents.* Bruxelles, 1843).

Les résultats de l'exostose et ceux de la carie ne sont donc pas les mêmes, et si nous les avons rapprochées dans cette courte digression, c'est que l'une et l'autre

simulent des affections graves et que le même traitemen triomphe également bien de toutes deux.

MÉMOIRE

Sur les phénomènes physiologiques qu'on observe en s'élevant à une certaine hauteur dans les Alpes : présenté à l'académie des sciences, par A. LE PILEUR, D. M. (1).

Avant d'examiner les causes des phénomènes physiologiques qui se produisent sur les hautes montagnes, je crois devoir donner les détails de ceux que j'ai observés tant sur moi que sur mes compagnons de voyage et sur nos guides.

En allant de Martigny au grand Saint-Bernard, en septembre 1832, je vis mon frère et deux de mes amis présenter la plupart des symptômes du mal des montagnes ; l'un, jeune homme de 26 ans, fut pris, une heure avant d'arriver à l'hospice, de malaise général, de fatigue, d'essoufflement, de palpitations, et bientôt ne put marcher sans être soutenu et sans faire des haltes fréquentes à intervalles égaux. Arrivé à l'hospice, il se coucha, sans pouvoir prendre autre chose qu'un peu de thé ; il souffrit toute la nuit d'un malaise qu'il comparait à celui de la fièvre ; le lendemain matin il sentait encore de l'oppression et se hâta de redescendre en voiture à Martigny. Des deux autres, l'un avait trente ans, et mon frère dix-sept : ils ne souffrirent que fort peu dans la dernière demi-heure de montée ; mais quoique peu fatigués en arrivant, ils n'avaient pas le moindre appétit, et

(1) Voir le commencement de ce mémoire dans le précédent cahier de la *Revue*.

même la vue et l'odeur des aliments leur inspirait du dégoût. La nuit les remit tout à fait, le lendemain ils purent monter à l'une des cimes au sud du couvent et redescendre à pied à Martigny. La fatigue de cette journée leur ôta également le soir tout appétit, ainsi qu'à un autre de nos compagnons qui n'avait rien éprouvé au Saint-Bernard; mais ce n'était alors que de la fatigue, il ne restait rien du malaise qu'ils avaient ressenti la veille.

Au mois de juin 1835, en gravissant la pente de neige qui s'étend au-dessous du château Pictet sur le Buet, à une hauteur d'environ 3,000 mètres, je sentis mes forces défaillir, j'avais beaucoup de peine à avancer. Un de mes amis qui m'accompagnait souffrait déjà depuis près d'une demi-heure de fatigue dans les jambes et les genoux. Il faisait des haltes fréquentes. Quant à moi, je ne pouvais faire plus de 160 pas de suite.

Un peu de chocolat que je mangeai me remit presque complétement, cependant j'étais encore obligé de m'arrêter de temps à autre, quoique beaucoup moins épuisé. Du château Pictet à la cime du Buet la pente est très-douce, et je n'éprouvai dans ce trajet aucune lassitude.

Au mois de juillet de la même année, je montais avec un guide sur la pointe de rocher qui domine au nord le col Saint-Théodule; environ 60 mètres au-dessous de la cime, je m'aperçus que le guide s'arrêtait fréquemment, bientôt il lui devint impossible de faire plus de 8 à 10 pas sans reprendre haleine. C'était un homme robuste et dans la force de l'âge, je ne pouvais penser que le poids de mon sac qu'il portait suffit pour le fatiguer à ce point; le voyant haleter, pâlir et sur le point de tomber en défaillance, je lui dis de prendre un peu de repos: il ne voulut pas d'abord

convenir de son malaise, mais enfin il fut obligé de s'asseoir, une sueur froide coulait sur son visage, il était épuisé. Je lui fis manger un peu de pain et de chocolat, ce qui, joint à un repos de dix minutes, le remit tout à fait. La hauteur à laquelle nous étions n'était guère que de cent cinquante mètres au-dessus du col Saint-Théodule, c'est-à-dire de 3,560 mètres; mais j'avais remarqué en partant de Zermatt, vers minuit, que le guide était ivre, et c'était là ce qui l'avait rendu si impressionnable à la raréfaction de l'air.

Deux jours après, en gravissant le Breithorn, à l'est-sud-est du col Saint-Théodule, un de mes guides se trouva dans l'impossibilité de monter plus haut que le dernier plateau (environ 3900 mètres); cet homme avait soixante ans et était affecté d'une double hernie inguinale. Un autre guide du même âge éprouva beaucoup d'anhélation en gravissant le cône terminal du Breithorn (4,100 mètres), dont la pente est très-raide. Les deux autres guides, hommes de 30 à 35 ans, n'eurent aucun malaise non plus que moi. L'année suivante, faisant la même excursion avec un de mes amis, je fus pris d'un sommeil invincible en traversant le vaste plateau situé au sud du Breithorn, où l'année précédente un guide avait dû s'arrêter. Je dormais en marchant, quelque effort que je fisse pour me tenir éveillé; un des deux guides éprouvait le même effet, l'autre et mon compagnon de voyage ne ressentaient rien de semblable. De retour au col Saint-Théodule (3410 mètres), après un léger repas fait de bon appétit, nous dormîmes tous au soleil, pendant une heure environ. En se réveillant, mon compagnon de voyage se sentit mal au cœur et vomit ce qu'il avait mangé une heure avant. Il faut remarquer que l'avant-dernière

nuit nous avions peu et mal dormi, et qu'après une marche de 8 heures, nous n'avions pris, la nuit qui précéda notre excursion, que trois quarts d'heure de sommeil. Il m'est arrivé plusieurs fois à Paris, de me trouver ainsi dominé par le sommeil au point de dormir et même de rêver en marchant. Nous n'avions, du reste, éprouvé les uns ni les autres aucun autre malaise pendant cette excursion.

Au mois de juillet 1844, en gravissant la pente du Couvercle à une hauteur de 2,500 mètres environ, j'éprouvai un malaise et une difficulté à monter comme celle que j'avais ressentie en 1835 au Buet. Cet état dura près de vingt minutes. Je n'étais pas obligé de m'arrêter, mais je souffrais, et mes forces me paraissaient diminuées de beaucoup : enfin, sans cause appréciable, car je continuais à monter, le malaise cessa tout-à-coup, je pus franchir sans peine la hauteur de 150 mètres environ, qui séparait le point où je me trouvais du jardin. Arrivé en ce dernier endroit, je mangeai avec assez de plaisir; mais je fus bientôt rassasié. M. le docteur Noel de Mussy, l'un de mes compagnons dans cette promenade, et qui se trouvait pour la première fois dans les montagnes, n'éprouva qu'un peu d'essoufflement; au jardin il mangea avec beaucoup d'appétit. Cependant le soir, en revenant, il était beaucoup plus fatigué que moi. Un autre voyageur qui nous accompagnait ne ressentit aucun malaise.

Enfin, au mois de septembre, M. Camille Bravais, qui montait avec moi à la pierre de l'Échelle, parvenu à une hauteur d'environ 2,500 mètres, était obligé de s'arrêter tous les 20 pas pour reprendre haleine. Il est vrai que M. C. Bravais, affecté sans doute d'un peu d'hypertrophie

du cœur, n'a jamais pu gravir une montée rapide sans éprouver de fortes palpitations.

Ces observations faites à des hauteurs différentes, mais en général peu considérables, nous conduisent naturellement à celles que j'ai recueillies en commun avec MM. Martins et Bravais dans notre ascension au Mont-Blanc.

Je parlerai séparément et en dernier lieu de l'observation du pouls.

Lors de notre première tentative, le 30 juillet, nous partîmes à 8 heures, après avoir déjeuné avec du café au lait. MM. Bravais et Martins étaient dans des dispositions d'esprit excellentes; pour moi, je ne pouvais me persuader que notre voyage eût quelques chances de succès; les difficultés nombreuses que nous avions rencontrées dans l'organisation de notre expédition m'avaient un peu découragé, d'ailleurs je n'avais aucune confiance dans le temps, enfin sans pouvoir en donner une bonne raison, j'étais poursuivi par l'idée que nous échouerions.

La montée se fit sans difficultés jusqu'à la pierre de l'Échelle (2433 mètres). Pendant la première heure de montée, j'avais transpiré abondamment. Après un déjeuner frugal, nous quittâmes la pierre de l'Échelle et nous atteignîmes facilement les Grands-Mulets.

Je me trouvai un peu fatigué vers la fin de la montée. Pour prévenir les effets de la réverbération des neiges, nous nous étions munis de masques de crêpe et de lunettes bleues très-foncées que nous gardions toujours quand le soleil donnait sur le glacier.

Aux Grands-Mulets (3046 mètres), pendant la première heure, sensation de faiblesse, envie de dormir et besoin

de me reposer. Quand je marche et surtout lorsqu'étant debout je lève la tête, sensation analogue à celle qui se produit lorsque, étant couché horizontalement vers la fin d'une syncope, on veut se relever trop tôt. Un peu de pain et de vin me remettent. Quelque temps après j'essaie de manger de la viande: un dégoût insurmontable m'empêche d'avaler la seconde bouchée, je ne puis manger davantage. M. Martins éprouve la même répugnance pour la viande. La nuit suivante le sommeil fut presque nul, des crampes violentes dans les jambes me firent beaucoup souffrir. M. Martins se trouva trop chaudement couvert par sa pelisse, et ne dormit pas. Sur quarante hommes de la vallée qui nous accompagnaient et qui portaient environ douze kilogrammes chacun, pas un seul ne fut malade et ne resta en arrière. Un ou deux seulement paraissaient très-fatigués en arrivant.

Le lendemain matin nons ne sentions ni malaise ni fatigue; appétit presque nul. A cinq heures du matin nous quittons les Grands-Mulets. Rien d'extraordinaire jusqu'à la montée qui précède le Grand Plateau (Grandes Montées 3,800 mètres) A cette hauteur, des raffales assez fortes nous assaillirent. Lorsque le vent me frappait en face, il me coupait la respiration et j'éprouvais alors un peu de mal de cœur ou plutôt quelque chose de ce qu'on ressent lorsque, ayant plongé, on ne peut revenir aussi vite que l'on voudrait sur l'eau. J'ai souvent éprouvé une sensation analogue, mais jamais aussi pénible en marchant en plaine par un grand vent.

L'appétit et la soif étaient nuls chez moi, pas d'autre malaise que celui qui vient d'être décrit, et un froid aux pieds très-douloureux. Un peu au-dessus du Petit Plateau

(3,800 mètres), M. Bravais dormait presque en marchant, et la soif le tourmentait beaucoup. Tous nos porteurs montaient sans grande fatigue apparente et sans haltes bien fréquentes. Toutefois, personne ne parlait, ce qu'on peut attribuer à la difficulté de la montée sur une pente rapide, et à la préoccupation que causait à tous le mauvais temps qui s'annonçait. Le thermomètre avait marqué depuis le matin une température voisine de 0°. Arrivés au Grand Plateau (3911 mètres), nous nous occupâmes, nous et cinq de nos guides, à creuser la neige sur un espace de quelques mètres en superficie et à dresser notre tente; ce travail assez rude auquel nous prîmes une part aussi active que nos guides, dura environ vingt minutes pendant lesquelles, occupés tour à tour à manier la pelle, à enfoncer les piquets de la tente, à la dresser et à roidir ses cordes, restant souvent une minute et plus dans une position gênée où l'expansion complète du thorax était impossible, nous n'éprouvâmes cependant en aucune manière le besoin de nous arrêter pour reprendre haleine. Il est vrai que nous étions vivement préoccupés de la nécessité de construire promptement un abri pour nous et nos instruments que la neige menaçait d'ensevelir. Cependant nous étions au Grand Plateau, à la hauteur où de Saussure avait observé l'essoufflement si rapide chez ses guides et sur lui-même. Nous ne pensâmes à faire ce rapprochement que lorsque nous nous trouvâmes avec nos instruments abrités par la tente.

M. Martins s'aperçut alors qu'il avait les quatre petits orteils du pied droit presque complétement gelés; il ne les sentait plus et ne pouvait les remuer, pendant un quart-d'heure il les frotta sans succès avec de la neige: enfin la sensibilité revint. L'appétit était nul chez lui, il éprouvait

un peu de mal de cœur, de l'atonie et une grande envie de dormir. Quant à moi, je ne pus manger que fort peu, j'avais un besoin de sommeil presque irrésistible. M. Bravais n'avait plus de somnolence depuis que nous ne montions plus. C'était de nous trois celui qui supportait avec plus de fermeté notre mauvaise fortune. M. Martins et moi nous étions abattus et découragés, nous voyions notre expédition compromise, nos espérances perdues pour cette fois, sinon pour toujours, nous nous laissions aller à ces idées tristes, au lieu de nous roidir contre elles. Après quelques heures de séjour sous la tente, nous mangeâmes avec plaisir, M. Bravais et moi. Un peu de vin généreux nous fit beaucoup de bien; mais ce qui nous réussit le mieux, ce fut une infusion de thé à laquelle on mêla quelques gouttes d'eau-de-vie. M. Martins en but presque à contre-cœur et s'en trouva fort bien cependant. Il fut pris dans la journée d'un besoin fréquent d'aller à la selle, sans diarrhée ni coliques. La nuit suivante, chaque fois que quelque chose le contrariait, il éprouvait un frémissement général avec tremblement qui durait environ une demi-minute.

Pendant la première moitié de la nuit, je ressentis de même un frisson violent qui revenait huit ou dix fois par heure sans cause appréciable, et durait cinq à six secondes.

Une tasse de thé bien chaud fit cesser presque complétement ce phénomène, que j'attribue au besoin de sommeil, car je ne souffris nullement du froid sous la tente. Je n'avais jamais rien éprouvé de semblable à ce frisson périodique; M. Bravais dormit assez bien. Sous la tente, le thermomètre oscillait entre + 2 ° et 0 °. Au dehors il descendit à — 12 °, 1 à 3 heures du matin.

Les guides n'avaient rien perdu de leurs forces physiques et morales. Ils semblaient tout à fait dans l'état normal, seulement dès qu'ils furent abrités sous la tente, ils furent pris comme nous d'envie de dormir.

Le 1er août, nous redescendîmes sans fatigue à Chamonix; à la hauteur des Grands-Mulets, l'appétit avait reparu, et nous étions tous dans les conditions normales. Un des guides eut, le jour suivant, un peu de coryza.

Des quarante-trois hommes qui avaient pris part à l'expédition, aucun autre ne présenta le moindre phénomène pathologique. Je ne compte pas, bien entendu, l'érythème causé par la réverbération du soleil sur la neige.

Le 7 août nous partîmes de nouveau pour le Grand Plateau. Le jour précédent nous ne nous étions pas fatigués, et la nuit j'avais bien dormi. M. Martins n'avait pas eu un bon sommeil.

Notre caravane était ainsi composée :

Jean Mugnier,	guide,	36 ans.
Michel Couttet,	id.	33
Jean-Michel Cachat,	porteur.	43
Alexandre Couttet,	id.	24
Auguste Frasserand,	id.	30
Alexand. Devouassou,	id.	28
A. Simond	id.	27

La montée se fit facilement, quoique sur des neiges encore molles; nous mangeâmes avec appétit aux Grands-Mulets. J'arrivai au Grand Plateau sans fatigue et beaucoup mieux portant que la première fois aux Grands-Mulets. M. Bravais, comme à notre premier voyage, fut pris d'envie de dormir aux Grandes Montées. Comme la

première fois aussi nous fûmes assaillis, au moment de notre arrivée, par une tourmente de neige et un vent violent du sud-ouest. Un orage effroyable nous enveloppa toute la nuit et une partie du lendemain.

De nous trois, M. Bravais était évidemment celui qui supportait le mieux le séjour dans un air raréfié. Pour moi j'en étais cette fois beaucoup moins influencé, je n'avais rien perdu de mes forces physiques, et au lieu d'être accablé par le découragement, j'étais résigné sans beaucoup de regrets pour le présent, et non sans espérance pour l'avenir. J'eus, encore cette fois, quelques frissons pendant la nuit, mais ils furent moins forts et beaucoup moins fréquents que la première fois.

M. Martins, quoique moins mal à l'aise qu'au premier voyage, était pourtant le moins bien disposé de nous trois; il y avait certainement chez lui une prédisposition dont les conséquences se manifestèrent le lendemain.

Nos deux guides et quatre de nos cinq porteurs allaient bien; en arrivant au Grand Plateau, Cachat, dont le visage est habituellement très-injecté, était fortement cyanosé. Nous présentions tous quelque chose de semblable, mais à un moindre degré; c'est sans doute là ce que le docteur Barry a désigné sous le nom de teinte livide de certaines parties. Cet effet ne nous parut pas avoir d'autre cause qu'un froid assez intense. Au reste, Cachat, bien que fatigué en arrivant, ne parut plus souffrir dès qu'il n'eut plus à monter.

A. Simond fut pris de diarrhée pendant la nuit, et le lendemain matin il eut la malheureuse idée de boire de l'eau-de-Cologne, qu'on lui avait vantée comme remède en pareil cas; des violents maux de cœur et des vomissements

s'en suivirent. Il se remit complétement à son retour dans la vallée. A cela près tout le monde passa une assez bonne nuit, quoique la neige chassée par le vent pénétrât dans la tente et nous couvrit sans cesse. Sous la tente, le thermomètre se maintint entre + 2 ° et 0 °; au dehors il descendit à —6 ° dans la nuit. Le lendemain, trois de nos porteurs redescendirent à dix heures du matin, et nous-mêmes nous quittâmes le Grand Plateau à deux heures après midi. La descente se fit assez rapidement. M. Martins en fut très-fatigué; bien avant de sortir du glacier il se sentait de la lassitude dans les jambes, ce malaise augmenta. Il ne marchait pas d'un pied sûr; enfin il arriva le soir à Chamonix, presque à bout de ses forces. Quelques instants après son arrivée, il reconnut dans ses urines la présence d'un peu de sang; cette hémorrhagie, dont il avait remarqué le début dès la pierre de l'Échelle, fut très-légère et ne se représenta pas. Il n'y eut pas de fièvre, et le repos de la nuit fit disparaître le malaise avec la fatigue. M. Martins pensa qu'un besoin violent d'aller à la selle, réprimé pendant la traversée si difficile du glacier, avait été la cause déterminante de cette hématurie.

Le lendemain, 9 août, M. A. Bravais se sentit assez reposé pour monter au Breven avec son frère et moi. M. Martins était alors remis de sa fatigue, cependant la prudence exigeait qu'il gardât le repos. Cette journée de marche, et surtout la descente très-fatigante du Breven, détermina chez M. A. Bravais de violentes douleurs dans les muscles psoas-iliaque, dans les fessiers, et dans les adducteurs de la cuisse. Il en souffrit violemment dix ou douze heures, et dans la nuit il fut pris d'atroces douleurs de tête. Plusieurs jours après, pendant le voyage que nous

fimes autour du Mont-Blanc, toutes les fois qu'il faisait une marche un peu longue, et surtout quand il avait beaucoup à descendre, les douleurs dans la hanche et le bassin revenaient assez vives pour nous inspirer, à M. Martins et à moi, des inquiétudes, nous redoutions la formation d'abcès dans le bassin. Enfin le repos et un bain à Courmayeu firent cesser la douleur qui ne reparut pas.

Le 28 août nous partîmes à minuit vingt minutes de Chamonix, pour tenter une troisième fois l'ascension. M. Bravais et moi nous avions un commencement de coryza et de bronchite.

Nos guides étaient :

Mugnier,
Michel Couttet,
Cachat,
Frasserand,
Simond,
Ambroise Couttet, Alex. Tournier } 25 à 28 ans.

Ces deux derniers étaient montés, lors de notre premier voyage, jusqu'au Grand Plateau. La montée se fit très-bien jusque vers 3,100 mètres. Là, Tournier se sentit malade, perdit tout à fait courage et fut obligé de redescendre. Il était pâle, la sueur inondait son visage et il pouvait à peine faire quelques pas en montant, bien qu'on lui eût fait déposer sa charge et que nous fussions sur une pente assez douce. Il attribuait cette défaillance de ses forces à ce que, la veille, ne pensant pas monter, il s'était fatigué beaucoup à un travail pénible. Son malaise cessa dès qu'il fut à deux ou trois cents mètres plus bas.

A 3600 mètres, je ne ressentais rien en marchant d'un pas mesuré ; mais quand je voulais monter vite, comme par

exemple pour rejoindre mes compagnons de voyage, après m'être arrêté un instant, j'éprouvais du malaise. M. Bravais souffrait beaucoup du froid aux pieds depuis quelques heures. Plusieurs fois il avait été obligé de s'arrêter, et nous avions rétabli la circulation en lui frappant fortement la face dorsale des orteils avec nos mains. Ce moyen douloureux, mais commode dans une expédition de ce genre, parce qu'il n'exige pas qu'on ôte la chaussure, nous a réussi presque toujours à amener promptement une réaction nécessaire.

Au Petit Plateau, je mangeai d'abord avec répugnance, puis avec plaisir, lorsqu'un peu d'aliments eût excité l'estomac. Nous prîmes tous un peu de vin : c'était toujours là ce qui nous réussissait le mieux, et l'expérience nous avait prouvé que l'usage modéré des spiritueux est très-utile dans ces courses de hautes montagnes, et non pas nuisible, comme on l'a dit tant de fois. M. Bravais fut encore, cette fois comme les deux autres, pris d'envie de dormir vers la hauteur du Petit Plateau (3800 mètres).

En arrivant au Grand Plateau, il était, ainsi que moi, un peu fatigué. M. Martins ne l'était pas. Cachat et Ambroise Couttet étaient épuisés. Aussitôt qu'ils furent arrivés, ils se couchèrent au soleil sur la neige, et restèrent ainsi pendant trois ou quatre heures, sans pouvoir nous être d'aucune utilité. Ambroise Couttet eut de plus des nausées tout l'après-midi. Dès qu'il voulait se tenir debout, la syncope devenait imminente. Les autres s'occupèrent avec nous à mettre les instruments en observation et à déblayer notre tente que la neige avait aux trois quarts ensevelie du côté du N.-E. Ce travail ne nous fatiguait ni les uns ni les autres, et nous n'éprouvions pas

plus d'essoufflement que la première fois et qu'à Chamonix, quand nous avions dressé nous-mêmes la tente pour nous y exercer et montrer à nos guides comment il fallait s'y prendre.

L'appétit était chez tous moins développé que dans la vallée. M. Bravais en avait très-peu ; chez M. Martins et chez moi il était nul. Cependant je n'éprouvais pas de dégoût pour les vivres frais que nous avions apportés. Trois heures après notre arrivée, ayant ôté mon masque de crêpe qui me gênait pour observer, je sentis un commencement de mal de tête qui cessa dès que j'eus remis mon masque. Lorsque j'apportais une grande attention à l'observation de quelque instrument, quand par exemple je lisais un thermomètre placé sur la neige, et en général quand je me trouvais dans une position où la respiration était gênée, j'éprouvais une légère sensation nauséeuse qui durait à peine une ou deux secondes ; l'instant d'avant et l'instant d'après je ne m'en ressentais nullement. Messieurs Martins et Bravais remarquèrent chez eux le même phénomène. A cela près, nous étions fort bien portants, gais et pleins de confiance. Nous ne tenions note de ces minuties de malaise que pour être rigoureusement exacts.

A. Simon fut pris de défaillance pendant que je lui tâtais le pouls. Il était debout et n'eut que le temps de se coucher sur la neige, pour éviter une syncope complète. Depuis notre arrivée, il avait travaillé à déblayer la tente et à ranger nos effets de campement sans éprouver de malaise ; cependant il était un peu moins dispos cette fois que les autres. Il se remit au bout de quelque temps et mangea même avec appétit. Le soir, tout le monde était bien

portant ; nos deux malades s'étaient remis de leur fatigue ; je dormis la nuit, quoique fort gêné par l'impossibilité d'étendre les jambes. Je sentis aussi quelques douleurs rhumatismales dans le genou droit, vers le bord interne de la rotule, et un peu de névralgie au côté externe de la cuisse gauche. M. Bravais observa jusqu'à minuit. Le 29, à quatre heures du matin, je fis la première observation. J'étais bien reposé, je me sentais toutes mes forces, mais je n'avais pas d'appétit ; je mangeai seulement avec plaisir quelques raisins secs, les vivres gelés à fond depuis un mois, et surtout la viande, m'inspiraient du dégoût. Vers six heures, M. Bravais et moi nous prîmes un peu de pain et de vin. Les premières heures de la matinée se passèrent à observer et à faire quelques expériences, pendant lesquelles nous restâmes debout, allant et venant sur la neige molle. A dix heures dix minutes, on partit pour la cime.

La traversée du Grand Plateau fut pénible à cause de la neige dans laquelle on enfonçait jusqu'au mollet. Je ne me sentais plus aussi fort que le matin, mais je n'éprouvais aucun malaise. Je transpirai abondamment en traversant le Grand Plateau et pendant la première demi-heure de montée. Nous souffrions du froid aux pieds et aux mains, M. Bravais surtout. M. Martins s'essoufflait un peu plus et plus vite que nous. Jusqu'au bas des rochers rouges supérieurs, 4,400 mètres environ, je n'avais de malaise d'aucune espèce ; nous faisions trois cent cinquante à quatre cents pas de suite sans reprendre haleine ; mais arrivé à ce nombre, on sentait le besoin de quelques instants de repos. La pente sur laquelle nous nous élevions, mesurée avec la

boussole de géologue, était, vers 4,300 mètres, de 42°, l'inclinaison de notre marche était de 16°.

Vers 4,400 mètres je commençai à sentir au bout de dix à douze pas un peu de fatigue avec douleur analogue à celles de la courbature, dans les jambes et les genoux. Je comptai de nouveau mes pas, nous en faisions encore cent entre chaque halte; mais les vingt derniers m'étaient très-pénibles. Cette douleur des jambes cessait dès que je m'arrêtais, et les premiers pas que je faisais ensuite étaient très-faciles. Je commençais à désirer vivement de voir la pente s'adoucir. Un quart d'heure avant d'atteindre le haut des rochers rouges supérieurs elle devint en effet moins roide. Vers cette hauteur (4,450 mètres environ) j'eus un peu de transpiration qui ne dura que quelques instants. Après une courte halte on continua de monter; un peu avant le sommet des rochers rouges supérieurs, j'avais commencé à sentir quand je marchais un malaise indéfinissable; je n'avais ni mal de tête ni palpitations, une fois ou deux je sentis quelques battements dans les carotides sans doute parce que j'avais fait quelques pas plus vite que les autres. Je n'avais pas non plus de mal de cœur, mais un malaise général, une sorte d'épuisement. J'étais faible et il me semblait que j'avais juste assez de force pour exécuter les mouvements de locomotion pendant un certain temps et qu'ensuite ce serait fini, j'étais en un mot comme un homme qui, à la fin d'une longue journée de marche, épuisé de fatigue, sent qu'il pourra bien arriver encore à tel point peu éloigné, mais qu'il doit renoncer à aller plus loin. Je ne pouvais marcher que la tête basse et le menton touchant presque le sternum. Cette attitude était celle de tous, et lorsqu'on reprenait haleine, c'était aussi, pendant

les premières secondes, le cou tendu et le corps penché en avant. Clissold avait observé la même chose. Un peu d'envie de dormir se fit sentir chez moi à plusieurs reprises et j'eus quelques bâillements. Enfin ce qui ajoutait beaucoup au malaise, c'était une soif assez vive ou plutôt une sécheresse et un état pâteux de la bouche ; un peu de neige fondue sur la langue en mâchant du raisin sec, désaltérait pour quelques instants. Cet état de malaise ne se développa que graduellement, et il était très-supportable quand, vers 4,560 mètres, un vent violent du nord-ouest nous assaillit. Aussitôt nous sentîmes se glacer nos mains, notre visage et la partie de la tête que la coiffure ne couvrait pas. Le côté du corps que frappait le vent était aussi très-refroidi, surtout chez MM. Bravais et Martins dont les vêtements étaient assez légers. Comme nous montions en zigzag quand nous nous trouvions avoir le vent en face pendant une raffale, j'éprouvais alors au plus haut degré la sensation que j'ai décrite à propos de notre première ascension au Grand Plateau. J'avais beau me couvrir de la main le nez et la bouche, baisser, détourner la tête, je ne respirais pas plus que si j'avais été sous l'eau. J'éprouvais l'anxiété de l'asphyxie, la tête me tournait et un peu de mal de cœur se faisait sentir. Lors même que je tournais le dos à la raffale, il me semblait que le vent faisait le vide autour de moi, et je respirais difficilement. Je fus le seul à éprouver cet effet du vent tant au premier qu'au troisième voyage. Ce surcroît de malaise dura sans discontinuer pendant un quart d'heure ou vingt minutes, je me demandais si je pourrais arriver au sommet, je sentais bien que j'y parviendrais ; mais il me fallait employer tout ce que j'avais de force morale pour faire agir

les forces physiques. Par moment aussi je m'avançais machinalement, sans penser, pour ainsi dire. Personne ne parlait, chacun n'avait comme moi qu'une pensée, celle d'avancer encore de quelques pas. Aussi l'espace que l'on parcourt entre les rochers rouges et la cime, bien que l'on mette près de deux heures à le franchir, ne m'a pas laissé beaucoup de détails dans la mémoire, et se retrace à moi comme un souvenir informe assez pénible et très-court, sans doute à cause de son uniformité. La même chose a eu lieu pour MM. Bravais et Martins; car nous avons été surpris tous trois quand il a fallu reconnaître par nos notes que nous avions mis près de deux heures à aller des rochers rouges à la cime. Nous ne nous rappelions que deux ou trois incidents de cette montée, qui, bien que pénible, fut pourtant faite sans interruption et sans l'excès de fatigue et d'épuisement éprouvé par quelques voyageurs. C'est, je crois, au vide que laisse dans la mémoire cette partie de l'ascension au Mont-Blanc qu'il faut attribuer les erreurs et les confusions si fréquentes dans les récits des voyageurs lorsqu'ils parlent de ce trajet.

Quand on faisait halte je me trouvais au bout de deux ou trois secondes en parfaite santé; je ne souffrais plus que d'un peu de soif et du froid aux pieds et aux mains. Nous ne trouvâmes pas, comme de Saussure l'a observé sur lui-même, que le malaise causé par la marche arrivât à son plus haut point au bout de huit ou dix secondes de halte.

Pendant le dernier quart d'heure de montée, la pente était plus douce et le vent soufflait avec moins de violence. Ces deux causes, jointes au bonheur que j'éprouvais en voyant la cime à peu de distance, diminuèrent beaucoup

mon malaise. M. Bravais ne souffrit que du froid. Nous avions déjà reconnu que de nous trois c'était lui qui ressentait le moins les effets de l'air raréfié. M. Martins était celui qui en souffrait le plus. Il était très-essoufflé, avait des palpitations, des battements dans les carotides et un peu de mal de tête ; il se sentait une fatigue générale, et faisait moins de pas que nous. En arrivant à la cime il s'en croyait encore éloigné d'une demi-heure, et ressentit en s'y trouvant, un vif mouvement de joie. Aucun de nous n'éprouva, pendant la marche, ni douleur ni fatigue, enfin rien d'extraordinaire dans l'articulation coxo-fémorale; en général on ne ressentait pas de fatigue dans les muscles de la cuisse. MM. Bravais et Martins en avaient un peu dans le droit antérieur seulement.

Entre les Rochers-Rouges (4,500 mètres) et les Petits Mulets (4,660 mètres) nous faisions d'abord, sans reprendre haleine, quatre-vingts pas, puis ce nombre se réduisit à soixante-dix et enfin à trente-cinq ou quarante pas entre les Petits-Mulets et la cime. Cependant au moment d'arriver sur le point culminant, la pente étant très-douce, nous fîmes une ou deux traites plus longues que les autres. A quarante mètres environ du sommet, M. Bravais voulut voir combien il pourrait faire de pas en montant aussi vite que possible et dans le sens de la plus grande pente. Il fut obligé de s'arrêter au bout de trente-deux pas; il sentait, dit-il, qu'au moment où il s'arrêta, il aurait pu en faire encore deux ou trois, peut-être quatre, mais qu'il lui eût été tout à fait impossible d'aller au-delà.

Pendant la montée, aucun des guides et des porteurs ne parut souffrir; deux d'entre eux étaient un peu plus

fatigués que les autres : c'étaient Frasserand, qui déjà la veille était arrivé un peu fatigué au grand plateau, et A. Couttet, qui y avait été malade tout l'après-midi. Nos deux guides et le porteur Simon paraissaient pouvoir faire un plus grand nombre de pas que nous. Plusieurs fois même ils ne s'arrêtèrent que parce qu'on le leur demandait. Nous arrivâmes à la cime, M. Bravais et moi, en même temps : M. Martins nous y rejoignit quelques minutes après. Au moment où nous mîmes le pied sur le versant méridional, nous éprouvâmes une sensation analogue à celle qui a lieu quand par un temps froid on passe de l'air extérieur dans un appartement chauffé. Le vent qui soufflait du nord-ouest sur la cime ne se faisait plus sentir à 1 mètre au-dessous du côté du sud ; et, bien que là le thermomètre à 1 mètre au-dessous de la cime marquât—6°,3 au soleil, la température nous y semblait fort douce. Pendant huit ou dix minutes je souffris aux pieds de vives douleurs, causées par la réaction de chaleur qui succédait à un froid intense. J'éprouvai aussi, dans les premiers moments de notre arrivée et quand les douleurs des pieds eurent cessé, un peu de somnolence. Je me couchai sur la neige, où je restai cinq minutes, mais sans pouvoir dormir. Je me relevai alors, l'envie de dormir se dissipa, et pendant tout le temps que nous passâmes au sommet, je n'éprouvai absolument aucune sensation pénible, sauf un peu de froid pendant la dernière heure. Je n'avais pas d'appétit, quoique l'idée de manger ne me causât aucune répugnance. M. Bravais était aussi fort bien portant ; seulement il éprouvait de temps à autre la petite sensation nauséeuse que M. Martins et moi nous avions observée sur nous la veille au Grand-Plateau. Il se sentait de l'appétit, et man-

gea un peu de biscuit et quelques pruneaux. Peu de temps après notre arrivée à la cime, il but, ainsi que moi, environ un tiers de verre d'eau-de-vie. Cette liqueur nous sembla délicieuse et fort douce, à notre grande surprise; elle nous fit beaucoup de bien, et nous donna des forces sans nous causer l'excitation qu'amènent ordinairement les spiritueux. Nous prîmes aussi, pendant les deux premières heures de notre séjour au sommet, un peu de vin. M. Martins, un instant après son arrivée à la cime, fut pris de nausées, et vomit quelques grains de raisins secs qu'il avait mangés une heure auparavant. Le vomissement le soulagea. Il comparait son malaise au mal de mer. Couché, il ne souffrait presque pas, mais le mouvement et la station ramenaient les nausées. Une heure après, il était déjà mieux; au bout de deux heures, le malaise cessa complétement. Il but un peu de vin, mais ne voulut pas manger. Les six hommes que nous avions avec nous mangèrent à peine, mais ils burent environ deux bouteilles de vin et une demi-bouteille d'eau-de-vie. Tous se trouvaient en parfaite santé; deux seulement étaient évidemment fatigués, quoiqu'ils n'en voulussent pas convenir: c'étaient Frasserand et Amb. Couttet. Tous ceux de mes guides qui avaient l'habitude du tabac fumaient; M. Bravais et moi nous fîmes de même; je fumai pendant une demi-heure avec plaisir et sans plus de difficulté qu'à Chamonix. Nous n'éprouvions pas, en observant les instruments, l'essoufflement dont parle de Saussure, et j'en souffris bien moins sur la cime que la veille au Grand-Plateau. Nous ne mîmes pas plus de temps que dans la plaine à disposer les instruments, et rien ne nous gênait absolument que le froid. M. Bravais, en relevant avec le

théodolithe les angles de position des montagnes à l'horizon, restait souvent penché dans une attitude gênante en visant avec la lunette pendant plusieurs minutes, cependant il n'était pas sensiblement plus essoufflé qu'en se livrant dans la plaine à un travail semblable.

Personne d'entre nous n'éprouva la sensation de légèreté dont Sherwill et quelques autres voyageurs ont parlé. Nous sentions sous nos pieds la neige comme un tapis moelleux, et c'est vraisemblablement ce qui a fait dire à Sherwill, moins habitué que nous à cette sensation, qu'il lui semblait qu'on aurait pu passer une lame de couteau entre ses pieds et la neige. On pouvait marcher sans aucune difficulté sur un plan à peu près horizontal ; mais, dès qu'il fallait monter, on éprouvait de l'anhélation et une lassitude générale. La pente qui conduit à la cime méridionale est fort douce, et tous nos guides y allèrent d'un trait, sans courir il est vrai, mais d'un pas rapide. Ils revinrent plus doucement, et mirent quinze à vingt minutes à faire le trajet dans ce dernier sens. Nous aurions nous-mêmes été visiter les rochers qui forment la cime méridionale, si tout notre temps n'eût été pris par les observations à faire au sommet le plus élevé. Pendant que les guides cherchaient des roches foudroyées sur la cime de Courmayeu, j'avais suivi, l'espace de 100 mètres à peu près, l'arête qui réunit le Mont-Blanc à la Bosse-du-Dromadaire. En regagnant le point où j'avais laissé MM. Bravais et Martins, je fus surpris d'entendre des voix, que je pris d'abord pour les leurs, je ne croyais pas que le son se propageât aussi loin; mais nous fûmes tous trois bien étonnés en reconnaissant que ces voix étaient celles de nos guides, qui causaient entre eux en criant un peu,

il est vrai, mais au moins à 300 mètres de nous. La voix a peu de résonnance sur le Mont-Blanc, et s'y entend comme dans une vaste plaine loin de tout écho; nous remarquions même que, sans y penser, nous parlions très-haut, et c'est du reste ce que font en général les gens habitués à vivre en plein air, surtout dans les montagnes; mais nous entendions parfaitement même des bruits faibles; ainsi le bruit du crayon qui frappait le vernier du baromètre s'entendait à quinze ou vingt pas : il est vrai qu'on ne sentait pas alors le moindre souffle de vent.

Nous avions tous la langue blanche; mais celle des guides l'était moins que la nôtre, et leur appétit n'était pas non plus, comme le nôtre, complétement ou presque complétement nul.

La descente se fit rapidement, et ne présenta rien de remarquable jusqu'au pied de la grande pente qui termine au Sud le Grand-Plateau. Là M. Martins, que la marche rapide en descendant avait fatigué, se sentit pris d'essoufflement, de palpitations et de battements dans les carotides; force lui fut de s'arrêter. Nous étions alors au milieu du lit d'avalanche qu'il faut traverser en cet endroit, et dont parle de Saussure, qui ne put pas le franchir d'une traite en montant. Nous nous rappelâmes ce que dit cet illustre observateur, que quand ce malaise, cette sorte de paralysie qu'il a décrite le premier, s'empare de vous, la présence du danger le plus imminent ne pourrait vous faire faire un pas de plus. Heureusement il était tombé la veille une avalanche : c'était une garantie pour nous. Les quatre porteurs avaient pris les devants; bientôt nous pûmes suivre leur trace, et nous nous mîmes hors de l'atteinte de

cette avalanche, si redoutée depuis qu'en 1820 elle emporta toute une caravane et fit périr trois guides. Non loin de là, en traversant le Grand-Plateau pour regagner notre tente, M. Bravais et moi nous eûmes un peu de malaise, de lassitude des jambes et presque de nausée. Mugnier eut aussi dans cet endroit un peu de lassitude des jambes ; ce fut le seul malaise qu'éprouva pendant toute l'expédition ce guide, de tous nos hommes le plus agile et le plus dur à la fatigue.

Revenus à la tente, nous étions tous fort bien portants, on mangea peu, car les vivres n'étaient pas de nature à exciter l'appétit ; pour moi, je ne mangeai point, je pris seulement un peu de vin pur d'abord, puis d'eau rougie. MM. Martins et Bravais dormirent parfaitement. J'eus aussi un fort bon sommeil jusque vers deux ou trois heures après minuit ; mais alors une névralgie de tout le membre inférieur gauche, siégeant principalement à la partie externe, me causa des douleurs vives, qui me tinrent éveillé jusqu'au matin. J'étais dans une position très-gênée, ne pouvant remuer sans déranger mes deux compagnons de voyage, entre lesquels je me trouvais comme enclavé. Les douleurs se dissipèrent vers huit heures pour ne plus reparaître.

L'appétit me revint un peu dans la matinée. MM. Martins et Bravais étaient aussi bien que possible, mais sans avoir plus faim que moi. Le commencement de bronchite et de coryza, que deux de nous avaient en partant, le 28, de Chamonix, s'était complétement dissipé. Je m'attendais pourtant à être fortement enrhumé par suite du refroidissement que nous avions éprouvé la veille sous l'influence du vent de nord-ouest, et du froid intense aux pieds sur-

tout que nous avions eu pendant la dernière heure de notre séjour à la cime. Personne de nous ne s'en ressentit.

Nous eûmes l'occasion, M. Martins et moi, de vérifier combien le vent a d'influence dans la sensation du froid. Le 28 et le 30, nous nous occupions à mesurer la longueur du membre inférieur, dans le but de nous assurer si la diminution dans la pression atmosphérique avait, sur cette longueur, un effet sensible (1).

Pour faire ces mesures, nous étions obligés de nous tenir nus de la ceinture aux pieds. Le 28, chacun de nous fut en observation pendant vingt à vingt-cinq minutes. Nous étions au soleil, il est vrai, mais le thermomètre au soleil aussi se tenait de 3 h 18′ à 3 h 40′ à + 3° et à l'ombre à —3; °il ne faisait pas le moindre souffle de vent. Nous ne souffrions pas du froid. Le 30, l'observation dura le même temps et sans aucun vent. De 11 h 6′ à 11 h 25′, le thermomètre marquait + 3° au soleil. Ce jour-là, soit que nous fussions devenus moins sensibles au froid par notre séjour dans une température basse ou par toute autre cause, non-seulement nous n'avions pas froid, mais à notre grande surprise, nous éprouvions une chaleur agréable qui nous avait porté à croire le thermomètre beaucoup plus haut qu'il n'était en effet.

A deux heures, je quittai le Grand-Plateau et redescendis à Chamonix avec un guide et deux des porteurs. Notre descente fut rapide et n'offrit rien de re-

(1) La difficulté d'obtenir à cet égard des mesures exactes et comparables, ne nous permet pas de considérer nos résultats comme définitifs.

marquable comme phénomènes physiologiques. L'appétit ne se fit sentir qu'à la hauteur de 3,046 mètres. Je n'avais mangé dans la journée qu'un petit morceau de pain trempé dans un peu de vin. En sortant du glacier, nous ne tardâmes pas à transpirer assez abondamment, et ce fut avec un vif plaisir que nous retrouvâmes les ruisseaux d'eau pure et délicieuse dont la neige fondue nous avait tenu lieu depuis deux jours; j'en bus souvent et en abondance; ma soif était plus vive alors qu'au Grand-Plateau, où je ne faisais aucun exercice violent. Revenu à Chamonix, je ne ressentais presque aucune fatigue, et le sommeil me pressait si peu, que j'observai jusqu'à minuit ce même soir, tandis que M. Camille Bravais prenait un repos nécessaire après deux nuits de veille.

Le lendemain, j'envoyai à MM. Bravais et Martins des vivres frais qu'ils virent arriver avec plaisir. Dès le jour de mon départ ils avaient pu manger un peu plus, malgré la mauvaise qualité des vivres. Un pot de moutarde retrouvé dans la tente avait corrigé le goût fade et nauséabond de la viande et du pain gâté.

Ce même jour ils étaient allés observer le crépuscule sur un mamelon qui domine le Grand Plateau à l'ouest, et fait partie du dôme du Gouté. Ils avaient éprouvé un froid de —13° sur cette sommité. Rentrés à la nuit sous la tente, ils se préparaient au repos, quand M. Bravais s'aperçut qu'un de ses pieds était gelé; il passa une partie de la nuit à y ramener la chaleur et la vie presque éteinte, enfin il y parvint.

La nuit du trente-un août au premier septembre, le thermomètre sous la tente descendit à — 5 °. Le 1er

septembre à six heures du matin, M. Martins avait un commencement de coryza, qui disparut complétement dans la journée.

Ces messieurs redescendirent à Chamonix le 2 sans difficultés, et sans observer rien de remarquable au point de vue physiologique.

Pendant notre séjour au Grand-Plateau et dans les régions supérieures à ce point, les fonctions de l'estomac furent celles qui chez tous présentèrent le plus de trouble : le peu que l'on mangeait se digérait bien, mais le besoin de manger se faisait peu sentir, et la satiété arrivait bien vite. Il faut remarquer aussi que nos vivres n'étaient pas de nature à exciter l'appétit, et que, même en plaine, nous ne les aurions mangés qu'avec répugnance. Ce qui prouve que leur état d'avarie était pour beaucoup dans l'inappétence que nous éprouvions tous, c'est que, quand on retrouvait un peu de pain frais et non gelé, un peu de viande ou de beurre apportés de la veille, on en mangeait avec plaisir. Quand ces messieurs reçurent les vivres frais que je leur envoyai le 31 août, ils firent avec leurs guides un bon repas. Toutefois, ce qu'ils mangèrent entre cinq n'aurait guère fait que la ration d'un homme dans la vallée.

Cette petite quantité des substances ingérées était probablement la principale cause de la constipation que tout le monde éprouvait, sauf M. Martins, chez qui l'état des intestins fut pendant le second et le troisième voyage le même que pendant le premier. J'ai dit aussi que le porteur Simon avait eu au second voyage du dérangement d'entrailles.

Les urines étaient rares et d'une couleur très-foncée

chez tout le monde. Nous ne pouvions avoir de l'eau qu'en faisant fondre de la neige, et, cette neige fondue, nous ne la buvions pas pure. On y mêlait du sucre et du vin ou de l'eau-de-vie; on y faisait infuser du thé : c'était alors une boisson plutôt diaphorétique que diurétique; d'ailleurs on buvait peu, car la soif ne nous tourmenta jamais. Enfin, l'évaporation, bien plus considérable à cette hauteur, emportait par la perspiration une grande partie des liquides ingérés. C'est encore à cette perspiration abondante que l'on doit évidemment attribuer l'absence d'affections catarrhales ou la disparition rapide du petit nombre de celles qui se présentèrent pendant notre séjour sur les neiges. Nous étions du reste dans les conditions les plus favorables en apparence au développement d'accidents de cette nature; plusieurs d'entre nous étaient assez légèrement vêtus. Nous avions, il est vrai, des chaussures à l'épreuve du froid pour séjourner sous la tente; mais nos souliers, qu'il nous fallait mettre pour les excursions, étaient presque toujours gelés, et, quand de temps à autre ils dégelaient, nous avions les pieds dans de la glace fondante. C'étaient des alternatives continuelles de chaleur et de froid glacial, dont la moindre suffirait à Paris pour déterminer un coryza ou une bronchite, sinon quelque chose de pire.

Bien que nous prissions peu d'aliments, nous ne remarquâmes pas que nos forces eussent notablement diminué. Nous ne nous sentions pas faibles, et l'on ne peut considérer comme résultant de l'affaiblissement la lassitude des jambes en gravissant les pentes rapides.

(*La suite à un prochain cahier*).

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

ANALYSES D'OUVRAGES.

Exposition des attributs du Système Nerveux, réfutation de la doctrine de Charles Bell, et Explication des phénomènes de la paralysie; par le docteur Castel, de l'Académie Royale de Médecine. Deuxième édition augmentée (1).

Les lecteurs de la *Revue médicale* connaissent déjà les principes fondamentaux de l'ouvrage, dont la deuxième édition a été confiée à notre examen. Ils se souviennent sans doute du premier compte-rendu si favorable fait par M. le docteur Bousquet, dont le jugement éclairé sut allier la justice à la bienveillance. Nous devions rappeler cet antécédent, attendu que, pour nous conformer aux usages de la presse médicale quand il s'agit d'une nouvelle édition, nous serons dans l'obligation de nous imposer des limites beaucoup plus restreintes que ne le comporterait le mérite de l'ouvrage de M. Castel.

Notre auteur est un de ces esprits méditatifs et féconds pour lesquels l'observation et l'expérimentation ne fournissent que la matière brute de l'édifice scientifique émané des efforts de l'intelligence. « En lisant les ouvrages des

(1) 1 vol. in-8°, chez Baillière.

anciens, dit M. Castel, on reconnaît que le génie ne saurait suppléer aux connaissances positives. En lisant les livres des modernes, on reconnaît que les connaissances positives ne peuvent suppléer au génie... Voir beaucoup et penser peu s'accorde et avec la paresse de l'esprit et avec son impuissance; aujourd'hui les productions se bornent à des histoires de maladies, sans déduction, sans application de principes, à des monographies surchargées de détails. Les faits demeurent isolés, ou ils ne sont groupés que pour étaler des chiffres, ressource des médecins qui manquent de génie et qui sont hors d'état de s'élever à des idées générales, d'embrasser l'ensemble de la science. Les attributs, les lois primordiales de l'organisme n'entrent pour rien dans l'interprétation des phénomènes. De là l'absence ou le vice des inductions, plus nuisible que le mécompte dans les faits; car les préjugés qu'enfante la fausseté de l'esprit sont plus difficiles à dompter que ceux qu'enfante l'ignorance... Je n'hésite point à avancer qu'il n'est aucun phénomène, soit dans l'état de santé, soit dans l'état de maladie, qui ne soit susceptible d'être interprété avec justesse par l'application du petit nombre de lois qui régissent l'économie animale.... Une science sans théorie serait comparable à une morale sans maximes. »

Ces courtes citations, empruntées à l'introduction, qui se distingue par une philosophie médicale très-relevée, peuvent offrir une idée anticipée et des ressources intellectuelles de l'auteur, et du caractère dogmatique de son ouvrage.

Le chapitre intitulé : *du Système nerveux considéré comme l'un des deux agents primordiaux de la vie*, té-

moigne de la profondeur des recherches non moins que de la fécondité des aperçus, concernant un système organique que ses attributs rendent si intéressant pour le médecin et le philosophe. M. Castel puise dans l'anatomie comparée, dont il a fait une étude approfondie, une foule de notions choisies qu'il applique avec bonheur à la physiologie spéciale de l'homme. « Que de richesse, que de puissance dans un système qui fait à la fois vivre, sentir, mouvoir et penser! » s'écrie-t-il après avoir exposé des vues générales aussi ingénieuses que savantes sur la structure et les propriétés vitales de l'appareil nerveux. *Vivre*, *sentir*, *mouvoir* et *penser*, telle est en effet la gradation qu'on observe dans la puissance d'innervation, quand on part du plus bas échelon de l'échelle animale pour s'élever jusqu'à l'homme, que son intelligence place au-dessus de toutes les autres merveilles de la création. Nous verrons ailleurs que les maladies du système nerveux déterminent l'affaiblissement ou l'abolition de ses facultés suivant la même gradation dans le sens inverse; que l'homme cesse de penser avant de cesser de se mouvoir, et de sentir avant de cesser de vivre. D'où M. Castel conclut que la sensibilité, la contractilité, l'intelligence ne sont que des degrés divers d'une même puissance dévolue indistinctement à toutes les parties d'un même système organique dont le centre de perception et d'impulsion est le cerveau.

Après avoir examiné *la répartition de la substance médullaire* et *le rôle des méninges*, M. Castel traite *des stimulants considérés comme le deuxième agent de la vie*. Cette partie de son travail, qu'il annonce devoir développer ultérieurement, contient des vues physiologiques de premier or-

dre, et leur application à la pathologie nous paraît fort importante quand il considère ensuite l'*insuffisance des stimulants comme cause de la plupart des fièvres*.

Passons à la réfutation de la doctrine de Charles Bell.

Le courage de les produire n'a jamais fait défaut à l'énergie des convictions chez M. Castel; et, quoiqu'il connût parfaitement la faveur générale dont jouissaient les observations expérimentales du célèbre physiologiste anglais, il n'a pas craint de s'inscrire hautement contre elles, à un âge où il est si commun de voir l'erreur avec indifférence et de tout sacrifier au besoin de repos. Dans le cours d'une longue et honorable carrière, M. Castel s'est plus d'une fois voué à la tâche ingrate d'attaquer des opinions favorablement accueillies, émises ou propagées par des hommes considérables. Il a obtenu gain de cause à l'égard du vénérable Pinel, envers lequel, dit-il, il avait voulu acquitter un tribut de reconnaissance, en lui signalant quelques erreurs. La réfutation du système de Broussais, publiée par M. Castel en 1824, était motivée sans doute, puisque ce système est tombé. Ce nouvel écrit obtiendra-t-il le même triomphe sur la doctrine de Charles Bell, enseignée de nos jours dans presque toutes les chaires, et tous les livres où l'on traite des fonctions du système nerveux? Laissons parler M. Castel lui-même.

« Dans le XIX^e^ siècle, il s'est rencontré un médecin qui a pris la moitié d'un nerf pour tout un nerf; bien plus, l'une des racines du nerf pour le nerf lui-même. Il a fondé sur cette mutilation organique un préjugé qui est en opposition avec une des lois les plus générales de l'économie animale, qui scinde les propriétés d'un système généra-

teur, qui exclut ou qui restreint les sympathies, qui rompt tout lien entre deux facultés qui sont les principaux agents de la vie. Si l'on me disait que des deux racines d'un nerf rachidien l'une possède plus de sensibilité que l'autre, est plus apte à servir de conducteur à une stimulation, je ne discuterais point; je trouverais la raison de cette différence dans la contexture de chacune des deux racines; je rappellerais que la racine postérieure est plus molle, plus longue, plus médullaire; que la substance grise est en plus grande quantité dans la racine antérieure et lui donne plus de consistance; et, cherchant un terme de comparaison dans les nerfs qui ont leur origine dans la tête, je ferais voir que les nerfs exclusivement sensoriaux sont aussi ou exclusivement ou principalement médullaires, et que les nerfs qui servent à la fois aux impressions et aux mouvements; selon qu'ils distribuent leurs filets aux muscles ou à la peau, sont composés et de substance médullaire et de substance grise; je ferais ressortir l'artifice avec lequel la nature a associé les deux substances pour donner à ces nerfs une double influence; elle se montre jusque dans les nerfs des membres. Vont-ils aux muscles, ils les rendent contractiles; vont-ils à la main ou au pied, ils y établissent le toucher. Haller avait choisi cet exemple pour prouver que le même nerf produit des mouvements et des sensations. Personne n'a répondu et ne répondra d'une manière victorieuse à cette objection. Si ces nerfs sont comptés parmi les nerfs moteurs, je demanderai comment ils servent aux sensations? S'ils sont comptés parmi les sensitifs, je demanderai comment ils servent au mouvement? Ont-ils plus d'affinité avec les ra-

cines postérieures? ont-ils plus d'affinité avec les racines antérieures? etc. »

Ainsi, selon M. Castel, tous les nerfs sont essentiellement et indistinctement sensitifs et moteurs ; c'est leur terminaison et non leur origine qui les rend tour à tour plus aptes aux sensations ou aux mouvements ; de telle sorte que si, par une aberration anatomique, le même nerf qui devait se rendre à un muscle pour commander les mouvements se rendait à un sens ou à la peau, il deviendrait sensitif au lieu d'être moteur, et *vice versâ*. Telle était aussi l'opinion générale des physiologistes au moment où Charles Bell annonça au monde savant qu'il avait enfin déterminé expérimentalement quels étaient les nerfs qui, dès leur origine, et quelle que fût leur terminaison, étaient essentiellement et exclusivement moteurs ou sensitifs. Jusqu'alors des phénomènes pathologiques avaient fait présumer à un grand nombre de médecins qu'il existait des nerfs destinés les uns aux mouvements, les autres aux sensations ; mais on ne savait lesquels étaient doués de l'une de ces deux facultés à l'exclusion de l'autre.

Ce n'est point à l'aide de nouvelles expériences que M. Castel combat la doctrine de Charles Bell, vérifiée et propagée par tant d'autres habiles expérimentateurs : la tâche qu'il s'impose, c'est de raisonner à sa manière ces expérimentations, et d'établir qu'elles ont été decevantes tantôt à cause des procédés opératoires, tantôt par vice d'induction. Nous regrettons de ne pouvoir rapporter ici cette série de raisonnements, qui paraîtraient du moins ingénieux à ceux-là même qu'ils ne parviendraient pas à convaincre.

L'*explication des phénomènes de la varalysie* est certaine-

ment une des parties les plus remarquables de l'ouvrage de M. Castel. Ce sont précisément ces phénomènes paralytiques qui déjà, du temps de l'école anatomique d'Alexandrie, avaient fait annoncer, je ne sais si c'est par Erasistrate ou par Hérophile, qu'il devait exister des nerfs moteurs et des nerfs sensitifs distincts les uns des autres. M. Castel, au contraire, analyse les accidents paralytiques au point de vue de l'unité d'action du système nerveux. Nous avons déjà dit que, s'appuyant de considérations d'anatomie et de physiologie comparée, notre auteur concluait : 1° que les attributs du système nerveux dans les différents animaux étaient en raison du développement de ce système organique; 2° que la sensibilité, la contractilité, et l'exercice des facultés intellectuelles et morales, nécessitaient une somme différente et graduellement augmentée d'influence nerveuse.

Telle est la clef de l'explication des phénomènes de la paralysie, sans qu'il soit nécessaire d'admettre, dans le système nerveux, des parties distinctes qui président aux sensations, aux mouvements ou aux opérations de l'intelligence. S'il faut plus de puissance d'innervation pour penser que pour se mouvoir, pour se mouvoir que pour sentir, pour sentir que pour vivre, il est évident que les atteintes pathologiques, portées sur n'importe quelle portion des centres nerveux, léseront d'abord les facultés qui nécessitent le plus d'intégrité et de force dans l'influence nerveuse. Ainsi se décomposeront les attributs de l'appareil des nerfs par suite d'accidents pathologiques, et nous aurons des lésions de l'intelligence avec persévérance des mouvements et des sensations, puis des paraly-

sies sans anésthesies, enfin l'existence végétative. De même, dit ingénieusement M. Castel, qu'on voit un réservoir chargé d'alimenter plusieurs canaux, laisser à sec les plus éloignés et les plus exigus aussitôt que le liquide cesse d'être suffisamment abondant à la source.

Ainsi, selon M. Castel, les troubles gradués et successifs de l'entendement, de la contractilité et de la sensibilité ne reconnaissent point pour cause des lésions distinctes des diverses parties du système nerveux, ils résultent directement du progrès, de l'intensité de ces lésions, quel que soit leur siége dans le cerveau ou la moelle épinière. L'atteinte sur ces centres, qui suffit pour troubler l'entendement, peut laisser persévérer la liberté des mouvements et la faculté de sentir ; l'affection faisant un nouveau progrès, il s'ensuivra la paralysie, sans abolition de la sensibilité; enfin, un degré de plus dans la lésion des centres nerveux déterminera l'anesthésie après la privation des mouvements.

Cette manière neuve d'expliquer les phénomènes de la paralysie, sans scinder les attributs du système nerveux, en lui conservant son unité, rend un compte satisfaisant de la marche la plus ordinaire de ces sortes d'accidents dans lesquels on voit presque toujours la faculté de sentir survivre à celle de se mouvoir, et s'éteindre la dernière. Mais il faut reconnaître aussi que, lorsque le mouvement est conservé et la sensibilité abolie, la théorie de M. Castel se trouve aux prises avec une immense difficulté : car, qui peut plus peut moins, et il faut, avons-nous dit, moins de puissance d'innervation pour sentir que pour se mouvoir.

Dans l'ouvrage dont nous venons de présenter un aperçu, les fonctions du système nerveux sont toujours envisagées d'un point de vue élevé et synthétique qui excite puissamment l'intérêt. L'auteur y examine avec soin les travaux les plus éminents des modernes sur le même sujet. C'est ainsi qu'il interprète les opinions et les expériences de Bichat, de Legallois, de Gall, de MM. Magendie, Longet, Brachet, Foville, etc.

A une époque où l'observation, l'expérimentation et généralement les travaux purement descriptifs composent presque toute la nouvelle littérature médicale, l'ouvrage de M. Castel mérite d'être distingué, et par sa nature éminemment dogmatique, et par les aperçus originaux qu'il renferme, et par un talent remarquable d'exposition. Peut-être la critique, de nos jours fort sévère à l'égard de tout ce qui concerne la science proprement dite, les principes généraux, les théories, reprochera-t-elle à M. Castel la fécondité de ses explications et le caractère de conviction avec lequel il les présente. On ne saurait jeter dans le même moule les habitudes philosophiques de tous les esprits. Ce qu'il y a de certain, c'est que les grandes pensées scientifiques abondent dans ce livre, et qu'il donne beaucoup à penser. Les idées qui se pressent, la forme grave et sentencieuse avec laquelle elles sont exposées, et qui rappellent les écrits profonds et concis de quelques princes de la médecine, rendent fréquemment la lecture contentieuse; il faut s'arrêter et réfléchir, comme quand on lit des aphorismes. D'ailleurs, chez M. Castel, le talent de l'homme de lettres perce toujours à travers l'expression des pensées du savant.

Terminons en citant la dernière page de cette deuxième édition, que l'auteur a enrichie de considérations nouvelles. Cette citation, comme les précédentes, fera mieux ressortir que notre analyse le mérite d'exécution de l'ouvrage de M. Castel, en même temps qu'elle en reproduira la doctrine fondamentale.

« Si Haller, au lieu de tracer une ligne de démarcation entre les parties sensibles et les parties irritables, eût établi que les proportions de la sensibilité et de l'irritabilité ne sont pas les mêmes dans tous nos organes, il n'aurait point soulevé de contestation. C'est encore le fantôme de l'absolu qui a égaré Charles Bell. Si, adoptant les classifications de Galien, il avait reconnu que les nerfs, par une suite de leur origine, de leur consistance ou de leur mollesse, du mode de leur terminaison, sont plus aptes, ceux-ci aux sensations, ceux-là aux mouvements, les uns à recevoir une stimulation, les autres à la transmettre, il n'aurait point enfanté un préjugé qui a isolé la volonté de la sensibilité, qui a émancipé la myotilité et l'a élevée au niveau de la propriété qui régit toutes les facultés, qui a immolé à des subtilités les rapports généraux qui unissent les systèmes de l'organisme, qui a déshérité la moitié des nerfs de l'attribut qui est commun à tous, qui a fait rétrograder la science, et lui a enlevé une partie de ses conquêtes. Les grandes aberrations font époque dans la vie intellectuelle ; elles deviennent des monuments historiques. Elles sont pour les personnages avides de célébrité ce que fut le volcan dans lequel le désespoir précipita un insensé qui n'avait pu découvrir les lois qui font mouvoir notre monde physique : Empédocle aussi était médecin, peut-être un peu physiologiste. »

A. LAGASQUIE, D. M. P.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE DE PARIS.

Abrasion de la cornée. — Emphysème traumatique spontané. — Traitement des plaies par la suture entortillée. — Urine dans les fièvres intermittentes. — Action de la salive sur l'amidon. — Empoisonnements par l'acide oxalique et par l'acide tartrique. — Arsenic dans les poudres bleues de Cobalt. — Fraude sur les sangsues. — Angioleucite utérine puerpérale. — Influence de certaines altérations du lait. — Calculs des fosses nasales.

Journal de Chirurgie (Mai 1845).

1° *Note sur les résultats d'une abrasion de la cornée, constatés 2 ans après l'opération*, par M. Malgaigne. — Dans cette note l'auteur cherche à réhabiliter une opération longtemps employée en France et en Italie, mais que l'autorité de Wenzel et de Scarpa avait fait proscrire de la pratique. Cette opération consiste à enlever avec le bistouri les taches de la cornée.

M. Malgaigne rapporte à l'appui de son opinion le fait d'une jeune fille, qui, à la suite d'ophthalmies fréquemment répétées, a été atteinte d'un albugo stationnaire depuis 3 ans, et qui depuis l'opération a recouvré presque totalement la vue.

Nous croyons que l'auteur s'est exagéré la valeur du fait qu'il signale: en effet, d'après les détails de l'observation, on voit que la jeune fille n'avait retiré aucun bénéfice de l'opération, que l'opacité de la cornée était revenue aussi forte qu'antérieurement, et que l'amélioration qui plus tard s'est manifestée dans son état, n'a eu lieu que sous l'influence du traitement vulgaire.

Ce fait toutefois n'est pas sans quelque valeur; il montre que l'abrasion de la cornée n'a pas tous les in-

convénients que lui attribuaient Scarpa et Wenzel, et autorise de nouvelles expériences.

2° *De l'emphysème traumatique spontané*; par M. Malgaigne.—Cette affection qui paraît avoir échappé à l'observation des anciens, consiste dans le développement spontané de gaz, dans le tissu cellulaire, à la suite d'une violence extérieure. Desault et Murat ont rapporté chacun un cas où cet emphysème se développa pendant la réduction d'une luxation scapulo-humérale; mais c'est dans les fractures compliquées de plaie, qu'on l'observe le plus fréquemment; Martin Bazas l'a vu après l'écrasement des doigts; plusieurs auteurs l'ont rencontré dans les fractures compliquées de la jambe, dans les larges plaies contuses de la cuisse.

C'est un accident grave; quand il coincide avec une fracture; presque toujours alors, il est suivi de la gangrène du membre; dans les plaies contuses sans fracture, il présente beaucoup moins de dangers; dans les simples contusions, il est tout-à-fait bénin.

Le gaz développé dans un cas observé par M. Malgaigne, a été reconnu pour de l'hydrogène proto-carboné. Jusqu'à présent, on ignore le mode de production de ce fluide gazeux.

M. N.

Annales de la Chirurgie française et étrangère.

(Janvier 1845).

Traitement des plaies par la suture entortillée, par le docteur Colson (de Noyon). — Le cahier du mois de

janvier des *Annales de la chirurgie* contient un mémoire du docteur Colson, dont nous regrettons de ne pouvoir donner ici qu'un résumé bien sommaire, sur le traitement des plaies succédant à l'extirpation des tumeurs du sein et de l'aisselle, au moyen de la suture entortillée. Après avoir attendu longtemps en vain le jugement de l'académie des sciences à laquelle il avait adressé son travail, l'auteur s'est décidé à le livrer dans son intégrité à la publicité. Voici les conclusions de ce mémoire :

1° La suture entortillée, appliquée au traitement des plaies qui succèdent à l'extirpation ou à l'amputation des tumeurs du sein et de l'aisselle, est le moyen le plus certain pour obtenir la réunion et la guérison immédiate; elle a une grande supériorité sur les autres moyens généralement employés;

2° Avec la suture entortillée, la réunion et la guérison s'obtiennent très-souvent en trois jours, et cette heureuse terminaison s'annonce toujours à l'avance par une ecchymose qui occupe les environs de la plaie;

3° Dans le cas où cette ecchymose manque, on doit s'attendre à ce que la plaie se rouvre dans un espace plus ou moins limité, mais toujours très peu étendu, pour donner issue aux matières épanchées qui n'ont pu être absorbées et qui forment alors collection dans l'intérieur de la plaie;

4° Cette collection peut être ou séreuse, ou sanguine, ou séro-sanguine. Quand elle est sanguine, le liquide qui s'écoule ressemble à celui que dégorgent les sangsues longtemps après leur application; mais, dans ces trois cas, soit que la matière de l'épanchement consiste en sérum, en sang ou en fluide séro-sanguin, cette matière n'a jamais d'odeur, et son évacuation ne fait que retar-

der de quelques jours ou tout au plus d'une ou deux semaines la guérison des opérés;

5° Il arrive quelquefois, et ceci se passe ordinairement dans les plaies très-étendues et très-profondes du sein, que la plaie se rouvre dans les trois premiers jours qui suivent l'opération avant l'extraction des épingles : on en est averti par la souillure de l'appareil; mais alors, la plaie ne se rouvre point dans toute son étendue, et l'auteur ne l'a encore vue se rouvrir que dans l'étendue de 1, de 2, de 3, 4 ou 5 centimètres; toutefois c'en est assez pour qu'elle suppure et que la guérison soit retardée de plusieurs semaines;

6° La suture entortillée appliquée, même dans les cas les plus défavorables, c'est-à-dire lorsqu'on ne peut point la faire dans toute l'étendue de la plaie, est encore le meilleur moyen de traitement, parce que ce qui a été rapproché ne se désunit que rarement surtout en entier;

7° Outre les chances d'une guérison plus prompte que par toute autre méthode de pansement, la suture entortillée, en assimilant les opérations de cancer du sein les plus graves aux opérations sous-cutanées, épargne aux malades le danger de la fièvre traumatique, celui des érysipèles et de tout le cortége des accidents aigus qui se développent si souvent à la suite des opérations que l'on pratique au sein et à l'aisselle par les procédés ordinaires.

8° Les cicatrices des plaies du sein, même les plus étendues, traitées par la suture entortillée, sont linéaires et solides, tandis que celles des plaies traitées par la méthode ordinaire offrent une grande étendue, et sont très-sujettes à se déchirer.

9° Enfin, avec la suture entortillée, le chirurgien peut ordinairement obtenir en trois jours, ou tout au plus en

trois semaines, une guérison que jusqu'ici on n'obtenait pas toujours en trois mois; et il arrive à cette guérison, en évitant aux malades toutes les chances défavorables, tous les accidents locaux, et généraux graves, qui accompagnaient autrefois le traitement des plaies succédant aux opérations pratiquées pour l'extirpation des tumeurs du sein et de l'aisselle.

Dans la suite de son mémoire, M. Colson établit des règles convenables pour bien pratiquer la suture entortillée; c'est ainsi qu'il fixe la distance des points de suture, qu'il désigne le choix des épingles, préférant les épingles ordinaires aux aiguilles d'acier, d'or ou d'argent, et parmi elles, celles de qualité supérieure, dites épingles anglaises, de grosseur moyenne, auxquelles on a préalablement fait aiguiser la pointe sur la meule en donnant à cette pointe la forme triangulaire, etc., etc.

Pour que rien ne s'oppose à la réunion, M. Colson veut qu'on s'abstienne de toute ligature dans le cas où quelque artère fournirait assez de sang pour faire songer à un moyen hémostatique; la torsion, dit-il, serait alors préférable à la ligature. Nous partageons pleinement son avis, qui est adopté par un assez bon nombre de chirurgiens depuis que M. Amussat a imaginé la torsion et prouvé ses avantages sur la ligature pour obtenir une réunion immédiate. Mais nous ne saurions adopter l'opinion de l'auteur quand il ajoute : « Mais je « dois dire que généralement on peut se dispenser de « l'un et de l'autre, parce qu'il suffit presque toujours « de laisser la plaie exposée à l'action de l'air, et d'at- « tendre quelques instants, pour qu'une artère qui je- « tait primitivement du sang à plusieurs pieds de distance, « finisse par ne plus en fournir qu'en bavant, et même « par ne plus en laisser perdre du tout. » Cette pratique, selon nous, expose le chirurgien à rouvrir la plaie

pour arrêter quelques heures après une hémorrhagie, ou bien peut permettre l'écoulement d'une certaine quantité de sang au-dessous de la réunion, et compromet ainsi le succès de la réunion immédiate.

M. Colson, en préconisant la suture entortillée comme devant remplacer les agglutinatifs, est tout à fait d'accord avec la pratique d'Astley Cooper. Ce célèbre chirurgien avait reconnu les inconvénients de leur usage dans le traitement des plaies du sein, et après les avoir employés pendant longtemps dans sa jeunesse, il avait fini par y renoncer tout à fait; mais il n'employait pas la suture entortillée, et il se contentait de tenir les lèvres de la plaie rapprochées par quelques points de suture ordinaire.

A la suite de ce travail figurent douze observations recueillies dans tous leurs détails, lesquelles constituent les faits principaux sur lesquels est basé le travail de M. Colson. Elles sont accompagnées de réflexions toutes pratiques. Depuis quelques années nous avons adopté nous-même la suture entortillée pour les grandes plaies chirurgicales, surtout pour celles qui succèdent à l'ablation du sein, et nous pourrions ajouter ici quelques observations à celles de l'auteur. Nous nous contenterons d'en mentionner seulement une relative à une femme de 50 ans, habitant les environs de la commune de Glisolles (Eure), à laquelle nous avons amputé en totalité le sein gauche, il y a environ deux ans et demi. La plaie elliptique résultant de l'opération avait environ 18 centimètres de longueur sur 8 ou 10 de largeur. Nous avons réuni par la suture entortillée, en nous servant d'aiguilles de platine très-minces, se laissant couper facilement par les ciseaux ordinaires. La réunion, sans être immédiate dans toute l'étendue de la plaie, l'a été dans quelques points; mais elle a été à peu près complète au

bout de trois semaines, à tel point qu'en moins d'un mois, la malade s'en est retournée chez elle, avec une cicatrice linéaire parfaitement établie et solide.

Enfin M. Colson avoue, avec cette modestie qui accompagne toujours le mérite et le savoir, qu'il s'attend bien à ce que la propagation de la suture, dans les cas où il l'emploie, souffrira plus d'une difficulté, parce que, dit-il : « Je n'ai à ma disposition ni le talent, ni une « chaire, ni enfin rien de ce qui serait nécessaire pour « la produire et la faire arriver à la place qui lui est « due en chirurgie; mais, ajoute-t-il, ce que je ne puis « pas faire, d'autres le feront après moi; et, en publiant « mes idées, j'aurai du moins fait en mon particulier « quelques efforts pour que la vérité soit connue. » Que M. Colson se rassure; les hommes de bonne foi apprécieront ses efforts, et la publication des résultats qu'il a obtenus contribuera certainement à déterminer d'autres chirurgiens à essayer ce mode de pansement, dont ils retireront sans contredit les mêmes avantages que lui, avantages pour les malades, et avantages pour l'art.

G. Vignolo.

Journal de Chimie Médicale, de Pharmacie et de Toxicologie.

Recherches chimiques sur l'urine des sujets affectés de fièvre intermittente, par le professeur Pietro Peretti, de Rome. — Des expériences de l'auteur, il résulte que l'urine des fébricitants, traités par le quinquina, semble privée d'urée et d'acide urique, et contient un sel qui se rapproche du cyanate d'ammoniaque. Il n'a point retrouvé dans ces urines les principes actifs du quinquina.

Recherches pour déterminer le mode d'action qu'exerce la salive pure sur l'amidon à la température du corps des animaux mammifères et à celle de + 75° c., par M. Lassaigne. — Les conclusions que l'auteur tire de ses expériences sont les suivantes :

La salive de l'homme et celle du cheval, à la température de + 38° c. (chaleur du corps des mammifères), n'exerce sur la fécule aucune action dissolvante ; ce principe persiste avec tous ses caractères physiques et chimiques.

A une température de + 70° à 75° c., et maintenue dans cette condition pendant trois heures et demie, la salive du cheval agit par la fécule comme l'eau, et distend ses granules sans les transformer en dextrine ni en glucose.

A la même température de 70° à 75° c., la salive humaine convertit en peu de temps la fécule en dextrine, puis en glucose.

Dans l'acte de la digestion des substances amylacées crues, la salive, à la température du corps des animaux, ne jouerait donc d'autre rôle que celui d'humecter les matières alimentaires et de dissoudre quelques uns de leurs principes solubles dans l'eau qu'elle contient.

Empoisonnements par l'acide oxalique et par l'acide tartrique. Deux faits observés, en Angleterre, prouvent que ces acides, pris, il est vrai, à des doses très-fortes, peuvent causer la mort. Dans l'un des cas, on retrouva dans l'estomac 12 grammes d'acide oxalique; dans l'autre, 60 grammes d'acide tartrique avaient été ingérés.

Note sur l'existence de l'arsenic dans les poudres bleues de cobalt, connues sous le nom d'azur ou bleu

page 241 sur 624

des 8 feux, *des 6 feux*, *etc.* — Ces différentes nuances du bleu de cobalt sont employées dans plusieurs industries, et notamment dans celle des confiseurs. Les teintes, dites de 2 feux et de 1 feu, sont les seules qui n'aient pas offert d'arsenic à l'analyse. Il suffit d'indiquer, dans ces couleurs, la présence d'un agent si redoutable pour faire comprendre qu'elles doivent être bannies des usages économiques et éveiller l'attention des médecins en cas d'accident.

Fraude exercée sur les sangsues. — Il résulte de faits positifs que les sangsues vendues à Paris ou en province, et celles qui de Paris sont expédiées en province, sont gorgées de sang, c'est-à-dire qu'à leur arrivée on les plonge dans un baquet rempli de sang provenant des abattoirs, et qu'on leur fait ainsi gagner en poids de 45 à 50 0/0. D'autres sangsues ayant servi sont rachetées à vil prix, dégorgées, puis revendues.

On reconnaît les sangsues non-gorgées à leur souplesse, qui permet de les rouler comme un ruban autour du doigt, et à ce qu'en les pressant de la tête à la queue elles ne fournissent pas de sang, ou seulement une gouttelette d'un liquide visqueux et d'un noir verdâtre. Les sangsues gorgées se présentent, en général, sous une forme olivaire ; elles sont moins souples, moins agiles dans l'eau que les autres, pressées de la tête à la queue, elles laissent échapper du sang d'un rouge plus ou moins foncé.

Puisque cette fraude coupable est reconnue, comment ne surveille-t-on pas le commerce des sangsues comme celui des comestibles de nos marchés et des produits de nos pharmacies. Il est à notre connaissance personnelle que presque toutes, sinon toutes les maisons qui font à Paris le commerce de sangsues en gros, falsifient de la

sorte, au grand détriment du public, une marchandise d'un prix fort élevé.

JOURNAL DE PHARMACIE ET DE CHIMIE.... *Découverte d'un nouveau métal.* — Ce corps dont on doit la découverte à M. Claus de Kasan, a été nommé, par lui, Ruthenium, il l'extrait des résidus du platine.

L. P.

Archives générales de Médecine.

(Juin 1845).

I. *Mémoire sur l'angioleucite utérine puerpérale*, par M. BOTREL, interne de l'Hôtel-Dieu de Rennes. (*Fin*). — Dans cette dernière partie, M. Botrel aborde l'histoire des symptômes de la marche et de la terminaison de la maladie, et achève par celle du pronostic et du traitement. C'est ordinairement dans les quatre à cinq premiers jours que la maladie se déclare : elle s'annonce par des frissons irréguliers qui se manifestent plusieurs fois dans la journée et ne tardent pas à s'accompagner de fièvre et d'une douleur lombaire si vive que les malades s'écrient qu'on *leur ouvre les reins*. Le pouls est quelquefois fort vibrant, inflammatoire, mais plus souvent petit, fréquent et concentré. La physionomie porte, dès le principe, l'empreinte de la stupeur et de l'indifférence. La région hypogastrique est tendue, sensible à la pression, principalement dans un des côtés; le toucher vaginal indique le gonflement de l'organe, qui est lui-même douloureux; les lochies se suppriment, les seins s'affaissent; au bout de douze à quinze heures, les douleurs deviennent générales, péritonéales et la totalité du ventre est le siége d'un météorisme considé-

rable. De nombreux vomissements bilieux surviennent ; la respiration est accélérée au point de rendre l'asphyxie imminente; les traits se concentrent à force de souffrance.

A partir de ce moment, les symptômes inflammatoires disparaissent, mais la prostration et l'affaissement les remplacent ; on remarque des rêvasseries en subdélirium qui n'empêche pas d'abord la justesse des réponses, et souvent une mort rapide vient clore cette scène de pénibles angoisses. Dans d'autres cas elle est précédée d'un délire furieux, de convulsions auxquelles succède un coma profond, pendant lequel le malade s'éteint, ou qui est suivi lui-même de cris, de nouvelles convulsions, d'accidents tétaniques, etc. La maladie ne dure guère que quatre à cinq jours, et souvent on meurt en vingt-quatre ou trente-six heures. Si quelque calme semble dû aux moyens énergiques qu'on lui oppose, elle reprend bientôt sa marche envahissante.

Dans les quelques cas rares où l'issue est heureuse, l'affection suit la marche des fièvres typhoïdes, avec des menaces de recrudescence par intervalle ; presque jamais les lochies ne reparaissent.

Quand l'angioleucite interne puerpérale est dans toute sa violence, il est difficile, impossible même de la reconnaître ; mais elle peut se confondre, dans les commencements, avec une foule de symptômes peu graves, qui sont si communs chez les femmes récemment accouchées. Aussi doit-on porter à cet égard une attention soutenue sur les moindres accidents qui présentent quelque chose d'insolite, tels, par exemple, que la soif, la sécheresse du palais, l'empâtement de la langue et de la bouche, un état de tristesse et d'indifférence non justifiable, la persistance du gonflement de la matrice, des coliques, etc. Au début, les signes de cette maladie ont

beaucoup de ressemblance avec ceux de la métrite, de la phlébite utérine : elle s'en distingue bientôt par sa gravité extrême et la facilité avec laquelle elle se complique de péritonite générale, ce qui est moins commun dans les deux autres cas et en particulier dans la phlébite.

Le pronostic est si grave que sur 24 malades traités à Rennes en 1842, 4 seulement ont survécu, et 2 sur 22 en 1844. Cette gravité a dépendu aussi en partie de ce que déjà les femmes, pour la plupart, se trouvaient dans une situation désespérée au moment de leur entrée à l'hôpital; celles qui ont guéri ont été traitées en temps opportun et d'une manière énergique.

Les moyens employés ont été très-divers : M. Botrel les passe successivement en revue. Les émissions sanguines générales et locales ont paru avantageuses dans les commencements; on y a joint, également avec profit, l'usage des bains, des cataplasmes émollients, des injections et boissons de même nature; mais passé les deux ou trois premiers jours, il convient de renoncer aux saignées; tout au plus doit-on se permettre alors l'application de quelques sangsues, quand les symptômes de réaction persistent; autrement la prostration apparaît et prend une intensité rapide.

Les mercuriaux n'ont eu qu'un effet incertain. Dans les cas où la guérison a eu lieu, on a pu croire que la salivation a été utile à un des malades. Ils ont été employés en frictions et à l'intérieur (Calomel, de 1 à 2 grammes, onguent, 60 à 70 grammes par jour).

Les purgatifs auraient été d'utiles adjuvants en triomphant de la constipation opiniâtre qui signale le commencement de la maladie et en expulsant les gaz qui

produisent le météorisme ; mais seuls ils n'ont donné lieu à aucun cas de guérison.

Les vomitifs ont produit constamment des effets fâcheux, sinon toujours d'une manière immédiate, car quelquefois il s'en est suivi un soulagement momentané, mais sûrement. Après une intermittence passagère, l'anxiété reprenait une énergie nouvelle et la mort ne manquait jamais d'arriver dans un temps fort court.

Le chlorure de sodium, administré en boisson et à l'extérieur, n'a pas été moins impuissant. Il en a été de même du nitrate de potasse à doses élevées, et dont on a été obligé de suspendre l'emploi à cause des nausées qu'il provoquait.

L'eau vineuse, le sulfate de quinine, d'autres préparations toniques, rationnellement indiquées pour s'opposer aux phénomènes de débilité et d'intoxication ont été tolérées, mais il a été impossible de déterminer si leur action a été favorable. — Semblable observation s'applique aux vésicatoires et aux sinapismes.

L'essence de térébenthine, vantée par les Anglais comme un remède héroïque en pareille circonstance, a aggravé la maladie plutôt qu'elle ne l'a amendée ; elle a été administrée à la dose de 6, 8 et 16 grammes. M. Botrel croit que cette substance, qui agit comme purgatif irritant, doit être entièrement bannie du traitement de cette affection.

Enfin, le peu de cas dans lesquels les opiacés ont été administrés ne prouvent rien en faveur de ce genre de médicaments.

Il suit de cette nomenclature que chaque fois que les antiphlogistiques, aidés des mercuriaux et des purgatifs, n'auront amené aucune amélioration sensible dans les

accidents, on peut regarder tous les autres moyens comme stériles et impuissants, et parfois dangereux.

II. *Note sur l'influence de certaines altérations du lait comme causes de divers états pathologiques chez les nouveau-nés*, par M. Girard, professeur-adjoint à l'école de médecine de Marseille. — Rien n'est plus réel que l'influence des altérations du lait sur la santé des nouveau-nés; ces altérations, malheureusement, sont difficiles à constater, et cela explique l'état peu avancé de la pathologie sous ce rapport. C'est afin de contribuer à éclaircir ce point obscur que M. Girard a cru devoir soumettre au public médical plusieurs faits bien observés par lui et qui font en grande partie l'objet de cette note.

Dans ces faits, on voit des maladies graves survenir, se perpétuer en s'aggravant encore par l'usage d'un lait altéré et diminuer comme par enchantement sous l'influence d'un lait meilleur. Le lait soupçonné mauvais était, dans le premier cas, sensiblement alcalin; dans les deux autres il n'était ni alcalin ni acide, mais il présentait à un haut degré le caractère granuleux ou muqueux. L'enfant qui prit le lait granuleux eut le muguet; celui qui reçut le lait offrant l'état muqueux fut atteint de symptômes vers les poumons et les voies digestives. Cette diversité de phénomènes serait-elle le résultat de la différence des altérations? M. Gérard pose cette question sans se croire suffisamment autorisé à la résoudre.

Quoi qu'il en soit, ces faits viennent à l'appui d'observations analogues déjà rapportées par différents auteurs; elles confirment la valeur des considérations émises par M. Valleix, dans sa Clinique des enfants nouveau-nés, et, plus récemment, dans son Guide du médecin

praticien. Elles font voir enfin combien M. Donné était fondé à dire qu'avec de l'attention on peut découvrir, dans les qualités du lait de la nourrice, la cause de la maladie de l'enfant. Il importe par conséquent que les travaux microscopiques sur le lait soient poursuivis et deviennent surtout familiers à tous les médecins.

III. *Mémoire sur les calculs des fosses nasales*, par M. Demarquay, interne. — C'est une chose si rare, que les calculs des fosses nasales, qu'aucun ouvrage spécial de chirurgie n'en fait mention et que probablement beaucoup de médecins ignorent jusqu'à la possibilité de leur existence. Un fait récemment observé dans le service de M. Blandin a été l'occasion de ce mémoire; mais, malgré le silence des traités classiques, il n'est pas l'unique que possède la science. En compulsant laborieusement tous les livres et recueils scientifiques, tant anciens que modernes, qui se sont occupés de chirurgie, M. Demarquay est parvenu à en rassembler une quinzaine dont l'histoire, malheureusement, n'est pas toujours accompagnée de détails qu'on aurait été désireux d'y rencontrer.

D'après l'historique tracé par M. Demarquay, les calculs des fosses nasales, auxquels on pourrait, avec Graas, donner le nom de rhinolithe, mot qui ne préjuge rien sur leur nature, paraissent avoir été mentionnés pour la première fois en 1502, par J.-S. Mathias de Gardi. Plusieurs observations furent publiées ensuite par Thomas Bartholen, en 1654 : Clauder, en 1685; Kern, en 1700; Vitus Reidlinus, en 1706; Wespfer, en 1727; Ruysch, en 1733; Plater, en 1736; Horn, en 1788; enfin dans ces derniers temps, par Saviales, en 1814; Graeffe, en 1828; Thouret, en 1829, et tout récemment par MM. Brodie et Blandin.

Le nombre en varie depuis un seul jusqu'à plusieurs. Ils peuvent se développer à droite comme à gauche, dans la partie supérieure comme dans la partie inférieure, mais principalement dans cette dernière. On les a rencontrés dans le sinus maxillaire; ils sont quelquefois assez volumineux pour boucher complétement les narines et refouler la cloison du côté opposé en la détruisant en partie. Quelques-uns sont très-petits, on les trouve isolés ou parfois enveloppés d'une coque membraneuse. Leur aspect est chagriné; ils ont une teinte noirâtre, grisâtre et blanchâtre; le centre est parfois occupé par un corps étranger; un noyau de cerise, une racine de dent incisive.

D'après les analyses qui en ont été faites par Axman, Prout et M. Bouchardat, les éléments qui forment ces concrétions sont surtout des phosphates de chaux, des carbonates de même base et de magnésie, sels qui se rencontrent également dans les sécrétions de mucus et de larmes qui existent dans les fosses nasales.

Les causes de ces concrétions morbides sont inconnues. Elles ont sans doute de l'analogie avec celles qui déterminent les autres calculs et que l'on ne connaît guère mieux. Graeffe invoque, pour son cas particulier, une disposition arthritique qui n'est rien moins que prouvée. Dans quelques cas un corps étranger a été le point de départ de leur origine; enfin M. Demarquay pense que l'inflammation chronique des fosses nasales et de la glande lacrymale, que l'étroitesse des narines ou du méat inférieur, pourraient jouer un rôle dans leur production.

La présence d'un ou de plusieurs calculs peut être assez peu gênante pour que le malade s'en plaigne à peine; dans d'autres circonstances, les accidents sont

de nature à les forcer de recourir à la chirurgie. Il y a le plus souvent sécheresse de la narine avec sentiment de pesanteur; quelquefois la respiration est gênée; les douleurs sont variables. Dans une des observations, elles revenaient tous les ans, à époque fixe. La phlegmasie de la muqueuse résulte quelquefois du séjour de ces corps dans les fosses nasales. Alors il y a exhalation d'un mucus abondant et fétide; l'œil lui-même peut participer à la maladie. L'inspection ne fait pas toujours découvrir le corps étranger : il est sûrement reconnu au moyen de la sonde, à moins qu'il n'ait son siége dans les sinus frontaux. Ils sont capables de rester fort longtemps sans être reconnus ; quelquefois ils ont été rendus dans un effort de toux et d'éternuement; mais le plus souvent ils ont été extraits par la main du chirurgien.

Le diagnostic est d'ordinaire facile; toutefois, les calculs des fosses nasales ont été pris pour des polypes. La mauvaise odeur fit soupçonner chez quelques-uns un ozène ou une altération osseuse.

La première indication à remplir est l'extraction de ces corps étrangers. Cette opération est quelquefois difficile, surtout quand les calculs se sont développés dans le méat inférieur ou dans la partie supérieure du nez. Après l'opération, il convient de prescrire les injections détersives. Si l'on prévoyait que cette affection calculeuse se liât à une cause générale, il faudrait, bien entendu, combattre cette cause, quelle qu'elle soit.

DELASIAUVE.

MOUVEMENT DE LA PRESSE MÉDICALE DES DÉPARTEMENTS.

Tatouage de la peau et coloration du tissu inodulaire. — Chloro-anémie métrorrhagique avec hystérie.— Pellagre.— Choréc.— Fièvres intermittentes pneumoniques.

Journal de médecine de Lyon.

Expériences physico-chimiques et physiologiques sur le tatouage de la peau et sur la coloration artificielle persistante du tissu inodulaire des cicatrices, tendant à prouver que ces tissus ne se renouvellent pas, par le docteur Gabillot. — Ce mémoire, fruit d'études consciencieuses, roule sur une question fondamentale en physiologie. Si on admet comme démontrés les principes émis par l'auteur, tant de phénomènes en opposition apparente avec les lois reconnues jusqu'à ce jour, comme l'incubation des virus, les affections héréditaires, les maladies chroniques, deviennent sinon plus faciles à comprendre, au moins plus logiquement conformes aux lois de l'organisme. Mais nous avouons que la lecture de ce travail, tout en nous intéressant vivement, ne nous a pas convaincu. L'auteur passe un peu vivement, ce nous semble, sur la différence entre les substances qui peuvent accidentellement colorer le pigmentum ou toute autre partie de la peau ainsi que le tissu inodulaire. Quand cette coloration a lieu par une substance de nature à être résorbée, comme par la bile, elle disparaît par la la résorption de la matière colorante, dit M. Gabillot, c'est qu'alors il n'y a pas imprégnation, teinture suffi-

sante destissus ; nous trouvons plus simple de voir là un fait de résorption d'une substance assimilable. Quand chez l'homme blanc, à la suite de l'insolation du séjour dans un climat méridional, le pigmentum s'est coloré d'une teinte plus ou moins brune, cette couleur organique va s'effaçant peu-à-peu dans un temps proportionné à celui qu'elle a mis à se produire. Il y avait pourtant bien teinture du pigmentum, mais une teinture par une substance animale ou plutôt une coloration résultant de la modification des fonctions de l'organe sous l'influence d'une cause extérieure. Mais peut-il y avoir fusion intime, assimilation d'une substance inorganique avec nos tissus ? non, sans doute ; la juxta-position, le mélange des molécules peut se rapprocher de la fusion intime, mais tout en étant mélangées elles restent indépendantes. Ne se passe-t-il pas là, en infiniment petit, le phénomène qui a lieu, en grand, lorsqu'un grain de plomb logé sous la peau y séjourne de longues années sans gêner en rien, sans qu'on puisse soupçonner sa présence. Nous pensons que la matière colorante du tatouage, divisée à l'infini dans les aréoles du réseau de Malpighi, assiste sans pouvoir y prendre part à l'évolution vitale qui l'environne.

Au reste, d'autres expériences et une étude microscopique répétée viendront sans doute jeter un nouveau jour sur cette importante question que M. Gabillot aura eu l'honneur de poser, sinon de résoudre le premier.

Observation de chloro-anémie métrorrhagique compliquée d'hystérie, chez une jeune fille de 17 ans, par le docteur Passot. — Préparations ferrugineuses; guérison. L'état de la malade n'avait fait qu'empirer sous l'influence des astringents et des boissons glacées, des bains tièdes et des antispasmodiques, des sangsues à l'épigastre

et d'un régime adoucissant, employé par un premier médecin contre les pertes, les spasmes et la gastralgie, prise sans doute pour une gastrite.

Journal de Médecine de Bordeaux.

Observations sur la pellagre, par M. Roussilhe, chirurgien de l'hôpital de Castelnaudary. Ces observations recueillies à la consultation gratuite ou à l'hôpital sont fort nombreuses et présentent la pellagre à tous les degrés. L'auteur rapporte quelques guérisons dans des cas où le mal avait fait d'assez grands progrès. Dans la seule année de 1844, M. Roussilhe a observé vingt-et-un cas de pellagre, dix hommes et onze femmes, de 10 à 75 ans. Cette affreuse maladie n'a été signalée en France que depuis peu d'années. Observée d'abord dans les Landes, puis sur d'autres points de la France, elle n'avait pas encore été vue aussi fréquente que dans le département de l'Aude où elle semblerait endémique, d'après les observations de M. Roussilhe. La misère, la malpropreté, les habitations mal saines, le travail excessif, une nourriture insuffisante et de digestion difficile, composée de maïs, telles sont, en France, comme en Lombardie et dans les plaines du Piémont, les causes auxquelles on rapporte la pellagre.

Conférence sur la chorée, par M. Gintrac, professeur de clinique interne. — Des observations de M. Gintrac, il résulte que la chorée, quand elle est idiopathique, c'est-à-dire indépendante d'une lésion organique de l'encéphale, et qu'elle se manifeste de seize à dix-huit

ans, a une marche déterminée et une durée qui ne dépasse guère soixante-dix à quatre-vingts jours.

Journal de la section de médecine de la société académique du département de la Loire-Inférieure.

21e volume, 99 livraisons.

Observations diverses de fièvres intermittentes compliquées de pneumonies et de congestions pneumoniques, par M. Marcé. — Ces observations font suite à un travail sur les fièvres pernicieuses pneumoniques présenté par l'auteur en 1842 à la section de médecine.

M. Marcé rapporte un grand nombre de cas intéressants dans lesquels il a vu une fièvre intermittente simple se compliquer d'accidents pneumoniques intercurrents. Chez certains malades, la saignée a été utile pour combattre la congestion viscérale, mais pour guérir, il a fallu chez tous en venir au sulfate de quinine. Il est à remarquer que ces pneumonies compliquant la fièvre intermittente siégeaient plus fréquemment à gauche; on a rarement constaté l'engorgement de la rate, mais presque constamment un endolorissement très fort de la région splénique; quand cette splénadyxie coincidait avec la pneumonie à gauche, le point de côté devenait intolérable, et constituait pendant le paroxysme un phénomène essentiellement pernicieux.

A. L. P.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ALLEMANDS.

Défense de l'accouchement prématuré artificiel; par le docteur Hoffmann, professeur agrégé à l'Université de Wurzbourg. — L'accouchement provoqué prématurément peut être considéré sous trois points de vue. Le point de vue purement médical, le point de vue moral et enfin le point de vue médico-légal. L'expérience prouve d'abord que la contraction de l'utérus, provoquée avant le terme de la grossesse, est souvent sans conséquences fâcheuses pour la santé de la mère. Souvent aussi elle est suivie d'affections chroniques de la matrice. A quoi tiennent ces différences ? d'abord à la séparation du placenta des parois de l'utérus, qui peut donner lieu à des hémorrhagies ; mais ces hémorrhagies sont d'autant moins à redouter, que l'on est plus près du terme de la grossesse ; de plus, dans les accouchements prématurés, l'orifice de l'utérus est très-long à se dilater, les contractions du fond de la matrice sont très-énergiques et tendent à séparer le placenta de l'utérus. Quelques faits montrent que dans ces accouchements, si l'on est obligé, par une hémorrhagie, de détacher le placenta, l'utérus se contracte comme dans l'accouchement à terme, et que le délivre peut rester sans inconvénient dans l'utérus,

parce que ses connexions avec la matrice sont encore assez intimes pour le préserver de la putréfaction. Le péril est donc moindre que dans des naissances à terme.

On a dit ensuite que les dangers de l'accouchement prématuré provenaient de ce que l'utérus n'avait pas acquis tout son développement; mais on n'a pas remarqué que les contractions fussent moins énergiques et moins soutenues proportionnellement au volume du fœtus à expulser. Le véritable obstacle à l'accouchement prématuré, comme à celui à terme, c'est la résistance du col de l'utérus et du bassin qui, à cause de la station verticale de la femme, offrent une plus grande épaisseur et une rigidité bien plus prononcée que dans les animaux. Il en résulte que les accouchements provoqués sont ordinairement assez longs, surtout dans leur première période, parce que le col de l'utérus se dilate lentement; aussi, un grand nombre d'auteurs, d'Outrepont, Kilian, Gardien, ont-ils conseillé de faire prendre préalablement à la femme des bains et des injections émollientes. C'est sans doute un inconvénient d'être forcé de provoquer les contractions utérines. Cet inconvénient est inévitable, et l'art doit s'efforcer de le diminuer, autant que possible, tout en obtenant le résultat nécessaire.

Il en est de même de la non-préparation des parties externes des organes génitaux qui ne sont pas humectées de mucus, des grandes lèvres qui ne sont pas béantes, etc. Mais nous possédons mille moyens pour remplacer ceux de la nature, et d'ailleurs le volume de la tête, qui doit traverser le canal, est beaucoup plus petit, et rien ne force à hâter la fin de l'accouchement. Ainsi toutes ces objections contre l'accouchement provoqué, vraies

au fond, ne sont pas assez fortes pour devoir le faire rejeter.

Enfin, on a comparé l'avortement involontaire avec l'accouchement prématuré. On a dit que les métrites, les péritonites, les squirrhes, qui étaient la conséquence du premier, devaient *a fortiori* accompagner très-souvent le second. Gardien et Plessmann ont beaucoup insisté sur ce point. Mais l'expérience est là pour faire justice de ces exagérations. Tous les accoucheurs anglais et allemands sont d'accord pour témoigner de l'innocuité de l'accouchement provoqué. Ramsbotham a fait cette opération quatre fois sans suite fâcheuse connue chez la même femme. John Barlow, Vezin, Merriman, trois fois ; Siebold, Haase, Skow, Merriman et John Barlow, deux fois. Les suites de ces accouchements sont les mêmes que celles de la délivrance naturelle. Betschler assure que dans tous les cas d'accouchements provoqués par Kluge, à la Charité de Berlin, la fièvre de lait commence régulièrement le troisième jour et passe rapidement. Seulement, Salomon et d'Outrepont ont observé que les contractions douloureuses dans la matrice persistaient souvent assez longtemps.

L'accouchement provoqué a un avantage qui n'a pas été signalé avec assez de force, c'est qu'il a pour effet de produire chez les femmes sur lesquelles il a été pratiqué, une prédisposition à l'accouchement prématuré naturel. D'Outrepont, Falco et Barlow ont vu des faits de ce genre.

Comparons maintenant l'accouchement prématuré aux autres moyens que l'on a conseillés dans les cas de déformation, et surtout d'étroitesse du bassin. Je ne parlerai pas de l'avortement forcé qui, s'il est toléré, ne saurait l'être que dans les cas où le bassin n'a qu'un diamètre de 70 millimètres, car dans ce cas il n'y a pas-

sage que pour un fœtus de quatre à cinq mois, et l'accouchement provoqué ne peut l'être que si ce diamètre est de 74 à 76 millimètres au moins. Voyons donc les autres procédés. Osiander et quelques autres accoucheurs avaient conseillé, au commencement du siècle, d'empêcher le développement du fœtus au moyen de saignées, de laxatifs répétés et d'une nourriture peu substantielle. On croyait que l'affaiblissement du fœtus était proportionnel à celui de la mère ; mais il n'en est pas toujours ainsi, et l'expérience journalière nous montre des femmes mal nourries mettant au monde de gros enfants, et d'autres, qui vivent dans l'abondance, donnant le jour à des créatures faibles et à peine viables. Il ne manque même pas d'exemples de femmes qui, à la suite d'une grossesse pénible et maladive, ont mis au monde des enfants très-vigoureux. Un autre inconvénient, c'est celui d'affaiblir outre mesure l'enfant, comme cela est arrivé à Osiander. Il faudrait démontrer ensuite, ce qui ne l'est pas, savoir qu'un enfant très-délicat et à terme est plus viable qu'un enfant robuste venu à sept mois : or Wilde a remarqué que les enfants nés de mères affaiblies étaient sujets à des maladies mortelles et à l'hydrocéphale en particulier.

Quand on considère dans combien de cas d'étroitesse du bassin on a pu terminer heureusement l'accouchement à l'aide du forceps, tandis que dans d'autres on a été obligé de recourir à la perforation, on arrive à cette conclusion, que l'étroitesse du bassin n'est pas la seule indication à laquelle il faut avoir égard. L'intensité des douleurs, la grosseur et la compressibilité de la tête de l'enfant doivent entrer en ligne de compte. Une longue pratique peut seule donner ce tact sûr qui permet de

distinguer les cas où le forceps sera employé avec succès. On peut dire qu'il le sera toujours lorsque le diamètre du bassin est de 108 à 110 millimètres, mais lorsque ce diamètre est au-dessous de 80 millimètres, alors le succès est extrêmement douteux; on est obligé d'employer beaucoup de force et nous ne pensons pas que les inconvénients de l'accouchement prématuré puissent être comparés à ceux des tractions et de la compression qu'on est obligé d'exercer sur la tête de l'enfant avec le forceps. Les annales de la science obstétricale offrent de nombreux exemples des accidents survenus chez les mères et chez les enfants, après de semblables accouchements.

B. Fr. Osiander et Wegelin ont propagé en Allemagne une méthode qui consiste dans la version préalable de l'enfant et l'application subséquente du forceps. Ils disent que l'extraction est plus facile, parce que le fœtus agit comme un coin et que la base du crâne sort avant sa partie renflée. Cela est vrai, toutefois il y a de tristes exemples où l'on a été obligé de recourir à la perforation de la tête, après que le tronc était sorti, ou même à l'opération césarienne, comme Larrouture et Jaeggi en ont publié des exemples. Il y a aussi des cas où le tronc s'est séparé de la tête par suite de tractions exercées pour amener la tête dans le petit bassin. Pour n'être pas accusé d'injustice envers la version par les pieds, nous accorderons, si l'on veut, que cette méthode est sans inconvénient pour la mère; mais nous ne saurions convenir qu'elle est également sans danger pour l'enfant.

La section de la symphyse a été pratiquée 57 fois; 38 mères et 21 enfants ont été sauvés. Ces chiffres prouvent suffisamment combien cette opération est grave, et dans la plupart des cas où elle a été pratiquée on peut se demander si elle a été réellement utile; car dans plu-

sieurs d'entre eux elle ne facilita pas l'accouchement; il fallut recourir au forceps, à la perforation, à la mutilation du fœtus, et dans les autres, l'accouchement eût été possible sans la section de la symphyse.

On ne saurait établir un parallèle rigoureux entre l'opération césarienne et l'accouchement provoqué. Il est évident que dans tous les cas où le bassin a un diamètre au-dessous de 80 millimètres, l'accouchement provoqué est impossible et il faut recourir à la section césarienne. Examinons donc les avantages des deux méthodes dans le cas où l'on a le choix entre elles. Michaelis montre que, dans l'opération césarienne, on sauve les deux tiers des enfants; dans l'accouchement provoqué on en conserve un peu moins. Examinons les chances de la mère. Burns dit qu'en Angleterre, sur 23 opérations, 22 ont été funestes à la mère. Merriman, Joerg et Hussian ont donné des chiffres tout aussi peu encourageants. Baudelocque comptait 111 cas jusqu'en 1787, dont 47 ont eu une issue favorable. Osiander déclare que l'on perd les deux tiers des opérées. Michaelis a rassemblé l'histoire de 258 opérations dont 148 appartiennent au siècle précédent et 110 à celui-ci. Sur ces 258 cas, 118 ont été heureux, 140 malheureux. On ne saurait donc établir de parallèle entre les inconvénients de l'accouchement prématuré et le danger de l'opération césarienne.

La ténuité des os de la tête, leur mollesse, leur compressibilité chez l'enfant de sept mois, ont paru une objection contre l'accouchement prématuré où la tête traverse un bassin rétréci sans que l'art intervienne le moins du monde. Nisbet et Joerg ont fait valoir cet argument en insistant sur la difficulté de mesurer exactement le diamètre du bassin, et de déterminer l'époque à laquelle

l'accouchement doit être provoqué ; mais il ne s'agit pas ici de mesurer ce diamètre à quelques millimètres près, et l'on est le plus souvent averti de l'impossibilité d'une délivrance naturelle par les accouchements malheureux qui ont précédé. Baudelocque a insisté particulièrement sur l'impossibilité de connaître le commencement de la grossesse et le danger de mettre au monde un enfant qui ne serait pas viable. Sans doute, chez des femmes mal réglées, ou qui ont oublié le moment où leurs règles ont cessé, il peut y avoir quelques doutes sur l'instant de la conception; mais un accoucheur instruit saura toujours déterminer cet instant avec un degré d'approximation très-suffisant, et une erreur de quelques jours est ici sans importance.

Nisbet s'est appesanti plus particulièrement sur la difficulté d'apprécier le volume du fœtus, dont la connaissance est indispensable pour être certain que l'accouchement est possible et beaucoup d'auteurs, Siebold, Salomon entre autres, ont cité l'exemple d'enfants, qui au huitième mois avaient la grosseur d'un enfant à terme. Sans doute il est des exceptions impossibles à prévoir, mais les travaux de Wilde, Burns, Ritgen et Chaussier nous ont fait connaître le diamètre de la tête aux différentes époques de la gestation, et un examen attentif à travers le vagin et les parois abdominales, peut nous donner quelques indications utiles à ce sujet. En outre Kilian assure que c'est surtout dans les premiers 7 ou 8 mois que ce développement varie d'un fœtus à l'autre, tandis que la croissance est uniforme à partir de cette époque. Il admet en outre qu'entre la 32e et la 40e semaine, il s'accroît de 2 centimètres dans tous les sens. Si donc l'on a affaire à une femme qui ait déjà accouché, on peut avoir des renseignements sur les dimensions de la tête chez

son premier enfant ; d'ailleurs l'élasticité et la minceur des os de la tête, la facilité avec laquelle ils peuvent chevaucher l'un sur l'autre, la mollesse de la pulpe cérébrale sont des circonstances qui facilitent le passage à travers un bassin déformé.

Il arrive assez souvent que les fœtus présentent, à l'époque où l'on fait l'accouchement prématuré ; des positions anormales, qui nécessitent une version ou l'emploi du forceps ; dans ce cas, les chances de vie de l'enfant sont très-compromises, à moins qu'il ne se présente par les fesses ; mais ici on se trouve dans la même condition que pour l'accouchement à terme. Supposons maintenant le cas extrême où l'on soit obligé de recourir à la perforation de la tête du fœtus ; tout le monde comprend que cette perforation est bien plus aisée à sept mois qu'à neuf.

La probabilité de vie pour l'enfant séparé de sa mère avant le terme de la grossesse, mérite d'être calculée avec le plus grand soin. A cet égard les opinions sont très-partagées. Dans un opuscule attribué à Hippocrate et intitulé *Libellus de septrimestri partu*, il est dit qu'un enfant est viable après le sixième mois de la grossesse. Habenest se pose cette question: *An quadrimestris partus vitalis sit ?* et la résout par l'affirmative. Enfin un grand nombre d'auteurs parmi lesquels je citerai Ludwig et Chaussier, assurent qu'un enfant est viable s'il naît dans les trois derniers mois de sa vie intra-utérine. Bronzet cite le cas d'un enfant né au cinquième mois et qui à seize ans était plus fort que tous les enfants de son âge. Henke parle d'un enfant né dans la 26e semaine de la grossesse, qui vécut 10 jours ; d'Outrepont celui d'un fœtus de 6 mois, qui fut conservé quoique la mère fût délicate et que sa grossesse eût été pénible. Backer nous

a conservé un exemple analogue ; Fortunius Licetus, savant médecin de Padoue, était né à sept mois et mourut à 80 ans. Aussi le docteur Haracque a-t-il raison de dire qu'il n'existe pas d'époque fixe pour la viabilité, mais qu'elle dépend du degré de développement atteint par l'enfant, développement très-variable suivant les fœtus. En outre, Mende et Capuron font voir que la vitalité n'est pas toujours en rapport avec la grosseur et la force apparente. Le huitième mois étant considéré par tous les auteurs de médecine légale comme la limite moyenne de la viabilité des fœtus, c'est à cette époque que l'on provoquera l'accouchement. Nous croyons avoir refuté une à une, toutes les objections que l'on a faites à l'accouchement prématuré, et nous persistons à le considérer comme une des conquêtes les plus précieuses de l'obstétrique moderne.

(*Neue Zeitschrift für Geburtskunde*, 15e volume 3e cahier, et 16e volume, 1er cahier).

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT DE FRANCE.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Mai et Juin 1845).

Effets physiologiques de l'ascension sur les lieux élevés.— Indiens Ioways.— Application des diapasons au diagnostic. — Observations sur la théorie de la vision. — Quarantaines contre la peste. — Action de la salive sur la fécule. — Anatomie artificielle. — Anévrysme artérioso-veineux faux consécutif. — Blessures des vaisseaux. — Cyanose des nouveau-nés. — Formation de la graisse des nouveau-nés.

Séance du 19 mai. — *Effets physiologiques de l'ascension sur les lieux élevés.* — M. Castel communique

une note sur les phénomènes physiologiques observés par des voyageurs dans leur ascension au sommet de hautes montagnes.

Ces phénomènes sont, suivant lui, le produit de la pression de l'atmosphère; ce n'est point que cette pression soit, comme on l'a avancé, l'agent immédiat de la circulation dans les vaisseaux capillaires et dans les veines; mais elle exerce une influence directe et incessante sur la contractilité, de laquelle le mouvement des liqueurs animales n'est jamais indépendant. Les modifications de l'une doivent donc amener les anomalies de l'autre. La contractilité est d'autant plus en échec que la pression de l'atmosphère a subi une diminution plus considérable. C'est dans ces rapprochements qu'il faut chercher l'explication des phénomènes qui ont été exposés devant l'Académie des sciences par M. Lepileur. Il n'en est aucun qui ne doive être attribué à l'embarras, au trouble de la circulation.

N'est-ce point sur les rapports de densité et de pression que la nature a établi les différences de volume et la puissance des principaux appareils de la respiration et de la circulation dans les diverses classes du règne animal? Dans les oiseaux, le volume du cœur, relativement à la masse du corps, est dans le rapport de 1 à 168. Dans les poissons, il est dans le rapport de 1 à 1360. Mesurez maintenant la densité respective des milieux dans lesquels ces animaux vivent et l'influence de chacun de ces milieux sur la contractilité, qui, disons-le en passant, est le mobile trivial de toute fonction.

Aussi la distinction proposée par M. Lepileur entre les phénomènes qui sont dus à la raréfaction de l'air et ceux qu'il attribue au mouvement musculaire, me paraît-elle sans fondement. S'ils laissent voir moins de violence dans

le cavalier que dans le piéton, c'est que dans l'un l'action de la plus grande partie des muscles ne s'exerce point, tandis que dans l'autre elle est assujettie à de continuels efforts.

Indiens Ioways. — M. Jacquinot, chirurgien de marine, qui a fait partie de l'expédition de la *Zélée*, adresse une note sur les indiens Ioways. Il croit que les deux Amériques ne sont peuplées que par une seule et même race d'hommes dont les diverses peuplades, rameaux d'une même famille, offrent les mêmes caractères anthropologiques et ne sont séparées que par des nuances légères.

Indépendamment de l'analogie qu'il croit exister entre les peuples des deux Amériques, M. Jacquinot signale aussi des rapports semblables entre ces peuples et d'autres peuples situés à de grandes distances, les insulaires de la Polynésie.

Application des diapasons au diagnostic.—M. Bonnafont écrit, à l'occasion du travail récent de M. Desprets sur une question d'acoustique, qu'en 1832, étant chargé de préparer et de répéter le cours d'anatomie à Alger, il se livra à quelques recherches anatomo-pathologiques sur l'organe de l'audition.

Il se servit d'abord du diapason ordinaire qui donne le quatrième *la*. Mais ayant remarqué, appliqué sur le crâne de quelques sourds, que le son était entendu sur certaines régions et nullement sur d'autres, il se servit d'une série de diapasons dont le son répondait aux huit notes de la quatrième gamme de piano. Pouvant alors varier ses expériences, il ne tarda pas à constater que dans telle région du crâne où le diapason *la* n'était pas entendu, les notes des degrés inférieurs l'étaient

très-distinctement. Au fur et à mesure que la sensibilité diminue, l'oreille perd la faculté d'entendre le diapason à note aiguë, tandis qu'elle conserve celle de percevoir distinctement les notes plus graves, soit qu'on présente le diapason à une faible distance de l'oreille, soit, si la surdité est plus prononcée, qu'on l'applique sur les différentes régions du crâne.

M. Arago fait observer, à l'occasion de cette communication, que l'inverse de ce qu'annonce M. Bonnafont a quelquefois lieu, c'est-à-dire que dans quelques cas la surdité a commencé à se manifester par l'absence de perception des sons graves.

SEANCE DU 26 MAI. — *Quarantaines contre la peste.* — M. Aubert-Roche écrit une nouvelle lettre à ce sujet à l'Académie. Il rappelle qu'une ordonnance récente vient d'abolir les quarantaines pour les provenances du Maroc, de la Grèce et de Tunis. C'est un progrès sans doute, dit-il ; mais cette mesure ne sera que très-incomplète tant qu'on ne l'aura pas étendue aux provenances de la Turquie, de la Syrie et de l'Egypte, où les intérêts français sont principalement lésés par suite de l'abolition des quarantaines pour les provenances de ces contrées, par l'Autriche et l'Angleterre.

Optique. — M. de Haldat adresse quelques nouvelles observations sur la théorie de la vision, en réponse à une opinion récemment émise par M. Forbes, d'Edimbourg.

M. Forbes, cherchant à expliquer l'aptitude que l'œil possède à s'approprier à la vision distincte des objets placés à différentes distances, l'attribue à un changement qu'opérerait dans la forme du cristallin l'action des muscles moteurs du globe de l'œil. La compression exercée par ces muscles serait, suivant cet auteur,

transmise au cristallin par l'intermédiaire des fluides qui l'entourent. — M. de Haldat fait observer que la force attribuée ici aux muscles de l'œil n'est ni admise ni admissible, à raison de leur peu de masse et de volume et de la disposition désavantageuse de leurs insertions.

Séance du 2 juin. — *Action de la salive sur la fécule.* — M. Lassaigne communique de nouvelles observations sur l'action que la salive exerce sur les granules de fécule, à la température du corps des animaux mammifères, et sur l'état dans lequel se trouve l'amidon dans les graines céréales après leur mastication.

L'auteur conclut de ces nouveaux faits que lui ont révélés ses expériences :

1° Que l'amidon en fécule, dans l'état d'agrégation où il existe dans les aliments qui en contiennent, n'est point altéré par la salive à la température du corps des animaux mammifères ;

2° Que dans l'acte de la mastication des graines céréales amylacées, l'amidon n'est point désagrégé par les dents des animaux, comme quelques physiologistes l'avaient supposé, et que conséquemment ce principe peut être transformé en dextrine dans la série des actions organiques qui précède la digestion stomacale et intestinale ;

3° Que dans le cheval sur lequel l'expérience a été faite, la métamorphose de l'amidon en dextrine ne peut avoir lieu, non-seulement parce que dans l'avoine mâchée déglutée les globules d'amidon sont intacts, mais parce que, fussent-ils même déchirés et broyés par les dents molaires, la salive de cet animal ne pourrait réagir sur leur substance intérieure, ainsi que le fait la salive humaine ;

4° Que la salive humaine, qui n'a aucune action sur l'amidon cru et en granules, à la température de +38° centigr., agit même à la température de + 18° et + 20° sur l'amidon désagrégé; qu'elle convertit, en moins de douze heures, son amidon partie en *dextrine*, partie en *glucose*, en conservant aux téguments déchirés qui formaient son enveloppe la propriété de se colorer encore en bleu violet par l'iode;

5° Que chez l'homme qui se nourrit d'aliments féculents cuits, ou fermentés et cuits, l'amidon renfermé dans ceux-ci doit éprouver, de la part de la salive sécrétée pendant leur mastication, une partie des effets rapportés dans le paragraphe qui précède, indépendamment de l'action que ce liquide a sur les autres principes naturellement solubles dans l'eau.

Anatomie artificielle. — M. Sardaillon soumet au jugement de l'Académie des pièces d'anatomie artificielles, destinées à représenter la femme dans les diverses périodes de la grossesse et à reproduire les changements de forme, de volume, de rapports que la fécondation occasionne dans les viscères depuis les premiers instants jusqu'au terme de la gestation.

Séance du 16 juin. — *Anévrysme artérioso-veineux faux consécutif.* — M. Bérard lit un mémoire sur l'anévrysme artérioso-veineux faux consécutif, contenant la description de deux espèces nouvelles de cette maladie, dont l'une est due à son observation.

Dans l'une, le sac artériel est placé sur l'artère du côté opposé à l'ouverture de communication des deux vaisseaux, en sorte que l'artère est percée de part en part. Dans l'autre, le sac anévrysmatique occupe une

position diamétralement opposée, il surmonte la veine, et reçoit à travers les deux plaies de ce vaisseau le sang qui s'échappe de l'artère.

Blessures des vaisseaux. — M. Amussat lit un mémoire intitulé : *Recherches expérimentales sur les blessures des vaisseaux sanguins, considérées particulièrement sous le rapport de la formation et de l'organisation des caillots obturateurs des artères divisées dans une grande plaie transversale, et des conséquences à en tirer pour la chirurgie et la médecine légale.*

Avant d'arriver aux conclusions qui découlent des faits nouveaux établis dans ce mémoire, il me paraît utile, dit M. Amussat, d'indiquer la différence qui existe entre mes expériences et celles des auteurs qui se sont occupés du même sujet.

Ainsi, les expérimentateurs qui m'ont précédé ont séparé et isolé les vaisseaux des parties voisines pour les mettre à découvert et être assurés de faire ce qu'ils désiraient.

Dans mes expériences, au contraire, j'ai toujours fait une plaie *sans dissection préalable* pour placer les animaux dans des conditions analogues à celles où se trouve un homme chez lequel un vaisseau sanguin a été blessé.

Voici ces conclusions :

1° Le caillot spontané obturateur des artères complétement divisées dans une grande plaie transversale se forme très-promptement et sous les yeux de l'expérimentateur.

2° Ce caillot est formé par la fibrine du sang, et il est soutenu par la membrane celluleuse externe de l'artère, ou la quatrième membrane, et non pas par la gaîne,

comme on serait porté à le croire par un examen superficiel et par la description ordinaire de la structure des artères.

3° La cavité centrale des caillots spontanés, qui a beaucoup d'analogie avec le caractère des tumeurs sanguines que j'ai décrites dans un autre mémoire, fournit un caractère important pour découvrir une artère masquée par un caillot.

4° Contrairement aux idées de Jones, Béclard, etc., l'artère se suffit à elle-même, puisque le caillot peut se former à l'extrémité d'une artère qui dépasse le niveau de la section des chairs.

5° Le caillot est d'autant plus volumineux et plus résistant que l'artère et sa tunique celluleuse étaient plus tendues au moment de la section. Or, la conséquence pratique qui découle de ce fait, c'est la nécessité d'exercer une forte traction sur les artères avant de les diviser, afin de se placer dans les conditions les plus favorables à la formation de caillots solides presque analogues à ceux qu'on observe après l'arrachement.

6° En poursuivant mes recherches expérimentales sur les blessures des vaisseaux sanguins au-delà des limites chirurgicales que je m'étais d'abord tracées, j'ai pensé qu'on pourrait peut-être les utiliser pour la médecine légale; ainsi, lorsqu'on pratique une section transversale des deux artères carotides en même temps, sans intéresser la moelle épinière, sur un animal vivant, il se forme toujours des caillots aux extrémités cardiaques de ces vaisseaux, et ces caillots sont en rapport direct avec la tension plus ou moins grande du cou et de l'artère, au moment de la section.

7° Au contraire, lorsqu'on pratique la section des

artères carotides une ou deux minutes après que la vie a été préalablement détruite, soit par une forte percussion sur la tête, soit par la section simple et directe de la moelle épinière, la strangulation, l'asphyxie, il ne se forme pas de caillots aux extrémités cardiaques des artères carotides, ou, si l'on en observe, ils sont très petits, et ne ressemblent pas à ceux qui se forment dans les vaisseaux divisés sur des animaux dont la vie est dans toute son intégrité et qui meurent directement par hémorrhagie.

8° Les extrémités cardiaques des artères divisées sont donc le point le plus important à observer, puisqu'en les examinant avec attention, on peut arriver à dire mieux que par l'état des chairs si les vaisseaux ont été divisés pendant que la vie était dans toute son intégrité ou après la mort apparente ou réelle.

Les faits analogues sur l'homme exigent donc un examen nouveau, et les conséquences à en tirer sous le triple rapport de la physiologie, de la chirurgie et de la médecine légale, feront le sujet d'un autre travail que j'aurai l'honneur de soumettre prochainement à l'attention éclairée de l'Académie.

Sur la cyanose des nouveau-nés. — M. Meigs, professeur d'accouchement au collége de médecine de Philadelphie, lit une note sur la cyanose des nouveau-nés.

L'occlusion du trou de Botal étant empêchée parce que le torrent sanguin provenant de la veine-cave inférieure soulève et maintient soulevée la valvule-inter-auriculaire, qui est mince et flottante, M. Meigs a eu l'idée de placer les enfants atteints de cyanose sur le côté droit, la tête et le tronc un peu élevés, de telle sorte que la cloison inter-auriculaire devienne horizontale, et que le sang

contenu dans l'oreillette gauche pèse de tout son poids sur la valvule qui se trouvera ainsi fermée. M. Meigs a vu souvent qu'à l'instant même où il donnait cette position aux enfants, la coloration bleue cessait, preuve qu'il ne pénétrait plus dans les artères que du sang oxygéné.

M. Meigs assure avoir arraché à la mort de 50 à 60 enfants sur 100 par cette méthode, tandis que tous les moyens tentés jusqu'ici étaient, comme on le sait, restés sans effet.

Formation de la graisse. — M. Boussingault adresse de Bechelbronn un mémoire sur la question de la graisse. Les nouvelles recherches auxquelles il s'est livré sur ce sujet paraissent établir que les aliments qui, administrés seuls, n'ont pas la faculté de développer du gras, acquièrent cette faculté d'une manière étonnante aussitôt qu'on y joint de la graisse, bien que la graisse donnée seule produise l'inanition.

M. Bousaingault a engraissé des oies, et, comme M. Persoz l'a vu le premier, il a reconnu que la graisse produite excède considérablement l'huile contenue dans le maïs. Aussi sur ce point ses expériences confirment pleinement celles que M. Persoz a communiquées à l'Académie.

M. Milne Edwards fait remarquer l'analogie qui paraît exister entre les résultats des nouvelles expériences de M. Boussingault et ceux qu'il a constatés dans les expériences qu'il a faites sur les abeilles, et dont il a donné dans les temps communication à l'Académie. M. Milne Edwards avait observé, en effet, que les abeilles qu'il nourrissait avec du sucre seulement ne produisaient point de cire, tandis que celles qu'il nourrissait avec du

miel produisaient de la cire ; mais que la proportion de matière grasse contenue dans le miel était de beaucoup inférieure à celle que contenait la cire produite.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

(Avril et Mai 1845).

Préparations d'anatomie artificielle. — Pellagre. — Plaie du foie.

Séance du 20 mai. — *Préparations d'anatomie artificielles.* — M. Bérard fait, au nom de MM. Blandin, Amussat et au sien, un rapport sur les préparations artificielles d'anatomie, en cuir repoussé, de MM. Carteaux et Chaillou.

Il exprime le désir que les auteurs apportent surtout leurs soins aux pièces destinées à rappeler l'anatomie des régions.

Il propose pour conclusion d'approuver les travaux de MM. Carteaux et Chaillou et de les engager à persévérer dans leurs efforts.

Le renvoi des conclusions est adopté.

Séance du 3 juin. — *Pellagre.* — M. Jolly lit, au nom d'une commission composée de MM. Alard, Emery, Gerdy et Joly, rapporteur, un rapport intitulé: *Rapport général sur la Pellagre*, en réponse à la lettre officielle du ministre de l'instruction publique sur l'importance et l'opportunité de la publication des documents qui lui ont été transmis sur cette maladie par le conseil central de salubrité de la Gironde.

M. le rapporteur termine par les conclusions suivantes :

Les documents transmis au gouvernement par le conseil central de salubrité de la Gironde, sur lesquels l'Académie est appelée à donner son avis, établissent d'une manière positive qu'il existe dans les Landes une maladie endémique qui présente tous les caractères de la pellagre de Lombardie.

Ces documents et les deux pièces iconographiques qui y sont jointes sont d'une très-grande valeur pour la science et d'une haute importance pour l'administration, en ce qu'ils révèlent l'existence, donnent la description exacte et représentent le tableau fidèle d'une maladie qui est restée généralement inconnue en France jusqu'à ce jour. Si l'on y ajoute les faits qui ont signalé la pellagre dans les environs de Paris et dans quelques autres contrées du midi de la France, ils acquièrent le plus haut degré d'intérêt en ce qu'ils témoignent de l'imminence des progrès de cette maladie dans d'autres localités que celles où les médecins de la Gironde en ont les premiers constaté la présence.

Par conséquent, l'Académie pense qu'il y a utilité et opportunité de donner à ces documents une prompte et complète publicité.

Quant aux observations qui nous ont été communiquées sur le même sujet par MM. Gibert et Devergie, médecins de l'hôpital Saint-Louis, si la commission n'a pu les comprendre dans les conclusions qu'elle vient d'avoir l'honneur de vous soumettre, elles n'en sont pas moins dignes de l'intérêt de l'Académie, dignes de toute l'attention des praticiens, et nous avons l'honneur de vous proposer :

1° De les renvoyer au comité de publication ;

2° D'adresser à leurs auteurs un juste témoignage de remercîments pour cette importante communication ;

3° De les engager à vouloir bien faire part à l'Académie des faits de pellagre qui pourraient se présenter ultérieurement dans leur service respectif.

Séance du 17 Juin. — *Plaie du foie.* M. Gerdy fait un rapport sur un mémoire de M. Roux, de Saint-Pétersbourg, relatif à un cas de plaie du foie à l'occasion duquel l'auteur examine toutes les questions qui se rattachent à ce sujet.

M. Roux, dit M. le rapporteur, a rendu un véritable service à la science en établissant deux indications importantes dans le traitement des plaies du foie avec hémorrhagie; savoir: 1° d'arrêter l'hémorrhagie; 2° de donner issue au sang épanché dans le but de prévenir la péritonite mortelle qui en est si fréquemment la suite.

M. Dupuy rappelle à cette occasion qu'il a proposé dans le temps un moyen hémostatique d'une grande puissance. La matière cérébrale du mouton jouit à un très-haut degré de la propriété de coaguler le sang et d'arrêter immédiatement les hémorrhagies. Il a fait à ce sujet l'expérience suivante : une dissolution de matière cérébrale a été injectée dans la veine crurale d'un animal, celui-ci est mort au bout de quelques minutes.» J'avais prédit qu'on trouverait le sang coagulé dans le cœur et dans tous les vaisseaux; l'autopsie vérifia mes prévisions. Ce fait a été constaté par MM. de Blainville et Rousseau. Le cerveau de mouton tue les animaux plus rapidement que ne le ferait une injection de deuto-chlorure de mercure. Vous savez tous que le deuto-chlorure coagule l'albumine; c'est un effet analogue que produit la matière cérébrale. Les chirurgiens pourraient, à ce qu'il me semble, tirer un grand parti de ce fait.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Cas remarquable d'étroitesse du bassin chez une primipare. — Discussion sur l'accouchement prématuré. — Trachéotomie, modification au céphalotribe de Baudelocque. — Vésicules ovariques. — Siége de la pneumonie. — Etranglement des hernies.

Séance du 6 mai. — M. Devilliers fils communique l'observation d'une jeune femme de 27 ans, primipare, chez laquelle tout indique une grossesse de sept mois et demi, et qui présente une étroitesse des parties génitales, que représentent les chiffres suivants :

Détroit supérieur. Le diamètre sacro-pubien est de 7 pouces 6 ou 7 lignes;

D'une épine iliaque antérieure et supérieure à l'autre, 8 pouces et demi;

Hauteur du pubis, 2 pouces 3 lignes.

Détroit inférieur. Diamètre bi-ischiatique, 2 pouces 8 lignes;

Diamètre pubio-coccygien, 3 pouces 7 lignes;

D'un grand trochanter à l'autre, 10 pouces 3 lignes.

La mesure transversale du détroit inférieur a été prise au moyen d'un instrument fort exact que M. Devilliers a imaginé, et qu'il présente à la Société.

Faut-il, chez cette femme, provoquer un accouchement prématuré? et, s'il le faut, comment faut-il agir? Sera-ce en tamponnant le col ou en perforant la membrane? L'étroitesse du vagin s'y oppose. Sera-ce par des frictions sur l'utérus? Mais c'est là un moyen bien peu efficace. Sera-ce en faisant prendre le seigle ergoté?

M. Chailly (Honoré): Si le vice de conformation dont il s'agit portait sur les diamètres obliques, je conseillerais l'accouchement prématuré. Mais, dans l'espèce, je ne le conseille pas; le rétrécissement n'est pas tel qu'on ne puisse espérer que la tête de l'enfant le franchira,

soit naturellement, soit à l'aide de la diminution de volume que le forceps pourra lui faire subir. Le rétrécissement des parties génitales externes n'est pas toujours un obstacle durable aux accouchements naturels. J'ai vu des cas d'étroitesse assez prononcés pour que le doigt fût étreint de toutes parts, se terminer naturellement. Chez une jeune fille de 16 ans, chez qui la fécondation avait été le résultat d'une seule approche, il existait à la partie moyenne du vagin une cloison avec un pertuis au centre. Elle accoucha seule et très-promptement d'un enfant très-fort et à terme. Une parente d'un de nos confrères présente l'étroitesse dont nous venons de parler à un tel degré, que les approches conjugales avaient été difficiles, et l'accouchement naturel considéré comme impossible par un praticien éclairé. Je viens de l'accoucher en trois heures, et très-facilement. Ces rétrécissements ne doivent donc inspirer que de faibles inquiétudes, et on doit attendre, dût-on débrider en cas de besoin, au moyen d'une petite incision faite avec des ciseaux. Quant aux moyens à employer chez la femme dont nous a parlé M. Devilliers, s'il fallait en venir plus tard à provoquer l'accouchement, je ne vois que le seigle ergoté qui puisse être conseillé. Je le considère comme très-efficace. Je l'ai vu suffire chez une femme atteinte d'ailleurs d'une métrorrhagie grave, et chez laquelle aucune contraction utérine ne s'était encore manifestée.

M. Duparque approuve ce que vient de dire M. Chailly sur l'étroitesse des parties génitales. Il a cité l'exemple d'une femme chez qui, à la suite du sphacèle de ces parties, un tuyau de plume pouvait à peine être introduit, chez qui pourtant l'accouchement se fit naturellement.

M. Danyau croit qu'il est difficile de fixer la con-

duite à suivre dans le cas rapporté par M. Devilliers. On ne peut pas promettre qu'il y aura accouchement naturel, et cependant c'est possible malgré l'étroitesse : j'en ai vu des exemples, mais j'ai vu aussi le contraire. J'ai vu à la Maternité une femme, qui, s'étant blessée dans son enfance en descendant sur une rampe d'escalier, avait conservé un vice de conformation tel, que par l'orifice vaginal une sonde de femme pouvait à peine être introduite. La tête de l'enfant étant arrivée aux parties génitales sans aucune dilatation, je fus obligé, pour prévenir la déchirure du périnée, de débrider au moyen d'incisions latérales, et la tête franchit alors librement. Chez cette femme, l'écartement des grandes et petites lèvres ne laissait pas apercevoir la moindre apparence de cicatrice. On ne voyait qu'une sorte de membrane hymen doublée d'épaisseur.

M. Chailly (Honoré), revenant sur le cas de M. Devilliers, ajoute que, s'il fallait en venir à un accouchement artificiel, il faudrait toujours l'éloigner le plus possible ; ainsi jusqu'à huit mois ou huit mois et demi.

M. Devilliers fils, à l'occasion des mesures qu'il a données, a vérifié sur un certain nombre de femmes les chiffres admis généralement, et à ce propos le diamètre transversal lui a semblé être bien moindre qu'on ne le croit. Ainsi, il ne présente presque jamais ce chiffre de 4 pouces, que l'on admet généralement.

M. Sandras présente à la Société un infirmier de son service. Cet homme, ayant eu le larynx écrasé par suite de l'explosion d'une machine à vapeur, a conservé, par suite de cet accident, une étroitesse du larynx assez prononcée pour que chez lui les moindres angines produisent une suffocation imminente. A l'occasion de sa dernière angine, entré dans les salles de M. Sandras, il y présenta une dyspnée si intense, que M. Manec, appelé

comme chirurgien, n'hésita pas à pratiquer la trachéotomie. L'utilité d'une canule à demeure chez ce malade étant bien démontrée, l'interne de la salle, M. Maquet, fit exécuter le petit appareil que cet homme porte en ce moment. Cet appareil n'est autre que la canule ordinaire, mais garnie d'une petite soupape qui se retire à volonté ; cette soupape s'ouvre dans l'inspiration et se ferme dans l'expiration.

Cette expérience est faite à plusieurs reprises sous les yeux de la Société. Dès que le malade veut parler, la soupape se ferme, et sa voix, un peu sourde et voilée, est cependant assez sonore pour être facilement entendue. La soupape une fois retirée, la parole lui devient impossible, à moins qu'avec son doigt il ne la remplace pour fermer l'orifice de la canule.

M. Chailly (Honoré) fait part à la Société d'une modification qu'il vient de faire subir au céphalotribe de Baudelocque. Cette modification consiste en ce que, au lieu du moulinet, dont l'action était gênante pour la cuisse gauche de la femme, au lieu de la clé de montre imaginée par M. Depaul et qui élevait de beaucoup la valeur pécuniaire de l'instrument, M. Chailly lui a fait adapter l'appareil au moyen duquel fonctionnent les écrans mécaniques. Ici une bande de cuir unit les deux branches de l'instrument l'une à l'autre, et s'enroule lors de leur rapprochement autour de l'une des deux branches.

M. Briquet présente l'utérus et les ovaires d'une jeune fille de 22 ans, qui vient de succomber dans son service à une fièvre typhoïde. Toujours bien réglée, sa dernière époque menstruelle s'est terminée le 9 du mois de mai, c'est-à-dire vingt-cinq jours avant l'autopsie. On ne voit dans ces ovaires aucune vésicule développée, et pourtant une nouvelle époque menstruelle devait être

assez prochaine. La dernière n'a laissé ni déchirure ni cicatrice. Dans les deux ovaires nous voyons bien une déchirure correspondant à un épanchement sanguin; mais ces deux déchirures sont évidemment très-anciennes; elles datent d'au moins six mois. Il n'y a donc dans ce nouveau cas aucun rapport à établir, comme on a voulu le faire dans ces derniers temps, entre les périodes menstruelles et l'état des vésicules ovariques. Ce fait est d'autant plus probant, que la fièvre typhoïde suspend, comme on le sait, toute espèce d'absorption.

M. Prus communique à la Société une observation de pneumonie et la fait suivre de réflexions sur le siége de cette maladie.

Pour Laennec, la pneumonie consistait dans l'épaississement des parois des vésicules avec *infractus* de leurs cavités. M. Andral admet dans l'hépatisation rouge l'épaississement et l'engorgement sanguin des parois des vésicules, sans parler de la substance qui peut être contenue dans leur intérieur. Pour Lobstein, il y a infiltration sanguine du tissu intervésiculaire et sécrétion à l'intérieur des vésicules de membranules, ce qui lui fait dire qu'il y a croup des vésicules pulmonaires. MM. Hourmann et Dechambre admettent, outre l'infiltration intervésiculaire, le dépôt d'une substance plastique dans la cavité des vésicules. Le professeur Lallemand, de Montpellier, pense qu'il y a une inflammation, un engorgement du tissu cellulaire intervésiculaire, avec affaissement des vésicules elles-mêmes. Enfin, M. Grisolle admet une infiltration séro-sanguine du tissu intervésiculaire et des vésicules sans dépôt de matière solide dans leur cavité.

Je formule les trois propositions suivantes:

1° Doit-on penser, avec Laennec, Lobstein, Louis, Hourmann et Dechambre, que l'hépatisation pulmo-

naire consiste dans l'existence d'une matière plastique ou coagulée dans l'intérieur de la vésicule ?

2° Doit-on admettre, avec MM. Andral et Grisolle, que cette hépatisation résulte de l'épaississement des parois vésiculaires qui oblitérerait la cavité des vésicules restée vide ?

3° Doit-on croire simplement que l'hépatisation consiste en un phlegmon véritable du tissu cellulaire intervésiculaire ?

Pour éclaircir ces questions, l'inspection anatomique ne suffit pas. Je n'ai jamais vu ainsi le dépôt d'une matière plastique dans les vésicules, ou autour d'elles, et quant à l'*infractus* de Laennec, on est étonné qu'un terme aussi vague ait pu s'échapper de la plume de ce grand observateur. Il est évident encore que le croup des vésicules est une exception et qu'il appartient à une certaine forme de pneumonie catarrhale. Si l'on veut qu'il y ait accumulation de matières solides ou liquides dans la cavité des vésicules, il devrait y avoir, surtout pendant la deuxième période de la pneumonie, expectoration de ces matières, ce qui n'est pas.

M. *Grisolle.* Personne n'a démontré la présence d'une matière solide dans les vésicules pulmonaires, et si cela était il n'y aurait pas de crépitation possible.

M. *Nonat.* J'ai reconnu la pneumonie observée par Lobstein dans les pneumonies qui se sont présentées à Paris en 1837, sous forme épidémique. Quant à la pneumonie ordinaire, je crois qu'elle est due à un épaississement des parois vésiculaires.

M. *Prus.* Si la pneumonie n'est qu'un épaississement des parois vésiculaires, qui pourra rendre compte du volume, souvent considérable, de la partie pneumonisée ? Sera-ce l'inflammation de la muqueuse seule ?

mais nulle part cette inflammation ne donne lieu à un accroissement semblable de volume. Elle ne peut pas expliquer non plus la gravité des symptômes, ni la fonte purulente. Jamais, en effet, la muqueuse ne se fond en pus. L'opinion de M. Andral ne me semble donc pas admissible, et j'admets plutôt celle de M. Grisolle qui, avec celle-ci, fait coincider l'hypertrophie du tissu cellulaire intervésiculaire.

M. *Sandras*. La pneumonie n'occupe pas toujours le même siége, parce que le début n'est pas toujours le même. Quelquefois la pneumonie commence par le poumon, d'autres fois par les bronches. Dans le premier cas, ce doit être par le tissu vésiculaire, ou intervésiculaire; dans le deuxième par la muqueuse. Mais toujours ce doit être dans le tissu cellulaire du poumon que se développent les désordres les plus graves.

M. *Prus*. On a prétendu qu'il y a deux espèces de pneumonie, l'une siégeant dans le tissu cellulaire du poumon, l'autre dans les vésicules; la première serait la pneumonie *plane*, et la deuxième la *granulée*. Mais MM. Hourmann et Dechambre conviennent qu'il y a des granulations qu'on ne peut attribuer à la présence de matières dans les vésicules. L'explication qu'on a donnée de la granulation n'est pas satisfaisante. C'est le seul point sur lequel je conserve de l'hésitation.

Enfin, pour passer à la troisième proposition, faudrait-il croire que la pneumonie est un phlegmon du tissu cellulaire intervésiculaire, avec lésion de la muqueuse et des bronches, opinion du professeur Lallemand ?

La muqueuse qui se rend aux parties malades est injectée, rouge et même violacée. Au début on observe des phénomènes graves, qui n'ont pas lieu au même

degré dans la simple bronchite. Dans la première période, en incisant, on voit s'écouler de la sérosité sanguinolente ; où peut-elle être contenue ? Je crois que ce ne peut être que dans les mailles du tissu cellulaire intervésiculaire. Cette sérosité devenant de plus en plus plastique, affaisse les vésicules et empêche l'air d'y pénétrer : alors ne s'écoule plus de liquide. Enfin la troisième période est signalée par la fonte purulente de cette matière plastique. Ainsi, pour moi, la pneumonie est un véritable phlegmon du tissu cellulaire du poumon, phlegmon qu'on ne doit pas plus rejeter pour cet organe que pour tous les autres. La conduite du médecin, conformément à cette théorie, doit consister à empêcher le phlegmon, par de larges saignées, d'arriver à la suppuration.

M. *Grisolle*. Je veux bien admettre cette opinion ; mais à la condition qu'on joindra à l'inflammation phlegmoneuse du tissu cellulaire l'altération constante des vésicules. Quant à la sérosité sanguinolente, je la place un peu partout, non-seulement dans le tissu cellulaire, mais dans les vésicules.

M. *Nonat*. Il est impossible de séparer l'altération du tissu cellulaire du poumon de celle des vésicules. Celles-ci sont altérées dans leurs parois et leurs cavités ; si la sérosité qu'elles contiennent vraisemblablement ne peut être chassée au dehors par l'expectoration, c'est que, distendues et comprimées, les vésicules avec le tissu qui les entoure ont perdu leur élasticité.

M. *Briquet*. Je crois que dans la véritable pneumonie l'inflammation du tissu cellulaire du poumon domine sur celle de l'intérieur de la vésicule ou sur celle de la muqueuse. La marche de la bronchite capillaire est de

longue durée, celle de la pneumonie est courte. Les muqueuses enflammées à l'état aigu sont rarement gonflées, épaissies d'une manière notable ; ainsi dans l'estomac, la vessie, etc., la suppuration de ces mêmes membranes est aussi très-rare, c'est ordinairement dans le tissu cellulaire sous-muqueux qu'elle a lieu. Ces diverses considérations me portent à penser qu'il y a une différence très-grande entre la pneumonie et l'inflammation de la muqueuse du poumon; et que, dans la première, l'inflammation est antérieure à la vésicule elle-même et a son siége dans le tissu cellulaire qui l'environne.

De l'étranglement dans les hernies par M. GOSSELIN. *Thèse de l'agrégation, chirurgie* 1844, *ou plutôt, de l'état de nos connaissances sur l'étranglement des hernies*; rapport verbal par M. LOIR AINÉ, à la Société de Médecine de Paris.

Après avoir jeté un coup d'œil rapide sur les travaux des temps passés relatifs à ce point de chirurgie, M. Gosselin prend en quelque sorte son sujet à l'époque contemporaine ; il traite des diverses questions qui ont été mises à l'ordre du jour dans ces derniers temps. Soumettant ces diverses questions à une analyse exacte et sévère, il a pour but de les réduire à leur juste valeur, de fixer l'attention sur ce qu'il y a de vrai dans les recherches des anciens et des modernes.

Les opinions émises dans ces derniers temps par M. Malgaigne ont attiré particulièrement son attention. Il leur donne parfois, selon nous, un peu trop d'importance ; mais enfin il cherche, après ces travaux et après les discussions auxquelles ils ont donné lieu, à exposer

le véritable état de la science sur cette partie de la chirurgie. « Quant à des solutions définitives, dit-il, on verra souvent que le temps n'est pas encore venu de les donner. »

Cette manière de procéder, jointe à l'importance du sujet, donne à cette thèse un intérêt tout spécial.

Le chapitre Ier, qui a le plus de développement, a trait à l'anatomie de la hernie étranglée. M. Gosselin passe rapidement en revue les travaux des anciens et les recherches les plus modernes jusqu'à nos jours. Voici, selon lui, l'état de la science sur ce sujet :

L'étranglement dans les hernies peut avoir lieu, 1° par les anneaux fibreux naturels; 2° par les anneaux fibreux accidentels; 3° par le collet du sac. Mais il y a de grandes différences, suivant l'espéce de hernies.

Dans la hernie ombilicale, l'étranglement par les anneaux fibreux ne peut être l'objet d'aucun doute. La constriction par le collet du sac est extrêmement rare.

Dans la hernie crurale, il est parfaitement établi aujourd'hui que l'étranglement est produit profondément par un anneau fibreux accidentel appartenant au fascia crébriforme, bien distinct de l'anneau crural proprement dit, et superficiellement par un des orifices placés sur la paroi de l'*infundibulum fémoralæ vasculaire* destiné au passage des vaisseaux sanguins et lymphatiques, que la hernie crurale traverse presque toujours pour arriver sous les téguments. L'étranglement par le collet du sac n'est pas très-commun, comme M. Malgaigne a eu le tort de le faire entendre. Mais son existence est mise hors de doute par une observation de Ledran, où il s'agit d'une hernie crurale, dont la réduction n'a pas empêché la persistance des accidents. On reconnut à l'autopsie qu'il y avait eu réduction en masse, et que le sac,

rétréci en un point, avait continué d'étrangler après la rentrée de la hernie dans le ventre. L'étranglement par l'anneau crural, tel que le décrivent les anatomistes, tel qu'il est généralement admis, n'a été démontré par aucun fait. « Et il est facile de prévoir aujourd'hui, dit M. Gosselin, qu'il ne le sera pas. » Un des points importants que M. Malgaigne aura contribué à mettre en évidence, est la presque impossibilité de cette espèce d'étranglement.

Dans la hernie inguinale, l'étranglement par l'anneau inguinal externe n'est pas commun. Dupuytren et M. Bérard (Auguste) l'ont prouvé; mais il existe. Les faits cités par Petit, Ledran, et surtout une observation publiée par M. Petit, en sont des preuves. L'étranglement par l'orifice interne ou abdominal ne peut être contesté; il a suffisamment été démontré par Astley Cooper et M. Velpeau (*Gazette des hôpitaux*, 1842). L'étranglement par le collet du sac est le plus commun. Les faits publiés par Ledran, Arnaud, Pott, Scarpa, Dupuytren, MM. Bérard, Malgaigne, etc., l'ont prouvé d'une manière incontestable. Tantôt il s'agit de réduction en masse après laquelle les symptômes d'étranglement persistent, tantôt ce sont des autopsies de hernies non opérées, ou bien enfin des opérations, dans lesquelles on a constaté que le collet du sac, libre dans l'anneau fibreux, était étroitement appliqué sur l'intestin ou sur l'épiploon. Pour que le collet du sac puisse produire l'étranglement, il faut de toute nécessité que la hernie ait une certaine ancienneté, ou du moins que la portion du péritoine formant le sac soit sortie déjà depuis un certain temps.

Relativement au mécanisme de l'étranglement, M. Gosselin admet, malgré les dénégations de M. Malgaigne, que les anneaux fibreux peuvent seuls opérer

l'étranglement, quand celui-ci arrive au moment même où la hernie apparaît, alors, en effet; le collet du sac n'a pas eu le temps nécessaire pour subir des transformations pathologiques, il est mince, extensible, impropre à exercer une constriction.

Un point sur lequel je crois devoir appeler votre attention, est le suivant : on admet que, le plus souvent, l'étranglement est la chose primitive, puis consécutivement qu'il est le point de départ de l'inflammation. « Plus souvent peut-être, dit M. Gosselin, il n'arrive pas de cette manière, et, au lieu de précéder l'inflammation, il en est la conséquence. » Alors tantôt c'est en sortant que le viscère s'enflamme; l'espace est trop étroit; irrité et pressé douloureusement dans cet espace, l'intestin se gonfle, ses parois s'épaississent, l'épiploon se tuméfie; les parties herniées s'étranglent, elles vont elles-mêmes au-devant de l'étranglement. Tantôt la hernie est sortie depuis un certain temps, rien de nouveau ne vient s'y ajouter; mais cette hernie s'enflamme, soit par l'action d'une violence extérieure, soit par le séjour d'un corps étranger dans l'anse intestinale. Ce sont aussi les parties contenues qui vont au-devant de l'étranglement, dans les cas d'engouement et de distension par les gaz. M. Gosselin dit que l'accumulation des matières fécales dans l'intestin hernié n'est pas une chose aussi fréquente que les auteurs semblent le dire généralement; il pense avec M. Malgaigne que l'engouement est rare, surtout l'engouement comme point de départ d'une constriction qui gêne la circulation sanguine. Boyer a dit que la hernie pouvait s'étrangler par engouement, la distension de l'intestin amenant une inflammation. L'opinion de M. Gosselin nous paraît trop exclusive : on observe moins rarement qu'il ne le dit

des hernies anciennes non réductibles distendues par des matières intestinales, accompagnées de coliques, de constipation, de vomissement, dans lesquelles l'administration d'un purgatif fait cesser tous les symptômes comme par enchantement. J'ai occasion d'observer en ce moment une personne âgée, affectée d'une hernie ombilicale très volumineuse, chez laquelle de pareils symptômes surviennent fréquemment, et sont ainsi promptement dissipés.

Nous pensons, avec M. Gosselin, que la distension de l'intestin par des gaz, comme cause d'étranglement, mérite toute l'importance que M. O'Beirne lui a donnée. Dans tous les cas de hernie, on trouve l'intestin fortement tendu, et cette tension a certainement pour résultat d'exercer une pression de dedans en dehors, qui augmente les effets de la constriction. M. O'Beirne l'explique ainsi : au moment où une anse intestinale se déplace pour venir dans une hernie, le diaphragme et les muscles abdominaux poussent avec violence un courant de gaz dans sa cavité, l'intestin se dilate rapidement et se trouve poussé contre les bords résistants de l'anneau qui fait obstacle, et il ne peut plus repasser dans l'abdomen. En même temps l'action des grands muscles expulseurs maintient un courant de gaz dans les bouts supérieur et inférieur, et produit ainsi un nouvel obstacle à la réduction, empêchement que ne peut vaincre l'anse intestinale privée de la ressource des muscles abdominaux et du diaphragme. M. Gosselin croit, pour rendre les idées de M. O'Beirne plus faciles à comprendre, qu'il faut ajouter que cette distension trop grande aura lieu, surtout si au moment de l'issue de l'intestin le canal digestif renferme beaucoup de gaz; c'est ce qui arrive en particulier pendant le travail de la digestion : on voit souvent les hernies s'étrangler à cette époque.

On aurait tort de croire que la constipation et le vomissement, symptômes presque constants de l'étranglement, supposent la constriction de l'intestin portée jusqu'à l'oblitération de son calibre. L'obstacle au passage des matières stercorales y prend une large part sans doute ; mais la péritonite y a aussi une grande influence. Le degré de constriction de l'intestin est très-variable.

Dans le cas de hernie étranglée qui doit se terminer par gangrène, où il est vraisemblable que la constriction s'accroît de plus en plus, où le gonflement de la paroi intestinale n'est pas suffisant pour expliquer seul ce phénomène, nous pensons avec M. Gosselin qu'il faudra faire intervenir ici le phénomène de la rétraction et croire à un resserrement réel de l'anneau. Le tissu fibreux d'un anneau herniaire ne peut-il pas subir une rétraction notable par suite de l'inflammation violente des parties voisines? Si on refuse de l'admettre pour le tissu cellulo-fibreux naturel, celui de l'anneau inguinal par exemple, devra-t-on le refuser aussi pour le tissu cellulo-fibreux, qui est passé plus ou moins complétement à l'état fibreux, celui de l'infundibulum dans la hernie crurale par exemple? L'attention, mieux éveillée aujourd'hui sur les maladies du système fibreux, donnera peut-être de la valeur à cette proposition..

M. Gosselin n'admet pas l'étranglement spasmodique que Richter explique par la contraction des fibres musculaires qui tendent les fibres musculaires et rétrécissent les ouvertures aponévrotiques. Il rappelle que Astley-Cooper et M. Velpeau ont démontré, que, dans certaines positions du corps, les ouvertures aponévrotiques et les fibres musculaires étaient relâchées, et permettaient l'issue de la hernie inguinale, puis qu'une autre position arrivant, les parties se tendaient, et resserraient ainsi

l'ouverture. Voilà, dit-il, la seule influence admissible. Malgré cette opinion absolue, il est permis de se demander, en jugeant par analogie, si l'étranglement spasmodique ne peut pas exister?

M. Gosselin n'admet, comme suffisamment prouvé, que l'étranglement inflammatoire avec des degrés variables de constriction, qu'il propose de désigner sous les noms d'étranglement aigu, chronique, brusque, lent, ou bien d'étranglement plus ou moins serré.

Il ne veut pas admettre l'étranglement par engouement, et cependant, dans plusieurs points de sa thèse, il m'a paru peu conséquent avec lui-même, et reconnaître l'influence des matières intestinales sur l'étranglement.

Parmi les lésions anatomiques qui peuvent compliquer la hernie étranglée, l'auteur indique les plus importantes et les moins connues, telles sont: 1° les kystes formés aux dépens du tissu cellulaire extérieur; 2° les masses adipeuses renfermées dans une poche et simulant un épiploon dans un sac herniaire; 3° l'état du sac qui peut être vide, appliqué immédiatement sur les parties herniées, ou distendu par de la sérosité, dont la quantité peut être assez abondante pour que M. Velpeau ait pu décrire une hydrocèle du sac herniaire; 4° l'ulcération du sac et sa perforation en même temps que l'intestin par le fait même de la constriction; 5° l'état de l'intestin fortement étranglé, dont les parois devenues plus épaisses, noirâtres, sont infiltrées de sérosité mêlée à du sang et quelquefois de sang noir, presque pur, qui, interposé entre les trois membranes, permet de les séparer facilement les unes des autres, ainsi que l'a signalé M. Jobert; 6° les altérations qu'il subit au niveau du point où s'exerce la constriction, dans la destruction par ulcération des tuniques intestinales, par-

tielle ou totale, comparée avec raison, par le professeur Roux, à l'action mécanique de la ligature sur les parois artérielles. Cette destruction a lieu par ulcération et attaque de préférence les tuniques interne et moyenne, moins souvent la tunique péritonéale ; 7° le rétrécissement de l'intestin au niveau de la partie étranglée. Dans un cas cité par Ritsch, ce rétrécissement allait jusqu'à l'oblitération. M. Tessier a traité de ces rétrécissements et de leurs suites dans un article des *Archives générales de médecine*. Je saisirai moi-même cette occasion pour vous en présenter un exemple, sur une pièce que j'ai préparée en 1829, lorsque j'étais interne des hôpitaux, provenant d'une femme qui succomba aux suites d'une hernie crurale opérée à cette époque. Je présentai cette pièce, et d'autres, à la clinique de Dupuytren; peut-être ont-elles éveillé l'attention de M. Tessier, alors attaché comme élève au même service.

Parmi les symptômes de la hernie étranglée, les deux principaux, le vomissement et la constipation, peuvent tenir à l'obstacle mécanique apporté à la circulation des matières stercorales ; si cet obstacle est très-grand, il suffit à lui seul pour déterminer ces accidents. Mais dans bien des cas, comme l'a observé M. Tessier, le resserrement n'est pas très-considérable, la communication des parties supérieures de l'intestin avec les inférieures reste libre, et pour expliquer la persistance de ces deux symptômes, on est forcé de les rapporter à un trouble nerveux ou à la péritonite. « Cette dernière, dit M. Gosselin, joue certainement ici le rôle principal. » En effet, messieurs, on ne peut comprendre d'une autre manière l'existence de ces symptômes dans les cas de pincement de l'intestin, d'étranglement d'un appendice cœcal ou de l'épiplocèle étranglé.

La perforation de l'intestin peut avoir lieu au niveau de l'étranglement ou du corps de la hernie; dans ce dernier cas, qui n'est pas le plus ordinaire, elle peut être le résultat d'une gangrène partielle, d'un épanchement sanguin, ou d'un petit abcès, qui, développés dans la paroi intestinale, finissent par la déchirer (Jobert), ou d'une ulcération produite de dedans en dehors par des corps étrangers.

Dans les cas de gangrène, M. Gosselin rappelle, entre autres, deux circonstances, qui, bien que connues, peuvent être mentionnées ici: 1o la gangrène des parties comprimantes en même temps que celle des parties comprimées; 2o l'étranglement d'une portion seulement de la circonférence de l'intestin amène plus vite la gangrène que celle d'une anse complète. Quand c'est une anse complète, elle peut encore recevoir du sang par le mésentère pendant un certain temps.

Dans la partie relative au diagnostic, on trouve mentionnés les principaux exemples de difficultés : ainsi les hernies crurale ou obturatrice ont été méconnues plus d'une fois, à cause de leur peu de saillie à l'extérieur, et d'un autre côté, certaines tumeurs siégeant dans des régions à hernies ont été prises pour des hernies, parce qu'elles étaient compliquées de symptômes intestinaux. Comme exemples extrêmes de difficultés : 1° les cas de hernie réduite avec peine, dans lesquelles les accidents persistent, et où il faut déterminer s'il s'agit d'un étranglement interne ou d'une réduction en masse; 2o la coexistence de plusieurs hernies irréductibles, non-douloureuses, et où il s'agit de déterminer le siége de l'étranglement; 3° les cas où il s'agit de constater le viscère placé dans la hernie. Les symptômes généraux de l'épiplocèle fortement étranglé ont beaucoup de ressemblance avec ceux l'entérocèle faiblilement serré,

de l'entérocèle masqué par beaucoup d'épiploon, de pincement de l'intestin. Les symptômes locaux sont souvent incertains.

Un point important auquel M. Gosselin donne quelque développement, est le diagnostic de l'étranglement et de l'inflammation pure et simple dans la hernie. Il écarte d'abord l'inflammation d'un sac herniaire ancien, ayant cessé de communiquer avec le péritoine, que l'on peut reconnaître par la douleur locale, le gonflement et le peu d'intensité des symptômes abdominaux.

Comment pourra-t-on reconnaître une inflammation pure et simple dans la hernie sans étranglement? Boyer a dit: «Un tel accident est fort rare, et il n'est pas certain qu'on l'ait jamais observé,» et plus loin, le gonflement de l'intestin et de l'épiploon ne peut guère avoir lieu, sans que l'étranglement s'en suive. M. Malgaigne, au contraire, qui a repris cette question, croit que l'inflammation sans étranglement est très-fréquente dans les hernies; il pense qu'on la confond trop souvent avec l'étranglement proprement dit, et que, par suite, on est arrivé sans nécessité à faire une opération grave. Les faits cités par M. Malgaigne n'entraînent pas la conviction, ils sont insuffisants. De ce que une hernie a pu être réduite, il ne s'ensuit pas qu'elle n'était pas étranglée, qu'elle n'était qu'enflammée; un étranglement peut céder, il peut céder surtout quand il n'est ni brusque ni serré. M. Gosselin donne la préférence à l'opinion de Boyer sur la rareté de cette inflammation, en admettant toutefois que cette opinion ne doit point être aussi exclusive.

Dans le chapitre relatif au traitement, M. Gosselin énumère d'abord les moyens non-opératoires, en les accompagnant de quelques réflexions. Ainsi, il fait observer que les chirurgiens français préfèrent en général les

sangsues, avec raison, aux saignées, que les bains chauds sont utiles, qu'ils peuvent faciliter la réduction en affaiblissant, en donnant plus de souplesse à tous les tissus, que les purgatifs peuvent être d'une certaine utilité pour le diagnostic; mais que les dangers qui peuvent résulter de leur emploi, font qu'on doit les administrer rarement. Ce dernier précepte n'est pas aussi généralement applicable en ville que dans les hôpitaux, où les cas de hernies observés sont toujours beaucoup plus graves et pressants. M. Gosselin fait remarquer que les lavements purgatifs n'ont pas l'inconvénient des médicaments donnés par la bouche, il accorde avec les Anglais une grande confiance au lavement de tabac; mais il faut faire attention à la dose que l'on prescrit; elle est pour les adultes de quatre grammes, pour quatre hectogrammes d'eau.

Les réfrigérants ne sont guère employés par les chirurgiens français, ils peuvent déterminer la gangrène, en favorisant la suspension de la circulation. Il recommande aux praticiens la méthode d'O'Beirne, ou l'introduction par l'anus d'un gros et long tube de gomme élastique, semblable à une sonde œsophagienne, porté jusque dans l'S iliaque du colon, afin de donner issue aux gaz contenus dans le gros intestin et le bout inférieur de l'iléon. Pour que ce moyen réussisse, il faut qu'une communication existe entre l'anse herniée et le bout inférieur; les gaz de l'anse étranglée peuvent s'engager dans le bout inférieur et permettre une diminution de volume, qui fait réussir ensuite les efforts de taxis. Cette méthode, qui est très-rationnelle, devrait être plus souvent employée, plus généralisée; elle a permis la réduction chez des malades pour lesquels l'opération semblait être la dernière ressource.

Il signale, comme tombés avec raison en désuétude, une foule de remèdes dont l'action fort incertaine et le plus souvent inutile fait perdre un temps précieux ; parmi ces moyens se trouvent l'électro-puncture, le galvanisme, que je mentionne ici à dessein pour provoquer, de M. Leroy d'Etioles, quelques remarques sur les bons effets que l'on peut obtenir de ce remède.

Si l'on cite quelques cas de réduction spontanée de hernie étranglée avec l'emploi seul des moyens précédents, on ne peut se refuser de reconnaître qu'une pression méthodique exercée sur la tumeur herniaire, que le taxis est le moyen par excellence auquel il faille recourir avant d'en venir à l'opération sanglante. Du reste, il suffit de rappeler que, des trois espèces de taxis, le taxis ordinaire ne suffit pas pour faire rentrer une hernie étranglée ; qu'il y a entre le taxis forcé et le taxis prolongé un moyen terme qui paraît être le plus avantageux.

Les hernies étranglées diffèrent à chaque instant, il n'y a pas un mode de traitement qui soit applicable à toutes ; aussi est-il impossible de formuler en principes absolus la thérapeutique de cette affection. L'expérience, le tact, le jugement du chirurgien, sont les véritables guides ; seulement deux circonstances méritent d'être prises en considération pour le traitement : 1° le degré de la constriction, 2° l'époque de sa durée à laquelle le chirurgien est appelé. Quoiqu'il soit le plus souvent impossible de déterminer rigoureusement à l'avance le degré de la constriction, M. Gosselin nous a paru faire preuve d'un bon esprit en établissant deux degrés extrêmes : 1° celui dans lequel la hernie est ancienne, volumineuse, et les symptômes peu intenses, les vomissements, le hoquet peu répétés, les coliques peu fréquentes,

les selles supprimées, mais pouvant être provoquées par un lavement purgatif; 2° dans ce cas, qui est à peu près celui de l'engouement et qui constitue, pour M. Gosselin, l'étranglement peu serré ou médiocrement serré, on doit chercher à réduire: on prescrit une saignée, un bain, et on fait le taxis avec ménagement d'abord et ensuite avec une certaine force. On ne doit pas craindre de le prolonger une demi-heure et y revenir à plusieurs reprises.

L'autre degré extrême est celui d'une hernie qui s'est étranglée au moment de son apparition: la douleur augmente rapidement et gagne le ventre, les vomissements sont répétés, et prennent le caractère stercoral. Dans ces circonstances, l'expérience a appris que l'étranglement était très-serré, et qu'il ne fallait pas compter sur la réduction sans un débridement. Il n'y a qu'un seul cas de ce genre dans lequel le taxis devrait être essayé sans crainte, c'est celui dans lequel on serait appelé pendant les deux ou trois premières heures. Alors il peut réussir, parce que l'étranglement n'est point encore aussi serré qu'il le sera plus tard; mais il est rare que le chirurgien soit appelé sitôt, et s'il arrive au bout de 12 à 15 heures, il n'a plus rien à espérer que par l'opération.

Entre ces degrés extrêmes, il y a une foule de nuances, qui réclament des modifications variées dans la conduite du chirurgien.

On peut attendre plusieurs jours dans les hernies anciennes et volumineuses des vieillards, dans les hernies épiploïques.

Je ne suivrai pas l'auteur dans la description qu'il donne des trois temps de l'opération de la hernie. Il indique les modifications les plus importantes apportées à

diverses époques par les chirurgiens ; mais il expose plus en détail, et apprécie à leur juste valeur les innovations les plus modernes. Tels sont les débridements multiples de M. Vidal de Cassis, qui n'ont pas trouvé de crédit jusqu'à présent, par la raison que voici : quand on porte le bistouri pour débrider, on risque de blesser l'intestin ; or, on aime mieux ne courir ce danger qu'une fois au lieu de quatre, cinq ou six fois.

Il donne la préférence aux procédés bien établis par l'expérience : dans le cas d'entérocèle avec gangrène évidente, il veut que l'on incise largement l'intestin, que l'on ne pratique le débridement qu'après quelques heures d'attente vaine ; et que, dans ce cas, on donne la préférence à la méthode d'Arnaud, qui consiste à porter le bistouri dans la cavité même de l'intestin et couper à la fois l'intestin et le pourtour de l'anneau.

Dans l'épiplocèle gangrenée, il donne comme la méthode la mieux établie, l'incision de la partie gangrenée, faite peu à peu, la ligature des artères à mesure qu'elles sont ouvertes, et la réduction complète de l'épiploon, dans le cas seulement d'excision de la totalité de la portion gangrenée, sans qu'on ait été obligé de pratiquer des ligatures.

Parmi les difficultés qui peuvent compliquer l'opération, M. Gosselin signale les adhérences anciennes, et parmi elles : 1° les adhérences générales de l'intestin au sac qui nécessitent le débridement par la méthode d'Arnaud, et l'établissement d'un anus contre nature ; 2° les adhérences au niveau de l'anneau pour lesquelles on doit préférer le débridement de dehors en dedans avec précaution et fibrilles par fibrilles, et laisser ensuite l'intestin dans la plaie, comme M. Auguste Bérard l'a pratiqué dans plusieurs circonstances ; 3° les adhérences

générales de l'épiploon au sac, nécessitant son incision pour arriver à une anse intestinale qu'il peut contenir dans son intérieur; 4° les dégénérescences de l'épiploon, telles que tumeur squirrheuse, kystes, qu'il vaut mieux exciser que réduire.

Comme variété de l'opération, il cite 1° les cas où il n'est pas nécessaire de débrider, parce que l'étranglement est dû à une torsion de l'intestin sur lui-même, ou à un enroulement de l'épiploon sur l'intestin; ou qu'il est très-peu serré, et peut permettre la réduction; 2° les cas d'étranglement tellement serré que l'on ne peut engager aucun instrument entre le viscère et le collet du sac, et où il faut débrider de dehors en dedans, selon le procédé de B. Bell; 3° la méthode opératoire qui consiste à opérer sans ouvrir le sac, et à débrider seulement l'anneau fibreux. Cette méthode n'est applicable qu'aux étranglements réels par l'anneau fibreux: elle serait certainement préférable, s'il était possible de deviner sans examen l'état positif de l'intestin; 4° la méthode proposée par M. Malgaigne, consistant à faire l'incision sur le lieu où paraît siéger l'étranglement, afin de laisser bien voir ce que l'on fait au niveau de l'étranglement, méthode qui n'a point encore été sanctionnée par l'expérience; 5° les cas de persistance des symptômes de l'étranglement, après débridement et réduction, et où on est autorisé par les faits de Dupuytren et de Sanson, à fendre la paroi abdominale, et aller chercher les parties malades. Après l'opération, nous admettons avec M. Gosselin que la réunion immédiate ne doit point être faite, parce qu'il est suffisamment prouvé que la suppuration a presque toujours lieu, qu'elle est seulement applicable au cas où on est forcé de laisser dans la plaie l'intestin ou l'épiploon non gangrené et de

les préserver du contact de l'air; que l'administration d'un purgatif donné par la bouche ou en lavement est utile pour le rétablissement des selles.

M. Gosselin comprend sous la dénomination d'accidents consécutifs ; 1° la persistance des symptômes de l'étranglement due, soit au rétrécissement de l'intestin, dans le point qui a été le siége de la constriction, ou bien à une paralysie insurmontable des fibres musculaires du canal digestif ; 2° l'apparition subite d'une péritonite, au moment où la guérison semble ne devoir pas se faire attendre, et qui est amenée par une eschare qui s'est détachée, et plus souvent par une adhérence qui s'est rompue ; 3° les phlegmons de la paroi abdominale à la suite de la herniotomie; 5° l'inflammation suppurative de l'épiploon; 6° la péritonite, qui est l'accident le plus commun et le plus grave après l'opération.

Enfin M. Gosselin termine sa thèse par l'énumération d'accidents qu'il appelle tardifs, et qui paraissent se rapporter à une entérite ou à une péritonite chroniques. En résumé, ce travail nous offre l'analyse raisonnée des faits les plus importants relatifs à la hernie étranglée.

Exposer l'histoire positive de l'étranglement, établir la valeur des faits encore en litige, nous a paru être le but de M. Gosselin.

Ce travail est rédigé dans un excellent esprit. Et, bien que nous ne partagions pas la manière de voir de l'auteur sur quelques points, nous reconnaissons qu'il n'émet que des préceptes sages et rationnels, et se montre un digne élève des écoles où les doctrines les plus saines de chirurgie sont enseignées.

Paris, ce 3 janv. 1845.

VARIÉTÉS.

PRIX PROPOSÉS.

— La Société Médico-Pratique de Paris, séante à l'Hôtel-de-Ville, propose pour sujet de prix à décerner en 1847, la question suivante :

De l'hydropisie chez les femmes enceintes. — Déterminer par les faits la valeur de ce phénomène morbide, relativement à la mère et à l'enfant, sous le double rapport du diagnostic et du pronostic. Exposer le traitement. — La Société a en vue surtout, mais non exclusivement, l'hydropisie causée par la maladie dite de Bright.

Le prix consistera en une médaille d'or, de la valeur de trois cents francs. — Les mémoires, écrits lisiblement en français ou en latin, devront être remis, avant le 31 décembre 1846, avec les formes académiques, à M. Richelot, secrétaire-général.

— La Société de Médecine de Besançon propose un prix de 200 fr., soit en argent, soit en une médaille d'or de cette valeur, à décerner, s'il y a lieu, dans la séance de novembre 1846 : « au meilleur relevé statistique des maladies observées, pendant le cours de l'année 1845, dans l'étendue de l'un des arrondissements administratifs du Doubs, de la Haute-Saône ou du Jura, accompagné de détails symptomatologiques et thérapeutiques, et suivi de considérations théoriques et pratiques déduites des faits observés. »

Les mémoires devront être adressés *franco* avant le 1er juillet 1846, terme de rigueur, à M. Tournier, secrétaire-général de la Société. Ils ne seront point signés,

mais revêtus d'une devise répétée sur un billet cacheté portant la signature et l'adresse de l'auteur.

Les membres résidants de la Société ne seront point admis au concours.

NOUVELLES DIVERSES.

—La commission médicale des hôpitaux de Paris pour l'année 1845, est formée de MM. Jules Pelletan, Ferrus, Delasiauve, Beau, Malgaigne, Huguier et Soubeiran. — Les médecins et chirurgiens des hôpitaux qui auraient des réclamations à faire dans l'intérêt de leur service, sont priés de les adresser le plus tôt possible à la commission, qui siége à l'administration centrale.

—Le conseil royal de l'instruction publique, par délibération du 28 mars, a autorisé le professeur Bouisson à passer de la chaire de pathologie chirurgicale à la chaire de clinique chirurgicale.

— Le concours pour le grade de chirurgien sous-aide et les examens des chirurgiens sous-aides et élèves dans les hôpitaux d'instruction auront lieu le 1er août prochain, et le concours pour l'admission aux emplois de chirurgien-élève le 25 du même mois.

— MM. Rey, chirurgien aide-major de 2e classe au 53e de ligne, et Martenot, *idem* en Algérie, sont cités avec distinction dans un rapport de M. le gouverneur général, en date du 23 mai dernier.

— La Société de médecine du département de la Seine a nommé une commission composée de MM. Sandras, Prus, Roche, Bérard (Auguste) et Aubert Roche, pour s'occuper de l'organisation du congrès médical.

En conséquence, la commission de la Société de médecine du département de la Seine invite les Sociétés médicales à nommer des commissions, et les commissions déjà nommées à se réunir afin de s'entendre :

1° sur l'appel collectif qui doit être adressé aux Sociétés des départements ; 2° sur la convocation et sur l'organisation d'un congrès.

—M. le docteur Fauconneau-Dufresne, médecin des épidémies du département de la Seine, l'un de nos honorables collaborateurs, a reçu la décoration de la légion-d'honneur, sur la présentation du ministre du commerce.

— M. Jobert (de Lamballe), chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, vient d'être nommé aux mêmes fonctions à l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Breschet, décédé.

— M. le docteur Giraud (Joseph-François) a été nommé médecin des prisons de Marseille, en remplacement de M. Segaud, décédé.

— M. Provençal, membre titulaire de la Société de médecine de Montpellier, professeur de zoologie à la Faculté des sciences, est mort à Montpellier le 8 avril dernier.

— La médecine vétérinaire vient de faire une perte sensible dans la personne de M. C. Viborg, professeur et directeur de l'Ecole royale de médecine vétérinaire du Danemark, mort d'apoplexie, le 7 octobre dernier, à Copenhague.

—Un médecin de Copenhague s'est amusé à rechercher l'influence qu'exerce sur nos facultés morales et intellectuelles l'usage de certaines substances. Quelques-uns des résultats qu'il signale sont déjà connus, d'autres sont nouveaux et des plus singuliers.

L'ammoniaque et ses préparations, le musc, le castoréum, le vin et l'éther, développent l'imagination et rendent la méditation plus facile : les huiles pyrogénées disposent à la mélancolie, à la mauvaise humeur, aux hallucinations. Une décoction de chanvre fait naître une intarissable gaieté, et c'est pour cela que les Indiens

font entrer cette plante dans la composition de plusieurs boissons enivrantes. Le protoxyde d'azote provoque le rire, d'où lui est venu le nom de gaz exhilarant. L'usage de l'arsenic, à des doses infiniment petites, bien entendu, détermine la tristesse ; celui de l'or une bonne humeur; celui du mercure, une grande paresse.

Quant au chlorhydrate de morphine, il produirait une loquacité et une extrême facilité d'élocution.

— Le docteur Plauk, de Moscou, a observé une épidémie de parotidites à la maison des Orphelins de cette ville. Trois cents enfants ont été atteints; les deux sexes figurent dans ce nombre en proportion égale. La maladie semblait plutôt le résultat d'une altération particulière de l'air que de l'abaissement de la température; elle n'atteignait pas les enfants au dessous de sept ans; elle était surtout fréquente à l'âge de puberté.

— La fortune qu'a laissée le docteur Abercrombie, dont nous avons dernièrement annoncé la mort, est si considérable, que chacune de ses sept filles a reçu 10,000 liv. sterl. En outre, ce médecin a légué une somme très-considérable à l'Eglise libre d'Ecosse. Sa bibliothèque, composée de 10,000 volumes, a été donnée en cadeau, par sa famille, au collége royal des Chirurgiens d'Edimbourg.

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Manuel de petite chirurgie, par M. A. Jamain, ancien interne des hôpitaux. Grand in-18 de 600 pages, chez Germer Baillière. Paris:

La dénomination de Petite chirurgie est fort vague, et les matières que l'on peut comprendre dans un traité de ce genre

n'ont pas de limites bien tranchées qui les séparent de quelques parties de la chirurgie ordinaire, ou si l'on veut de la haute chirurgie. Sans se trop préoccuper de la grandeur du cadre qu'il devait remplir, l'auteur de ce nouveau manuel, tout en lui conservant un titre consacré, s'est placé à un point de vue plus élevé et a cherché à rendre son livre utile à ceux qui débutent dans la carrière médicale et surtout à ceux qui se préparent au concours de l'externat. L'expérience qu'il a acquise lui-même dans les hôpitaux a été pour lui un excellent guide et l'a mis à même d'apprécier les cas dans lesquels les élèves sont le plus souvent appelés à venir en aide aux chefs de service, et les questions sur lesquelles ils peuvent être le plus fréquemment interrogés. Ainsi, outre les diverses espèces de pansements et opérations de petite chirurgie qui font l'objet des première et deuxième parties, M. Jamain en a ajouté une troisième comprenant quinze chapitres relatifs à quelques affections dont les pansements sont habituellement du ressort de la petite chirurgie; tels ont les phlegmons, les abcès, les plaies, la gangrène, les ulcères, les fractures, les hernies, etc. Il donne des descriptions suffisamment étendues pour des commençants de ces diverses maladies, en indique les symptômes, la marche, les terminaisons et le traitement. Les chapitres consacrés, entre autres, aux plaies et aux fractures, offrent, comme cela devait être, des développements assez grands, surtout sous le rapport du traitement. On remarquera un article particulier sur les principes généraux qui doivent diriger l'application des appareils, quelques généralités sur les hernies, etc. L'auteur n'a pas négligé non plus les notions les plus indispensables d'anatomie pathologique, et a semé son livre de quelques figures gravées et intercalées dans le texte, propres à éclairer davantage le manuel de quelques opérations et l'application de certains appareils.

Ajoutons enfin que l'ouvrage est écrit d'une manière claire, commode, qu'il est dépouillé du fatras scientifique inutile, et que s'il ne peut être qu'une compilation dans certaines de ses parties, il renferme cependant des faits originaux et des descriptions présentées sous un point de vue plus utile que dans

d'autres livres du même genre. Nous ne doutons pas qu'il ne soit destiné à rendre service aux élèves qui débutent et même à ceux qui, avancés dans la carrière médicale, ont besoin de se rappeler quelques détails que l'on oublie trop aisément.

C. DEVILLIERS.

Traité élémentaire de physiologie végétale, par L. J. LEBOINDRE DELALANDE, ancien pharmacien de Paris, etc. 1 volume in-8, de XI - 388 pag. — Paris 1845.

Une chaire de *physiologie végétale* ayant été récemment instituée à l'école de pharmacie, M. Leboindre a pensé qu'un livre propre à faciliter l'étude de cette science serait favorablement accueilli des élèves. Cette pensée est juste et nous ne pouvons qu'y applaudir. Il n'existe pas en effet d'ouvrage, au niveau de la science, qui résume, complète et rectifie, d'après les travaux les plus récents et les plus estimés, les savants écrits de Mirbel et surtout de de Candolle sur cette matière.

Reste à savoir seulement si l'auteur de celui que nous annonçons a bien compris la tâche qu'il s'est volontairement imposée, s'il était apte à l'accomplir, enfin, s'il s'en est tiré avec honneur pour lui et profit pour les autres. Or, nous avons regret de le dire, son œuvre ne décèle ni l'instruction spéciale, ni le talent d'exposition qu'exige un sujet si ardu, et jamais peut-être essai plus utile en lui-même n'a été tenté avec moins d'éléments de succès.

Ce jugement sévère, il nous serait facile de le justifier aux yeux des moins éclairés. Il suffirait de transcrire quelques pages prises au hasard, à commencer, si l'on veut, par la première, où les cent mille végétaux connus, décrits et catalogués se trouvent réduits à vingt mille ; on y verrait se révéler de toutes parts les défauts de plan et de méthode, l'incohérence des idées, les vices du style et l'ignorance complète de la matière. Peut-être même viendrait-on à douter que l'auteur, qui pourtant cite souvent, d'après on ne sait quel texte, *la physiologie de Bichat*, ait une idée bien nette de ce que c'est que la physiologie, et en particulier la *physiologie végétale* : Nulle

part il ne la définit, et si nous nous en tenions à l'économie de son livre, nous aurions peine nous-même à en concevoir quelque idée exacte.

Rien de plus varié, en effet, que les objets dont il se compose. Au début, c'est un exposé du système du monde, depuis Ptolémée jusqu'à nos jours; viennent ensuite des notions sur le globe terrestre au point de vue chimique et géoscopique; puis des vues sur l'agriculture, beaucoup de détails sur les engrais, l'art de fumer la terre et l'architecture des jardins; deux chapitres tout entiers sur les allées, leur utilité et la manière de les sabler; un autre de dix pages sur les travaux du jardinier fleuriste, sans préjudice de soixante autres pages placées plus loin, sur la culture des arbres, les gazons, les eaux, les prairies, etc., toutes choses sans grand rapport évidemment avec la physiologie, même comme enseignement préliminaire, et qu'on pourrait croire empruntées au *Bon jardinier* ou même à quelque almanach populaire.

Arrivant au cœur du sujet, nous y voyons que la physiologie végétale est encore dans l'enfance; que toutefois il existe une véritable similitude entre l'économie végétale et l'économie animale; qu'ainsi les végétaux sont, comme les animaux, doués d'irritabilité et de contractilité, sans parler de l'élasticité traitée ailleurs dans un chapitre particulier; que les fonctions de la digestion et de la circulation leur sont également communes; qu'ils sont les uns et les autres susceptibles de santé et de maladie, etc. De là, nombre d'excursions étendues dans le domaine de l'hygiène, de la pathologie, de la tératologie et de la thérapeutique, où se trouvent réunis sans choix comme sans ordre, les principes de la botanique la plus vulgaire comme les notions de la philosophie la plus élevée, copiés sans doute çà et là dans divers ouvrages, et qu'une commune pensée, une rédaction uniforme n'a pas même coordonnés, comme l'attestent assez la diversité du style et des doctrines.

Mais c'est surtout la morphologie qui, sous le titre trompeur d'anatomie végétale, usurpe une grande place dans ce traité prétendu *physiologique*. Aussi offre-t-il fort au long la défini-

tion et la description des divers organes des végétaux (racines, tiges, feuilles, fleurs, fruits, etc.) auxquelles semble ne se rattacher que comme accessoire l'histoire incomplète encore des fonctions de ces diverses parties. On y trouve aussi, comme partout, l'exposé des systèmes et méthodes de Tournefort, Linné et Jussieu, avec l'explication obligée des termes techniques; puis un tableau de la floraison des plantes *par mois et par années*, l'horloge de Flore, la série (aujourd'hui purement historique) des familles naturelles de la méthode de Jussieu, etc., enfin une *théorie nouvelle* de la coloration des fleurs déjà publiée par M. Leboindre, dans un précédent opuscule intitulé *Leçons à ma fille*, théorie qu'il développe en vingt-cinq pages, et qui se résume par ces quelques mots : *La coloration des fleurs est due à la propriété qu'ont les particules dont l'agglomération constitue la corolle, de réfléchir ou de réfracter la lumière.*

On le voit donc, malgré son titre, ce livre n'est pas plus *physiologique* que la plupart des simples *Éléments de botanique* publiés jusqu'à ce jour. Les excellents ouvrages en ce genre de Richard, d'Auguste de Saint-Hilaire, de Brongniard pouvaient être difficilement surpassés sans doute ; mais l'auteur est si loin d'avoir su même en approcher, que nous ne saurions ni recommander son livre, ni l'engager lui-même à persévérer dans une voie où tout lui manque, à notre avis, pour se rendre utile aux élèves des écoles. D. L.

Compendium de chirurgie pratique, ou Traité complet des maladies chirurgicales et des opérations que ces maladies réclament, par MM. Aug. Berard, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, et M. C. Denonvilliers, chef des travaux anatomiques, et agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 5e livraison. A Paris, chez Labé, libraire de la Faculté de médecine, place de l'École de médecine, 4 (1).

Cette livraison, qui complète le tome 1er du Compendium de chirurgie pratique, renferme deux chapitres importants qui la

(1) Voir le compte-rendu des livraisons précédentes dans les cahiers d'avril 1841, de mars 1842, et de 1844 de la *Revue Médicale*.

composent presque tout entière : l'un est consacré au cancer, l'autre aux déviations organiques dans l'espèce humaine.

Dans le chapitre consacré au cancer, les auteurs ont résumé d'une manière succincte l'état de la science sur ce point important de la pathologie, en suivant l'ordre didactique, généralement adopté dans la description des maladies : ils se sont surtout attachés à l'anatomie pathologique du cancer, c'est-à-dire à l'examen des deux principaux tissus morbides auxquels se rapportent presque toutes les variétés du cancer, le tissu squirrheux et le tissu encéphaloïde, sans excepter toutefois diverses autres productions accidentelles ou dégénérescences organiques qu'on pourrait à la rigueur rapporter à ces deux tissus, mais qui cependant en diffèrent par certains caractères particuliers.

Le traitement du cancer occupe une large place dans ce chapitre; tous les modes de traitement, tous les agents thérapeutiques qui ont joui d'une certaine vogue ou d'une certaine réputation sont passés en revue. La compression elle-même, qui a trouvé tour à tour des apologistes et des contradicteurs, et que M. Récamier a ressuscitée de nos jours, est l'objet d'un examen sérieux et d'une discussion juste et impartiale.

Sous le titre de Déviations organiques, les auteurs comprennent toutes les infractions à la règle générale qui a assigné à chaque espèce animale un type spécial qui la caractérise et se retrouve uniformément, avec tous ses traits particuliers, dans la presque totalité des individus dont elle se compose. Il n'est pas rare, en effet, de voir certains sujets apporter en naissant des dispositions organiques qui s'écartent de l'ordre habituel, et par lesquelles ils se distinguent d'une manière plus ou moins sensible de la majorité des individus de leur espèce, de leur âge et de leur sexe. Dans une 1re partie, les déviations organiques sont étudiées d'une manière générale; l'historique, la classification et les causes de ces déviations y sont exposées avec beaucoup de clarté, et donnent une idée précise des théories émises par les plus savants naturalistes, ceux surtout de notre époque, sur ces défectuosités de l'espèce humaine. La deuxième partie est affectée aux différentes espèces de déviations organi-

ques. L'ordre suivi dans ce chapitre est celui qui a été adopté par M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, qui admet quatre grandes sections : 1° les *hémitéries*, déviations du type spécifique, simples, et en général peu graves sous le rapport anatomique ; 2° les *hétérotaxies*, ou inversions d'organes, déviations non apparentes à l'extérieur, complexes, et ne mettant toutefois obstacle à l'accomplissement d'aucune fonction, sans doute parce que l'arrangement des organes demeure régulier, quoique non conforme à l'état normal ; 3° les *hermaphrodismes*, déviations plus ou moins complexes, consistant dans la présence simultanée des deux sexes, ou de quelques-uns de leurs caractères ; 4° les *monstruosités*, proprement dites, déviations très-complexes, très-graves, presque toujours apparentes à l'extérieur. G V.

Bibliothèque du médecin praticien, ou Résum générale de tous les ouvrages de clinique médicale et chirurgicale, de toutes les monographies, etc., par une société de médecins, sous la direction du docteur Fabre, rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux* ; 7e, 8e et 9e livraison. A Paris, au bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue Dauphine, n° 24.

Les trois livraisons dont nous avons à rendre compte forment le tome III et sont entièrement consacrées aux maladies de la vessie, dont il a été à peine question dans la 6e livraison, déjà annoncée dans la *Revue* (1). Les affections de la vessie sont nombreuses et variées, plusieurs d'entre elles réclament des opérations qui sont du ressort de la haute chirurgie, telles que la lithotritie et la taille ; elles devaient donc trouver dans la Bibliothèque du médecin praticien une place relative à leur importance, et des développements capables d'initier les médecins et les chirurgiens de province à tous les genres de perfectionnement que leur thérapeutique a subis depuis plusieurs années, grâce aux travaux récents publiés en France et à l'étranger, surtout à ceux de MM. Civiale, Amussat, Leroy d'Étiolles, etc... A cet égard, l'ouvrage dont nous nous occupons con-

(1) Voir le cahier du mois de février 1845 de la *Revue Médicale*, p. 315.

tinue à justifier le titre qui le recommande à l'attention des médecins et des élèves, puisqu'il est intitulé : *Résumé général de tous les ouvrages de clinique médicale et chirurgicale, de toutes les monographies, de tous les mémoires de médecine et de chirurgie pratique anciens et modernes.*

La précédente livraison commençait l'histoire des maladies de la vessie et traitait des vices de conformation, des plaies et des ruptures de cet organe. La 7e comprend, 1° l'introduction des corps étrangers dans la vessie par l'urèthre, et à ce sujet l'auteur cite des observations bizarres d'introduction de tiges métalliques, de tubes de verre ou de terre, de tiges ligneuses ou éburnées, d'épis et de tiges de graminées, de graines et de fruits divers, de pois, de plumes, de cailloux, etc., introduction due la plupart du temps à des actes honteux de libertinage, chez des sujets adonnés au plus haut degré à la funeste passion de l'onanisme. Deux paragraphes sont aussi consacrés aux corps étrangers introduits dans la vessie par plaie, ou ulcération des parois abdominales et du viscère, tels, par exemple, que des balles de plomb, des fragments d'os, etc., et à ceux qui se frayent une voie des autres viscères abdominaux dans la vessie; 2° les calculs de la vessie et tout naturellement à leur suite les moyens d'obtenir leur extraction, c'est-à-dire les opérations de la lithotritie et de la taille. Ces articles sont les plus importants et les plus complets. Cette livraison et la moitié de la suivante leur sont entièrement consacrées. De nombreux dessins, représentant les instruments, facilitent l'intelligence du texte, et les descriptions des procédés opératoires. Pour chacune de ces deux opérations, l'auteur commence par la partie historique, pour passer ensuite en revue les différents procédés de manœuvre opératoire qui ont été tour à tour imaginés et mis en pratique. Il fait ressortir ensuite leur indication, leur contre-indication, et les accidents qui peuvent en être la suite. Puis, dans un parallèle entre la lithotritie et la taille, l'auteur fait observer avec juste raison qu'on ne doit pas, dans l'état actuel de la science et de la pratique médicale, envisager la question sous le point de vue suivant : laquelle des deux méthodes doit être préférée

à l'autre ? mais bien sous celui-ci : quels sont les cas qui exigent l'emploi de l'une et ceux dans lesquels l'emploi de l'autre convient mieux? La réponse, on le comprend, ne peut être alors résolue par un oui ou par un non, mais elle est subordonnée à la différence des cas qui se présentent dans la pratique, différence qui fait précisément l'objet de l'examen de l'auteur.

Dans la 8e livraison sont comprises, après le parallèle dont nous venons de parler, les hernies, les névralgies et la paralysie de la vessie.

La 9e livraison termine le troisième tome de la Bibliothèque du médecin praticien ; elle comprend un nombre bien plus considérable d'articles tous relatifs aux affections vésicales. Nous nous contenterons de les nommer ici ; ce sont : la cystite, le catarrhe de la vessie, l'hématurie, les abcès, les fistules, les ulcérations, la gangrène, l'hypertrophie, l'atrophie, et les dégénérescences de la vessie ; enfin, les polypes, les fongus, les tubercules, le cancer, les hydatides et les vers de cet organe.

Disons ici, en passant, que, dans les livraisons qui précèdent, comme dans ces trois dernières, les auteurs se sont montrés un peu trop prodigues d'observations détaillées sur les cas particuliers des maladies dont ils s'occupent. Ces observations, quand elles sont trop multipliées et trop circonstanciées, ont l'inconvénient d'entrecouper, comme autant d'épisodes, la narration didactique du sujet, de fatiguer l'attention du lecteur, et d'augmenter beaucoup le volume de l'ouvrage.

G. Vignolo, D. M. P.

Mémoires et observations cliniques de Médecine et de Chirurgie, par L. Morand, médecin adjoint de l'Hôpital-général de Tours. In-8°, planches.

En publiant sous ce titre les principaux résultats d'une pratique longue et éclairée, l'auteur a bien mérité de la science; car ce modeste volume est plein de faits rapportés simplement, sans idée préconçue, et dégagés de toutes les phrases qui trop

souvent ne servent qu'à grossir l'in-octavo et à fatiguer l'attention du lecteur.

Les conclusions auxquelles M. Morand arrive par sa pratique sont quelquefois discutables; quelquefois, peut-être, on trouvera qu'il se laisse trop aller à ce besoin de généraliser dont personne ne peut se défendre; mais pour les observateurs consciencieux comme lui, cette tendance à des doctrines exclusives est la conséquence presque inévitable de succès nombreux obtenus par une méthode de traitement. Cette conviction profonde, chez un praticien comme M. Morand, nous semble donc une garantie en faveur de sa méthode; mais malgré notre confiance dans son exactitude comme observateur, nous ne pouvons admettre quelques-unes des propositions qui ressortent pour lui de sa pratique.

Dans un premier mémoire qui a été l'objet d'un rapport favorable à l'Académie de Médecine, M. Morand expose les faits qui l'ont conduit à considérer la cautérisation de la pituitaire comme le moyen le plus sûr de guérir l'ophthalmie scrofuleuse.

L'auteur entend par là sans doute tous les degrés de l'ophthalmie *sui generis*, qu'on rencontre chez les sujets lymphatiques, et qui tient toujours plus ou moins de l'ophthalmie catarrhale. C'est même à cette dernière qu'on pourrait surtout la rapporter, quand on la considère, ainsi que l'auteur, comme procédant d'une catarrhe chronique de la pituitaire. La coïncidence avec l'ophthalmie scrofuleuse du gonflement de la pituitaire et des parties voisines, notamment de la lèvre supérieure, a conduit M. Morand à attaquer l'ophthalmie par la cautérisation de la muqueuse des fosses nasales. Les succès qu'il rapporte ne peuvent qu'engager à suivre en pareil cas sa méthode, qui nous semble présenter de grands avantages, et mériter une attention particulière.

L'auteur donne, à la suite de ce mémoire, une série d'observations sur lesquelles il se fonde pour conseiller :

1° En cas de cataracte double, d'opérer la plus avancée sans attendre que l'autre soit complète;

2° De tamponner seulement par la narine dans l'épistaxis ; l'efficacité de ce moyen nous paraît dépendre du point de la pituitaire qui est le siége de l'irritation hémorrhagique.

Suivent d'autres préceptes de pratique médicale ou chirurgicale d'une importance différente, suivant la gravité de l'affection à laquelle ils s'appliquent, et qui, s'ils ne nous semblent pas tous devoir être admis sans discussion, témoignent du soin et du talent d'observation de l'auteur. On trouve encore dans ce volume un travail remarquable sur le traitement du croup par la cautérisation du pharynx avec la solution de nitrate d'argent. Un fait bien précieux nous semble ressortir de ce mémoire, c'est l'action à distance de la cautérisation partielle du pharynx, non-seulement sur le reste de son étendue, mais aussi sur le larynx et sur les bronches. C'est seulement sur les tonsilles et sur la muqueuse du pharynx, que M. Morand applique le caustique ; les résultats qu'il a obtenus de cette méthode prouvent, qu'en thèse générale, on doit s'abstenir de cette dangereuse cautérisation de la glotte, qui a nécessité peut-être plus de trachéotomies que le croup lui-même.

Ce mémoire contient une observation de trachéotomie dans la période extrême du croup. L'opération a réussi malgré de fâcheuses complications.

L'auteur ne reconnaît d'action contre le croup qu'à la cautérisation et à la trachéotomie comme ressource extrême. L'expérience a, dit-il, *fait justice* des vomitifs et des dérivatifs dans le croup; les cas dans lesquels ces moyens et le calomel ont réussi, n'étaient pas des croups, suivant lui, mais seulement des laryngitesstriduleuses ou d'autres affections analogues. Quelque déférence que l'on doive au diagnostic d'un médecin éclairé qui exerce sur la terre classique du croup, nous ne pouvons admettre cette conclusion de son travail. Les émétiques et le mercure, aidés en certains cas des sangsues, du sinapisme ou du vésicatoire, ont guéri et guérissent tous les jours à Paris, et probablement en Touraine aussi, des croups bien confirmés. Loin de nous la pensée de rejeter la cautérisation, c'est un moyen de plus, et qui, seul ou associé aux autres, est sans doute précieux ;

mais ne dédaignons pas pour cela des remèdes puissants auxquels on a dû quelquefois un résultat inespéré. En médecine, s'il faut quelquefois admettre de nouveaux dieux, il ne faut jamais brûler les anciens.

A. Le Pileur.

Traité pratique du Magnétisme et du Somnambulisme; par Aubin Gauthier, 1 vol. in-8. de 750 pages. Paris 1845. — Chez Germer-Baillière, libraire-éditeur, rue de l'École-de-Médecine 17.

Le magnétisme animal joue un singulier rôle dans notre société. Situé aux confins de la science et de l'hypothèse, tenant à l'une par certains faits, à l'autre par le vague et l'incertitude il ne peut ni vivre ni mourir. Ni vivre, car il n'a jamais pu se faire donner le baptême académique; ni mourir, car il s'appuie sur des autorités trop respectables et sur des faits trop évidents pour pouvoir être nié et définitivement rayé du cadre des sciences biologiques. Je me garderai bien d'attaquer la question de l'existence ou de la non existence du magnétisme, car du point de vue de la science j'aurais trop à combattre, et du point de vue de l'hypothèse, j'aurais trop à nier. A de plus habiles, le soin de distinguer l'or du clinquant, la réalité de l'apparence, la vérité des théories nuageuses. J'accepterai provisoirement et sous réserve ce qui a été dit, désirant m'occuper plus particulièrement du livre que j'ai sous les yeux.

L'ouvrage de M. Aubin-Gauthier se compose, comme son titre l'indique, de deux traités distincts; l'un sur le magnétisme, le second sur le somnambulisme. Occupons-nous d'abord du premier :

Le traité du magnétisme se divise en trois parties, philosophie, physiologie et thérapeutique; c'est-à-dire qu'il contient la prétendue science sous tous ses aspects. On comprendra facilement que je n'aurai pas à suivre l'auteur dans les mille détails qu'il nous fournit; car, sous ce rapport, il ne fait rien de neuf, sinon de raconter dans un langage tout-à-fait dogmatique les faits et expériences généralement connus. Cependant, on me

permettra de signaler à l'attention un fait particulier qui ne manque pas de singularité, et qui constitue une contradiction au point de vue même du magnétisme. Ce n'est pas, à vrai dire, que nous tenions beaucoup à montrer une contradiction de plus ou de moins, il y en a tant en magnétisme! Mais ce à quoi nous tenons, c'est de mettre au grand jour un moyen miraculeux, à la portée de tout le monde. Je veux parler de l'*ipsomagnétisation*. Et d'abord une question préalable : Qu'est-ce que le magnétisme? M. Gauthier répond : « Le magnétisme est « la communication des forces vitales d'un homme à un autre « homme; » et pour que cette définition ne laisse de doute dans l'esprit de personne, il ajoute immédiatement après, et comme complément naturel de cette définition : « Toute action magné- « tique comporte deux êtres, l'un actif, l'autre passif; le pre- « mier plus fort que le second; celui-ci reçoit, celui-là donne. » page. 3. Depuis Mesmeuer, Delze et leurs plus illustres successeurs, on avait cru que le magnétisme se bornait à cette action de l'homme fort qui donne sur l'homme faible qui reçoit; mais les observateurs modernes ont fait une grande découverte qui donne une terrible entorse à cette définition; cette découverte est celle de *l'ipsomagnétisation*. Ainsi l'homme peut magnétiser son semblable d'une manière directe ou indirecte, il peut magnétiser les végétaux, la terre elle-même, et les animaux; il faut ajouter qu'il peut se magnétiser lui-même. Cette précieuse découverte est due à M. Birot. On se demande tout d'abord, que devient ici la définition du magnétisme. On cherche dans *l'ipsomagnétisation* où est l'être *actif*, où est l'être *passif*, où est celui qui *donne*, où est celui qui *reçoit?* A cela mille réponses. Mais ne nous arrêtons pas à si peu. A quoi sert *l'ipsomagnétisation?* Je dis à quoi sert, car tout procédé non-susceptible d'application pratique devient un objet de simple curiosité. Or M. Aubin-Gauthier nous donne une réponse très-satisfaisante à ce sujet. A la page 439 de son livre, nous trouvons un chapitre intitulé : *Nosologie ipsomagnétique, ou application des procédés aux maladies*. Craignant d'affaiblir la pensée de l'auteur par une narration incomplète, je vais citer ses propres paroles. Ce sera du reste un spécimen de sa doctrine. « Je vais

maintenant indiquer comment, dans plusieurs cas, *l'ipsomagnétisation* est utile : Par exemple, un homme éprouve un embarras gastrique, il respire difficilement, l'appétit est nul ; en cet état, au lieu de prendre divers remèdes, il peut se magnétiser. Si la maladie est récente, elle cédera en une ou plusieurs séances ; si on a laissé s'écouler un mois ou deux, elle sera plus rebelle.

« Placé convenablement, l'homme qui souffre de l'estomac impose sa main (une seule main, ou l'une après l'autre, ou les deux) sur la poitrine, les doigts placés en haut, le talon posé sur le creux de l'estomac et il la descend ainsi très-doucement, de manière que le bout des doigts vienne prendre la place du talon de la main. Au bout de quelque temps il replace sa main au-dessus de l'estomac et la descend jusque sur l'abdomen. S'il continue cette action pendant vingt minutes, une demi-heure, il commence dès le premier jour à se sentir soulagé ; il respire plus à l'aise, et ce premier essai lui sert d'encouragement. S'il persévère pendant huit ou quinze jours, selon l'intensité de la maladie et la négligence qu'il a mise à la prévenir, il voit chaque jour diminuer ses souffrances et cesser ses inquiétudes ; plus il s'en aperçoit, plus il met de confiance dans l'action magnétique, et bientôt son estomac se trouve entièrement dégagé...

« Mais le magnétisme qui a dissipé le malaise de l'estomac porte aussitôt son action sur le bas-ventre, remue et *détache* la bile qui s'y est agglomérée depuis longtemps. La poitrine se soulève alors, il semble qu'un foyer de chaleur vient de s'allumer chez le magnétisé. Stupéfait, incertain, épouvanté même, il s'arrête, essaie de se rendre compte de l'effet qu'il vient d'éprouver. » Lors donc que le malade a fini par se rendre compte de l'effet, mais par une conséquence magnétique (probablement, au moins, l'auteur ne s'expliquant pas à ce sujet), il « *suppose* après un moment de réflexion, qu'il y a un autre germe de maladie qu'il ne soupçonnait pas. » Il continue donc d'agir.

« Aussitôt que la main se place sur l'abdomen, l'action recommence... Des coliques se font sentir, des nausées caractéris-

tiques et des envies de vomir surviennent, la bile se déplace et cherche une issue. »

« Pour aider la nature, il faut changer la disposition de la main ; au lieu de l'imposer à plat sur la poitrine, il est nécessaire de soulever le poignet de façon que la paume de la main soit un peu élevée et que les doigts se trouvent un peu courbés. La magnétisation palmaire se trouve alors remplacée par la magnétisation digitale, et la main, en parcourant à la surface du corps les contours abdominaux, *répètera dans l'intérieur un mouvement furcal* qui détachera la bile et l'entraînera au passage. » Finalement, et sans suivre l'auteur dans tous ses détails, le magnétisme produit l'effet d'un remède *médical* (sic), il détermine une simple évacuation alvine.

Voilà pour l'embarras gastrique ; mais prenons un autre exemple : le sang se porte à la poitrine. La magnétisation digitale suffit pour rétablir la circulation.... « A peine les cinq doigts sont-ils posés sur l'estomac, qu'à l'instant même et avant qu'on ait exécuté le moindre mouvement de descente, il semble qu'*ils s'insinuent* et se *jalonnent dans le mal.* Alors on tourne la main sans changer de place et le plus doucement possible ; mais le *mouvement de rotation se répète* aussitôt dans l'estomac, et fait éprouver un saisissement subit qui imprime au magnétisé un mouvement de terreur proportionné à la grandeur du phénomène qu'il vient de créer. On se rassure bientôt, on recommence; puis ensuite, traînant la main de l'estomac au bas-ventre, on attire le sang au milieu de douleurs sensibles, car c'est un *sillon intérieur* que la *main trace* chaque fois qu'elle passe. Bientôt ce *rateau humain* a détergé les parties malades; *on entend,* on sent se *dissoudre l'obstruction* sous la main; elle descend. Une action vive en accélère encore la résolution, et soit que cette opération ait lieu en une ou plusieurs fois, on ne sent plus d'autre mal qu'une lassitude ou un engourdissement des jambes qui cède à quelques passes réitérées (pag. 442 et 444). »

Je pourrais citer encore d'autres observations analogues; par exemple, celle de cette personne qui avait une douleur rhuma-

tismale à l'épaule gauche; douleur qu'elle eut la maladresse de faire descendre jusqu'*au coude*, au moyen de deux mois de frictions longitudinales; et qu'elle fut obligée de reprendre, à l'aide de son *rateau humain* (vulgairement la main) pour le faire couler jusqu'au bout des doigts. Ce que je viens de dire suffira, j'espère, pour justifier l'épithète de merveilleuse que j'ai donnée à la découverte de M. Birot.

Quelle belle chose, en effet, que l'ipsomagnétisation? Vous aviez cru jusqu'à présent, ami lecteur, que l'émétique était souvent nécessaire pour guérir l'embarras gastrique, et jamais il ne vous était venu à l'idée, pauvre hère, que vous pouviez « enlever le mal *avec votre main* (pag. 431). » Il est vrai que vous ne vous doutiez pas d'une grandissime vérité, celle de la possibilité de remuer la bile *au rateau*, de la détacher et de lui faire suivre sa voie; vous ne saviez pas que l'on pouvait insinuer ses doigts dans.... le mal et les y jalonner (avant le mouvement de descente, toutefois); vous ignoriez qu'un mouvement de rotation fait sur la peau ou à distance, pouvait se répéter à l'intérieur et entraîner tout ce qu'on veut, bile, sang, etc., *ad libitum*; vous n'auriez jamais imaginé ce joli mouvement furcal, et cette faculté magnétique d'entendre se dissoudre une obstruction, et tant d'autres merveilles que je suis obligé de passer sous silence.

Le Traité du somnambulisme qui vient ensuite ne doit pas nous arrêter, parce qu'il ne présente rien de bien nouveau. Cependant, je ne peux pas passer tout-à-fait sous silence une sorte d'invocation adressée, sous le titre d'*avis*, au médecin, au magnétiseur, à l'homme du monde, à l'incrédule, à l'impie, et au prêtre. Après avoir, d'un ton biblique, promis monts et merveilles à chacun d'eux en particulier, il les congédie en leur donnant sa bénédiction. Du reste, écoutons : « Jamais médecin pratiquant son art n'aurait pensé à Jésus-Christ! Mais vous (l'auteur parle au magnétiseur), forcé de reporter vos yeux et votre esprit vers l'antiquité, et admirant les cures incomparables dues à la vertu divine du corps de Jésus, vous en avez pris quelques-unes pour exemple. *Ce que Jésus fit en*

une seconde, vous le faites en un jour, en un mois, en une année. Qu'avez-vous donc besoin de paraître plus savant que vous n'êtes, votre part de gloire n'est-elle pas assez belle? (pag. 699). » Oh! en vérité, nous serions volontiers de l'avis de M. Aubin, et nous croirions que la part du magnétiseur serait assez belle, s'il lui était donné d'accomplir ce que M. le prophète Gauthier lui affirme pour le présent et lui promet pour l'avenir. Malheureusement, il existe une petite difficulté, c'est que le somnambulisme n'a produit, jusqu'à ce jour, que des miracles pareils à ceux qu'on peut voir tous les jours, moyennant la bagatelle de 1 fr. 50 centimes, chez M. Philippe, boulevart Bonne-Nouvelle (*Voir* aux affiches de spectacles).

X. B.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

PUBLICATIONS NOUVELLES.

Histoire des sciences de l'organisation, et de leurs progrès comme base de la philosophie; par M. DE BLAINVILLE, membre de l'Académie des sciences, professeur-administrateur au Muséum d'histoire naturelle, professeur à la Faculté des sciences de Paris, etc.; rédigée d'après ses notes et ses leçons faites à la Sorbonne de 1839 à 1841, avec les développements nécessaires et plusieurs additions; par F.-L.-M. MAUPIED, prêtre, docteur ès-sciences de la Faculté de Paris, avec cette épigraphe :

Philosophia veritatem quærit,
Theologia invenit,
Religio sola possidet.

3 vol. in-8°. Chez Périsses frère, rue du Pot-de-Fer-Saint-Sulpice, 8. — Prix : 18 fr.

Hygiène oculaire, ou Conseils aux personnes dont les yeux sont faibles et d'une grande sensibilité, avec de nouvelles considérations sur les causes de la myopie ou vue basse; par J.-H. Réveillé-Parise, docteur en médecine, chevalier de la Légion-d'Honneur, membre de l'Académie royale de médecine. — 3e édit. 1 vol. in-18, avec cette épigraphe :

Oculus advitam nihil facit, ad vitam beatam nihil magis.

Boerrh.

« L'œil ne fait rien pour la vie, mais pour la vie heureuse il n'est rien au-dessus ! »

Paris, chez Méquignon-Marvis fils, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Clinique médico-chirurgicale du professur Lallemand, publiée sous ses yeux par H. Kaula, son élève particulier. 1 fort volume in-8°, divisé en deux parties. La première partie, contenant les affections vénériennes, les rétrécissements de l'urèthre et les affections de la prostate, vient de paraître. — Prix : 5 fr.

Des Remèdes antisyphilitiques, de leur appréciation et de leur application thérapeutique, mémoire couronné par la Société royale de médecine de Bordeaux; par P.-S. Payan, D. M., chirurgien en chef de l'hôpital civil et militaire d'Aix, etc., etc.

Se vend, à Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine.

De l'Emploi méthodique des eaux minérales dans le traitement rationnel des affections cutanées; par J. Hereau, professeur de pathologie cutanée. 1 vol. in-8°, avec 5 planches. Prix : 2 fr.

A Paris, chez Labé, libraire, 4, place de l'Ecole-de-Médecine.

PARIS. — Imp. de Hauquelin et Bautruche,
Rue de la Harpe, 90.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ETRANGERE.

(Juillet 1845.)

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

COUP D'OEIL SUR L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE, DEPUIS SON ORIGINE JUSQU'A NOS JOURS,

PAR V. RENOUARD, D. M. P.

(Suite et fin du quatrième article.) (1)

Du Méthodisme.

Il y avait environ un siècle et demi que les principes de l'empirisme avaient été proclamés ; et, dans cet intervalle, un grand nombre de médecins célèbres s'étaient efforcés de constituer l'art de guérir conformément à ces principes. Ils avaient recueilli des observations cliniques avec tout le soin dont ils étaient capables, et ils avaient tracé d'après elles des descriptions modèles de chaque espèce de maladie, avec l'indication des remèdes qui avaient produit les effets les plus avantageux. Mais on avait eu beau multiplier ces descriptions modèles ou paradigmes,

(1) Voir le commencement de cet article dans la *Revue* du mois de mai dernier.

il se présentait incessamment dans la pratique des cas différents de ceux qu'on avait observés, lesquels donnaient lieu à la formation de nouveaux théorèmes ; car dans cette doctrine, chaque concours de symptômes non encore décrit par les auteurs, est censé représenter une maladie nouvelle. De cette manière les espèces morbides tendaient à se multiplier indéfiniment, l'on retombait dans le défaut qu'Hippocrate avait reproché aux Cnidiens, défaut qui amène inévitablement la confusion, tant qu'on ne réunit pas les espèces semblables en un groupe commun appelé genre, et les genres analogues en d'autres groupes d'un ordre supérieur ; c'est-à-dire tant qu'on ne remonte pas des généralités secondaires aux généralités plus élevées. Ainsi l'empirisme pur, tel que l'avaient conçu ses fondateurs, était à bout des services qu'il pouvait rendre à la science ; ainsi, après avoir posé les vrais fondements de l'édifice, il se montrait inhabile à le continuer, à le conduire à sa perfection.

Sur ces entrefaites, un homme doué d'une intelligence rare et d'une facilité d'élocution remarquable, mais plus versé dans la lecture des philosophes et des grammairiens que dans la pratique de la médecine, Asclépiade de Bythynie, vint à Rome, dans l'intention d'enseigner la rhétorique. Les grâces de son esprit, ses talents, son adresse lui donnèrent bientôt accès auprès des personnages les plus illustres de la république. Il professa quelque temps l'éloquence avec éclat, et il était déjà en grand crédit comme rhéteur, vers l'an cent cinquantième avant Jésus-Christ ; car Cicéron l'honorait de son intimité. Cependant il abandonna la carrière des lettres, pour embrasser la pratique médicale ; mais ne voulant pas marcher sur les traces de

ses prédécesseurs, il s'ingéra de créer un nouveau système. Imbu de la philosophie d'Épicure, alors fort goûtée de la haute société romaine, il en déduisit une théorie qui joignait au mérite de la nouveauté celui d'être conforme aux idées philosophiques le plus en vogue.

Asclépiade enseignait, conséquemment aux dogmes de Démocrite et d'Épicure, que les principes des corps existent de toute éternité, qu'ils sont incommutables dans leur essence, indivisibles, impalpables et perceptibles à la raison seulement. Ces principes qu'il nommait atômes n'avaient, disait-il, aucune qualité par eux-mêmes, seulement ils étaient doués de figures diverses et animés d'un mouvement perpétuel; si bien que de leurs rencontres fréquentes, de leurs combinaisons fortuites étaient censés résulter toutes les choses sensibles, tous les phénomènes de l'univers. Quand on demandait à ce novateur comment il se fait que les corps soient doués de propriétés et que leurs particules constituantes n'en aient aucune, il répondait que les composés ou les agrégats diffèrent beaucoup de leurs éléments, que l'ordre, le nombre dans lesquels les atômes s'unissaient, la figure, la grandeur des corps qui résultaient de leur agrégation, étaient les seules causes des propriétés qu'on remarque dans ces corps. L'argent en masse, disait-il, est blanc, et réduit en poudre il paraît noir; la corne de chèvre, au contraire, est noire, tandis que sa râpure est blanche.

Passant de la physique générale à la physiologie, Asclépiade affirmait que le corps humain est formé de tissus perméables dans tous les sens, c'est-à-dire percés de trous invisibles qu'il nommait pores, à travers lesquels passent et repassent continuellement des atômes de figure et de vo-

lume divers. Il prétendait expliquer toutes les fonctions physiologiques et pathologiques, les sécrétions, la sensibilité, la douleur, etc., par le mouvement spontané des atômes et leur passage continuel à travers les pores du corps. La santé dépendait, à l'entendre, de l'exacte symétrie des pores avec les molécules atomistiques. Du reste, il repoussait avec dérision l'hypothèse d'un principe moteur de l'économie animale, doué d'instinct, veillant à la conservation des parties et de l'ensemble. Il se moquait de la théorie d'Hippocrate sur la coction, les crises et les jours critiques, n'attendait aucun bénéfice des efforts de la nature, et ne mettait sa confiance, pour la guérison des malades, que dans l'habileté du médecin. Il appelait la thérapeutique circonspecte du vieillard de Cos, une méditation sur la mort.

Si les explications physiologiques d'Asclépiade étaient peu capables de faire illusion aux esprits sérieux et surtout aux médecins habitués à observer la marche des maladies, ses maximes de thérapeutique étaient éminemment propres à lui concilier la confiance des malades. Il ne se proposait pas d'autre but dans ses traitements que d'agrandir les pores, quand ils étaient trop resserrés par suite de la constriction des tissus, ou de les rapetisser quand ils étaient trop ouverts. Pour atteindre ce but, il disait qu'on ne doit employer que des moyens sûrs, prompts et agréables. En conséquence, il rejetait tous les remèdes violents, tels que les vomitifs, les drastiques, les incisions, le cautère. Il usait rarement de la saignée et ne tolérait qu'un petit nombre d'opérations chirurgicales. Ses remèdes favoris étaient tirés généralement de l'hygiène; c'étaient la promenade et autres exercices du corps; la gestation à cheval, en li-

tière, en bateau ; les frictions, qu'on exécutait par divers procédés ; le vin qu'il donnait souvent, soit pur, soit mêlé à d'autres préparations, etc.

Sans contredit, ces moyens sont utiles dans beaucoup de cas. Employés à propos et concurremment avec d'autres, ils rendent de grands services, surtout dans les affections chroniques et dans les convalescences. Mais borner les secours de la médecine à leur seul usage ; mais se priver volontairement d'une foule d'autres ressources plus puissantes, c'est se montrer plus empressé de plaire à ses malades, de capter leurs bonnes grâces, que désireux de leur rendre la santé. Aussi Asclépiade, visant plutôt à un succès de circonstance qu'à une gloire solide, n'obtint, malgré tous ses talents, qu'une célébrité éphémère.

Thémison de Laodicée, disciple d'Asclépiade, fut conduit par les idées de son maître à jeter les vrais fondements du méthodisme. Après avoir divisé, comme lui, toutes les maladies en deux grandes classes, sous le titre d'affections aiguës et d'affections chroniques, il partagea chaque classe en trois genres, savoir le genre constrictif ou resserré, le fluxionnaire ou relâché, et le mixte. Il basa ensuite la distinction de ses genres, non sur les qualités occultes des dogmatiques, ni sur la considération non moins hypothétique de l'état des pores, mais sur des caractères sensibles tirés de l'observation médicale. Il appelait ces caractères, tantôt communautés, parce qu'ils étaient communs aux maladies d'un même genre ; tantôt convenances, parce qu'ils indiquaient certains rapports de similitude ou de convenance entre les maladies.

Les communautés du genre constrictif sont l'enflure, la tension, la dureté des parties, la suppression partielle ou

complète de quelque évacuation naturelle, tous les signes, en un mot, qui annoncent le resserrement des tissus. Les communautés du genre relâché sont la mollesse des tissus, l'amoindrissement du volume du corps entier ou de quelqu'une de ses parties, l'accroissement des évacuations ordinaires ou l'apparition de quelque évacuation anormale. Enfin les communautés du genre mixte consistent dans un mélange, une coincidence des signes qui indiquent la constriction et de ceux qui annoncent le relâchement.

Thémison avait atteint un âge avancé, lorsqu'il mit au jour son plan de réforme, et l'on ignore jusqu'à quel degré de perfection il le conduisit. On sait seulement que Thessale de Tralles et Soranus d'Ephèse y firent des changements et des additions; mais il est impossible de dire au juste quelle est la part de chacun de ces auteurs dans la création du système des méthodistes; attendu que tous leurs ouvrages ont été perdus. Il n'existe des écrits de cette secte que le traité de Cœlius-Aurélianus dont il a été parlé précédemment; et c'est de ce livre que nous avons extrait presque en entier tout ce qui concerne la doctrine du méthodisme.

On rangeait : 1° dans le genre constrictif, entre autres affections aiguës, l'apoplexie, l'esquinancie, la léthargie, les convulsions, l'iléus, la rage, etc., et entre autres affections chroniques, la céphalalgie, les vertiges, l'épilepsie, la manie, la jaunisse, l'aménorrhée, la polysarcie, etc.; 2° Dans le genre relâché, la passion cardiaque, le choléra, l'hématémèse, etc., le flux hémorrhoïdal, etc.,; 3° enfin, le genre mixte dans la péripneumonie, la pleurésie, la colique, la dysenterie, etc.; l'asthme, la paralysie, les catarrhes, la phthisie, etc.

Il y avait beaucoup d'arbitraire, comme on peut le voir, dans ce classement des maladies. Aussi les méthodistes n'étaient-ils pas d'accord entre eux sur la place qu'il fallait assigner à plusieurs d'entre elles ; les uns voulant, par exemple, que l'hydropisie fût du genre constrictif, les autres du genre relâché; les uns faisant l'asthme du genre mixte, les autres du genre fluxionnaire, ainsi de suite. Mais le plus grand reproche qu'on puisse adresser à la classification des méthodistes, c'est de joindre sous une même communauté des maladies très-différentes et d'en séparer d'autres qui ont entre elles beaucoup d'analogie. Quoi qu'il en soit, cet essai d'une classification pathologique fondée sur les caractères évidents des maladies, non sur des causes occultes ou des qualités imaginaires, était un grand progrès.

Il résulte de cette répartition des maladies, qu'il n'y avait pour les méthodistes que deux sortes d'indications thérapeutiques à remplir, relâcher quand il y avait constriction, resserrer quand il y avait flux ou relâchement. Aussi n'admettaient-ils que deux modes de traitement, qu'ils nommaient convenances ou communautés curatives. Tous les agents thérapeutiques étaient compris dans l'une ou l'autre de ces deux convenances. La saignée, par exemple, les ventouses, les cataplasmes émollients, les boissons tièdes et laxatives, les sudorifiques, un air tempéré, le sommeil, l'exercice porté jusqu'à la fatigue, etc., faisaient partie de la communauté des relâchants. L'obscurité, l'air frais, les boissons froides et acidulées, la décoction de coings, le vin rouge pur ou étendu d'eau, le vinaigre, la dissolution d'alun, etc., étaient rangés dans la communauté des astringents.

Quelques méthodistes admettaient une troisième convenance curative, qu'ils nommaient prophylactique. Elle com-

prenait tous les moyens spéciaux usités pour prévenir ou arrêter les effets toxiques des poisons et des venins. Mais les méthodistes purs, comme Aurélianus, rejetaient cette convenance, et ne voulaient pas admettre de remèdes spécifiques, non plus que de maladies spéciales. Ils rayaient de leur matière médicale les purgatifs, les diurétiques, les emménagogues, les anodins, les somnifères, etc., n'exceptant de cette proscription générale que les vomitifs, qu'ils donnaient, non dans le but d'évacuer la bile ou la pituite, comme les dogmatiques et les empiriques, mais afin d'imprimer à l'économie une secousse qui en ouvrît les pores et en changeât la disposition générale.

Dans la marche des maladies, les méthodistes distinguaient trois périodes ou convenances temporaires, la période de l'augment, celle de la stase et celle du déclin. Chacune de ces convenances temporaires réclamait des soins particuliers et devenait la source d'indications curatives.

Enfin on ajoutait une quatrième et dernière convenance, qu'on appelait chirurgicale et qui embrassait toutes les opérations de la chirurgie. Elle consistait à ôter du corps les choses qui y sont étrangères ou contre nature. Cette convenance se subdivise en plusieurs autres, suivant que les choses étrangères ou non naturelles viennent de l'extérieur, comme une épine, une flèche, etc. ; ou qu'elles proviennent du dedans, comme une tumeur, un abcès, une excroissance, un ulcère, un bec-de-lièvre, etc.

Moyennant ces considérations sommaires touchant les symptômes communs des maladies et leurs convenances curatives, les méthodistes croyaient pouvoir se dispenser de toute recherche ultérieure. Ils ne s'enquéraient pas des

causes, soit occasionnelles, soit prochaines; parce que du moment que ces causes avaient produit leur effet, c'est-à-dire du moment que la maladie était formée, c'est celle-ci, disaient-ils, qu'il faut guérir. C'est d'elle-même, de sa nature, de ses caractères, de sa marche, qu'il faut tirer les indications, et non des circonstances antérieures, qui n'ont plus aucune influence. Or, la nature des maladies consistait uniquement, d'après eux, dans les convenances ou les communautés dont nous avons parlé. Ils n'attachaient pas non plus beaucoup de prix à la connaissance du siége précis de la maladie ou de la partie affectée, ni à la considération de l'âge du malade, de ses habitudes, de l'état général des forces, de la saison, du climat. Ils prétendaient que ces détails étaient superflus et n'apportaient aucune modification notable au traitement. Car, selon leur système, une affection du genre constrictif, telle qu'une tumeur inflammatoire, par exemple, réclamait constamment le même genre de secours, sur quelque partie qu'elle fût située, quels que fussent l'âge et les forces du malade, la saison, le climat. Si parfois ils faisaient attention à la partie spécialement affectée, c'était afin d'appliquer les topiques indiqués plus exactement sur le siége de la maladie.

Les Empiriques, voulant se garantir des erreurs dans lesquelles la recherche des causes prochaines, des premiers principes et des éléments avait entraîné leurs prédécesseurs les dogmatiques, n'avaient rien imaginé de mieux que de bannir de la science toutes ces généralités transcendantes; et afin de se tenir le plus près possible de la vérité phénoménale ou de l'observation, ils avaient formé autant d'espèces morbides qu'ils avaient rencontré de concours différents de symptômes. Il en était résulté à la longue une

telle multitude d'espèces qu'il devenait extrêmement difficile de s'y reconnaître, d'autant plus que beaucoup d'entre elles n'étaient séparées les unes des autres que par des nuances légères. Pour obvier à cet embarras, il fallait, comme nous l'avons déjà dit, réunir ensemble toutes les espèces analogues et en composer des genres, qui étant peu nombreux, et distingués par des caractères très-tranchés, auraient été facilement reconnus. De la connaissance du genre, l'esprit aurait pu descendre aisément à la détermination de l'espèce. C'est ainsi que la méthode philosophique sert de levier à la faiblesse de notre entendement.

Mais les méthodistes méconnurent le véritable usage des groupes du second ordre, c'est-à-dire des genres qu'ils avaient établis. Au lieu de s'en servir pour arriver plus commodément à la détermination des espèces, ils rejetèrent celles-ci, comme inutiles, et voulurent s'en tenir à leurs convenances générales : en sorte qu'ils traitaient par les mêmes moyens la manie, la jaunisse, l'aménorrhée, etc., affections chroniques du genre contrisctif; tandis que, d'un autre côté, la péripneumonie, la colique, la dysenterie, etc., affections aiguës du genre mixte réclamaient le même traitement. Ils n'avaient égard ni à la tendance naturelle des forces vitales, ni à la coction, ni aux crises, ni à une foule d'autres circonstances essentielles que nous avons énumérées tout à l'heure. Enfin ils faisaient encore moins de cas de l'anatomie et de la physiologie que les Empiriques.

Leur désir de simplifier la pratique de la médecine était si grand qu'ils soumettaient tous leurs malades à un régime uniforme. Ils les faisaient tous jeûner pendant les deux ou trois premiers jours. Ensuite ils leur accordaient quel-

que petite chose, pendant le second ternaire ; enfin ils augmentaient progressivement la quantité de la nourriture, à chaque période de trois jours. Leur manie d'*uniformisation* ne se révèle nulle part d'une manière si évidente que dans le mode de traitement appelé cercle métasyncritique ou tout simplement métasyncrise, dont ils faisaient usage contre les affections très-opiniâtres, après avoir épuisé les moyens ordinaires. Voici la description de ce fameux cercle métasyncritique telle que la donne Cœlius Aurélianus dans son traité des maladies chroniques (livre I^er^ chap. I) :

« Le premier jour on fera jeûner le malade ; le jour suivant, après qu'il aura été promené en chaise, pendant un petit espace de temps, qu'il se sera oint et même baigné si la douleur le permet, on lui donnera le tiers de la quantité de pain qu'il avait coutume de prendre en état de santé. Il mangera aussi des viandes salées et rôties, apprêtées avec de la moutarde, des olives vertes confites au sel, et autres choses de cette nature ; mais il s'abstiendra du porreau, de l'ail, de l'oignon, et des autres herbages qui remplissent la tête. Pour la boisson on lui donnera du vin, et on continuera de le nourrir de cette manière, deux ou trois jours, s'il peut aisément le supporter ; sinon on joindra à ces viandes salées de la cervelle ou des poissons dont on a parlé. Après cela on ajoutera le second tiers du pain qu'on avait retranché, et on donnera au malade des herbages, de la cervelle et du poisson, continuant à le conduire de cette manière pendant trois ou quatre jours. Enfin on achèvera de donner le reste du pain supprimé et l'on passera de la nourriture moyenne à celle que fournit la

volaille. On continuera celle-ci autant que la précédente, finissant par la chair de porc.

« Si l'on veut changer plus souvent, on peut partager le pain en quatre parties, afin qu'on puisse en ajouter une à chaque fois que l'on changera de viande, c'est-à-dire qu'on donnerait une partie lors de la nourriture moyenne, une autre avec la volaille, une troisième avec le gibier, et la quatrième quand on viendrait à la chair de porc. Mais afin que le malade ne s'ennuie pas de manger pendant plusieurs jours d'une même sorte de viande, il faudra varier autant que possible chaque genre de nourriture. Le premier jour, par exemple, où il usera du salé, il fera un repas avec de la sardine et un autre avec du petit thon. Lorsqu'il en sera à la nourriture moyenne, qui se compose de volaille, il prendra tantôt des grives, tantôt des bec-figues, tantôt des ortolans ou des pigeonneaux; ainsi du reste. On donnera aussi quelquefois des pommes en petite quantité, afin qu'elles n'enflent pas. Dans le temps qu'on mangera de la chair de porc, on y joindra des herbes, ayant soin d'ailleurs de n'excéder en rien, soit pour la quantité, soit pour la qualité. On fera attention le premier jour qu'on passera d'une nourriture à une autre, de ne boire que de l'eau et de s'oindre; mais les jours suivants, on pourra boire du vin et se baigner. Il ne faut pourtant pas se baigner chaque jour, parce que le bain trop fréquent peut renouveler le mal de tête. L'on doit aussi augmenter et diminuer tour à tour le mouvement du corps. »

« Cette première partie du cercle métasyncritique étant achevée, on viendra à la seconde, dans laquelle on ne s'attachera qu'à faire vomir le malade; et pendant cet intervalle, la nourriture tirée des choses âcres et salées sera

supprimée. Le premier jour, le malade, après s'être un peu promené, tâchera de se faire vomir avec des racines de raifort, ou avec d'autres médicaments si les raiforts manquent. Voici de quelle manière cela se pratique. On prend l'écorce des racines de raifort, au poids d'une livre, et l'ayant coupée fort menu, on la fait tremper dans de l'eau miellée, qu'on appelle hydromel, à laquelle on ajoute un peu de vinaigre simple ou de vinaigre scillitique. Cette écorce étant ainsi préparée, on la mange toute, un peu avant l'heure du repas, et l'on boit à petits coups toute la liqueur où elle a infusé. Après quoi, l'on se promène doucement; puis on se repose, lorsque des rapports âcres et chauds commencent à se faire sentir, ce qui arrive environ au bout d'une heure. Alors on prend deux verres d'eau tiède, pas davantage, de peur d'énerver le médicament, et mettant les doigts dans la bouche on s'excite à vomir. On continue ainsi jusqu'à ce que l'on ait rendu tout ce qu'on avait pris. Ensuite l'on boit une bien plus grande quantité d'eau, pour laver l'estomac, et pour éteindre les restes du feu que le raifort y avait allumé. Sur cela, l'on s'excite de rechef à vomir; puis on recommence à boire de l'eau, réitérant la même chose trois ou quatre fois consécutives, jusqu'à ce que l'eau sorte de l'estomac aussi claire qu'elle y est entrée. »

« Le vomissement étant fini, on se fait fomenter la tête, et l'on se rince la bouche avec de l'eau chaude. Quelque temps après on se promène doucement pour remettre la tête de l'agitation et du trouble que lui avaient causés les secousses du vomissement; à moins qu'on n'aime mieux se faire oindre et frotter avec les mains, en commençant par le haut et finissant par le bas, ce qui produit le même

effet que la promenade, et procure à tout le corps une transpiration aisée et égale. Après cela on boit deux verres d'eau chaude et l'on se met au lit, où l'on se tient dans un grand repos de corps et d'esprit, sans manger ni boire de quelque temps, et même sans dormir, jusqu'à ce que l'agitation causée par le remède soit calmée. Si l'on se laissait aller au sommeil pendant l'agitation qui remplit et resserre la tête, le propre du sommeil étant de provoquer la constriction, on ferait tout le contraire de ce qu'on se proposait. Il faut aussi s'abstenir de manger, de peur que la viande ne se corrompe, par la chaleur et l'irritation qui restent dans l'estomac à la suite du vomissement, outre de petits débris de raifort, qui s'y arrêtent quelquefois et qui étant mêlés à la nourriture la corrompraient, ce qui donne naissance à des vapeurs qui s'élèvent vers la tête et accroissent le mal au lieu de le diminuer. »

« Le jour suivant, on se baignera, on se nourrira de viandes du moyen ordre, et au bout de deux ou trois jours on achèvera les autres parties du cercle commencé... Si l'on voit que le malade se trouve sensiblement mieux, et qu'il ait des intervalles d'un calme parfait, après lui avoir fait repasser le cercle résomptif, on reviendra au vomissement, en y joignant la drimyphagie ou l'usage des aliments salés. Enfin l'on achèvera hardiment le reste du cercle métasyncritique. »

Je termine là cette citation, déjà fort longue, quoique je n'aie pas encore atteint la moitié du cercle métasyncritique ; ceux qui désireront le parcourir en entier peuvent consulter l'original ou bien l'*Histoire de la Médecine*, de Daniel Leclerc (2e partie, liv. IV, sect. I, chap. XI.) Ce que j'en ai rapporté suffit pour convaincre le lecteur que cette

série d'épreuves un peu rudes, par lesquelles on faisait passer le patient, n'était au fond qu'une méthode perturbatrice régularisée.

Les fondateurs du méthodisme méconnurent, avons-nous dit, le véritable usage des généralités qu'ils avaient établies. Au lieu de les regarder comme un progrès, un perfectionnement de l'empirisme, un moyen de retenir les détails nombreux et précis fournis par celui-ci, ils rejetèrent ces détails : ils ne considérèrent pas chaque genre comme une collection d'espèces qu'il importe de distinguer, mais ils crurent que la connaissance du genre dispensait de la distinction des espèces. Ils ignoraient que plus une idée est générale, plus elle s'éloigne de la vérité objective, de la réalité phénoménale : et comment ne l'auraient-ils pas ignoré, quand le plus grand métaphysicien de l'antiquité, Aristote, avait dit que les premières idées qui se forment dans notre entendement, par l'intermédiaire des sensations, sont des idées très-générales; tandis qu'il a été démontré deux mille ans plus tard que nos premières idées sont des idées particulières, se rapportant toujours à des objets individuels?

La doctrine méthodique abrégeait singulièrement l'étude de la médecine; à tel point qu'un des coryphées de cette doctrine, Thessale de Tralles, a pu dire, sans trop d'exagération, qu'il se faisait fort d'enseigner toute la science médicale en six mois. Il est vrai qu'en inculquant seulement dans l'esprit de ses adeptes quelques notions superficielles sur les caractères généraux des maladies et sur les vertus des médicaments, il les mettait à même d'exercer l'art de guérir, sans scrupule, mais non sans de fréquentes bévues. Malheur aux imprudents qui commettaient leur santé aux

mains de ces artistes improvisés! Car ceux-ci ne sachant pas discerner les nuances délicates qui séparent beaucoup d'espèces morbides, laissaient échapper une foule d'indications précieuses, et prolongeaient les souffrances de leurs malades ou les envoyaient dans l'autre monde, sans à douter aucunement qu'il y eût de leur faute.

Le méthodisme fit des progrès rapides dès son apparition dans le public médical. Il avait d'abord pour lui la tourbe nombreuse des néophytes pressés de finir leur apprentissage, afin de tirer promptement parti de leur savoir. En second lieu, il satisfaisait un penchant naturel de l'esprit humain, l'amour des généralisations, et un besoin particulier de l'époque, que l'empirisme n'avait pas su remplir. Enfin il se posait entre le dogmatisme et l'empirisme, comme un médiateur qui réunissait les avantages des deux doctrines sans avoir aucun de leurs inconvénients. Le méthodiste disait aux dogmatiques : J'adopte, comme vous, les vérités rationnelles; seulement je les déduis de phénomènes sensibles, non de circonstances qui ne sont point susceptibles de tomber sous les sens.

Il disait aux empiriques : Je prends comme vous l'observation pour guide; mais je n'embarrasse point l'art d'une multitude confuse de préceptes difficiles à retenir, plus difficiles encore à mettre en pratique. Je déduis de l'expérience un petit nombre de règles, basées sur des signes évidents.

Voilà, sans contredit, un beau programme, comme le sont tous les programmes des faiseurs de systèmes; mais nous savons à quoi nous en tenir sur la manière dont il a été rempli. Galien ne fut pas dupe de cette argumentation. Il démêla les sophismes des méthodistes; démontra l'insuf-

fisance de leur doctrine et les dangers de leur pratique; il les accabla eux-mêmes des traits de sa verve satirique, les appelant les ânes de Thessale, par allusion au défaut d'instruction littéraire et médicale d'un grand nombre d'entre eux.

Ecclectisme.

Si l'on jette un coup-d'œil rétrospectif sur les systèmes que nous avons exposés, on reconnaîtra qu'il se rencontre dans tous des vérités utiles, que la raison et l'expérience de tous les siècles confirment, et que tous sont entachés de quelque exagération ou de quelque erreur.

Le premier de tous et le plus ancien, le dogmatisme, appelle spécialement notre attention sur les mouvements spontanés de l'économie animale, tant à l'état de santé qu'à l'état de maladie; il peint admirablement le consensus des forces vitales, les sympathies de l'organisme et ses efforts naturels, pour repousser les influences délétères du dehors et du dedans. C'est en effet un des traits les plus caractéristiques et les plus frappants des phénomènes de la vie, que leur tendance vers un but qu'on dirait prémédité, la conservation de l'individu pendant un espace borné de temps. Cette tendance presque providentielle se manifeste surtout dans certaines affections aiguës, et les premiers hommes qui étudièrent la marche de ces affections s'appliquèrent avec une louable persévérance à découvrir les lois qui régissent le principe vital ou les forces organiques dans chaque maladie. C'était là le beau côté du dogmatisme, celui qui a résisté aux caprices de l'opinion et au progrès des lumières.

Mais en dehors des forces organiques, il existe d'autres forces qui modifient l'action des premières, la troublent quelquefois ou même la masquent, l'anéantissent. Ces dernières, qu'on nomme forces inorganiques ou physico-chimiques, agissent tantôt d'une manière patente, comme lorsqu'un homme est tué ou blessé par un agent mécanique, ou par un poison violent; tantôt d'une manière latente, comme lorsqu'il se développe dans le corps humain une maladie chronique par l'influence du régime, de l'air ou de quelque autre chose pareille. Les dogmatiques divisèrent les forces étrangères à l'économie animale en quatre espèces : le chaud, le froid, le sec et l'humide, qui correspondent aux quatre formes générales de la matière admises par les physiciens de leur temps, le feu, l'air, la terre et l'eau. Ensuite, pour plus d'uniformité ou d'harmonie, ils supposèrent dans le corps vivant la présence continuelle de quatre humeurs : le sang, la bile, l'atrabile, la pituite, caractérisées chacune par la prédominance d'une des qualités élémentaires. Or, cette classification des qualités élémentaires ou des forces inorganiques, leur analogie présumée avec les humeurs du corps, leur mode d'action sur l'économie, tout cela était fondé sur des hypothèses ou sur des préjugés; tout cela était imaginaire. Cependant les causes des maladies étant toutes censées consister dans l'excès de quelqu'une de ces qualités ou de ces humeurs, l'on dirigeait le traitement contre ces prétendues causes. C'était là le côté faible du dogmatisme, ce fut par là que ses adversaires l'attaquèrent.

Les empiriques objectèrent avec raison que des causes occultes et inaccessibles aux sens ne pouvaient devenir la base d'un traitement rationnel; ils dirent que, pour nous, la nature des maladies réside dans l'ensemble de leurs

phénomènes appréciables, ou, en d'autres termes, dans le concours de leurs symptômes. Ils affirmèrent qu'il n'y avait aucun rapport constant d'antagonisme ou de similitude entre une maladie et le remède qui la guérit. Les méthodistes ajoutèrent un perfectionnement remarquable à l'empirisme, en formant des groupes secondaires, destinés à réunir d'après certaines convenances les groupes primitifs ou les espèces des empiriques. Je ne récapitulerai pas ici les défauts de ces derniers systèmes, parce qu'ils doivent être encore présents à la mémoire du lecteur. J'ai assez bien prouvé, je présume, ce que j'avançais au commencement de ce chapitre, qu'il n'est aucun des trois grands systèmes de médecine, ayant eu cours durant cette période historique, dans lequel on ne trouve d'excellentes choses mêlées à des défectuosités, à des erreurs.

Beaucoup de médecins de l'antiquité pensaient cela comme nous : ils comprenaient vaguement que la vérité ne se trouvait dans aucun de ces systèmes; mais il leur était impossible de dire avec précision comme nous l'avons fait, ce qu'il y avait de bon et de mauvais dans chacun; car on ne connaissait pas encore les principes philosophiques qui nous ont guidé dans notre choix. Ces médecins n'ayant pu établir aucune règle générale qui servît de base à leurs jugements, ils décidaient chaque question particulière, d'après leur goût, leur fantaisie, ou leur raison. Ils se nommaient ecclectiques ou épisynthétiques, pour donner à entendre qu'ils n'adoptaient aucun système exclusivement, mais qu'ils prenaient de chacun ce qu'il y avait de meilleur.

Les ecclectiques ne formaient point une secte, puisqu'ils n'avaient aucun dogme précis de théorie ou de pratique

qui leur fût commun à tous et qui n'appartînt qu'à eux. Ils prétendaient ne suivre en toute conjoncture que les lumières de la raison et de l'expérience ; mais c'est là un lieu commun que toutes les sectes invoquent et qui n'en distingue aucune particulièrement. L'état habituel d'un ecclectique était le doute, l'incertitude, et l'on aurait pu le confondre avec un pyrrhonien au premier abord ; mais en y réfléchissant, on trouve que le doute de ce dernier était absolu, universel, parce qu'il découlait d'un principe ; tandis que le doute de l'ecclectique n'avait aucune racine, n'était qu'un pur tâtonnement.

L'ecclectisme en médecine, c'est l'absence de tout principe fixe, ou, comme je le disais dans mon introduction, c'est l'autocratisme individuel érigé en dogme. Beaucoup de praticiens étaient ou se disaient ecclectiques, pour éviter les discussions de principes auxquels ils se sentaient généralement peu enclins et peu aptes. D'ailleurs avec cette doctrine ils avaient la plus grande latitude possible, dans chaque occasion particulière, pour suivre le sentiment qui leur paraissait le meilleur. Enfin un ecclectique est un homme dépourvu de conviction profonde, semblable au citoyen, qui, au milieu des dissensions intestines, n'embrasse aucun parti, n'arbore aucune couleur, afin de ne se commettre avec personne ; et qui, peut-être, à cause de son indifférence même, n'est que plus propre à juger avec impartialité les actes et les raisonnements de chaque faction (1).

(1) Ce qu'il y a encore de vague et d'indécis dans l'expression de notre pensée concernant les anciens systèmes de médecine, disparaîtra complétement, lorsque nous exposerons les systèmes modernes qui en dérivent : parcequ'alors on connaîtra mieux la véritable génération des idées, et le mode de formation des sciences physiques.

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

MÉMOIRE

Sur les phénomènes physiologiques qu'on observe en s'élevant à une certaine hauteur dans les Alpes : présenté à l'académie des sciences, par A. LE PILEUR, D. M. (1).

(Suite et fin).

Les causes sous l'influence desquelles se présentent les phénomènes que nous venons de décrire sont évidemment complexes, et dans leur appréciation il faut tenir compte d'une foule de circonstances accessoires qui contribuent à les rendre plus ou moins actives. Ainsi la privation de sommeil pendant une ou deux nuits produit chez tout le monde une congestion vers la tête, une somnolence qui souvent devient irrésistible; en même temps le goût s'émousse, la langue devient blanche, la bouche pâteuse, l'appétit fait place au dégoût des aliments, enfin un commencement d'état fébrile se manifeste. La marche et un exercice musculaire violent ne peuvent qu'augmenter et que hâter ces effets, en rendant le sommeil plus nécessaire.

Une autre cause vient aussi ajouter son influence à celle de la raréfaction de l'air, c'est l'abus des alcooliques. Souvent les guides s'enivrent la nuit qui précède le départ, et recommencent après la première journée de marche. Quelquefois il est arrivé à des voyageurs de manquer eux-mêmes aux lois de la tempérance; et l'on conçoit facile-

(1) Voir le commencement de ce mémoire dans les cahiers de mai et de juin de la *Revue*.

ment qu'en pareil cas on voie se présenter dès la hauteur de 3,046 mètres, ou même plus bas encore, le mal de tête, les nausées, les vomissements, la soif ardente, phénomènes qu'on observe à la suite de l'ivresse comme sous l'influence d'un air rare, et qui, dans des conditions de sobriété, sont rarement aussi marqués à 4,800 mètres.

Mais, en déduisant ce qui, dans le mal de montagnes, peut tenir aux causes prédisposantes, il reste à expliquer les phénomènes dus évidemment à la raréfaction de l'air.

Bouguer ne cherche pas à expliquer ces effets; il les attribue à la fatigue et non à la difficulté de respirer, sans considérer que la fatigue même, telle qu'on la ressent à cette hauteur, est un effet de la raréfaction de l'air, et de la difficulté de respirer par conséquent.

De Saussure, § 560-561, pense que ces effets doivent être attribués, non à la difficulté de respirer dans un air rare, mais au relâchement des vaisseaux produit par la diminution de la force comprimante de l'air. Après son voyage au Mont-Blanc, § 2021, il dit que la respiration est nécessairement accélérée dans un air plus rare, par la nécessité de donner aux poumons toujours la même quantité d'air dans un temps donné, et il ajoute : c'est cette accélération forcée de la respiration qui est la cause de la fatigue et des angoisses que l'on éprouve à de grandes hauteurs; car, en même temps que la respiration s'accélère, la circulation s'accélère aussi. Plus loin, il ajoute : Le mouvement musculaire produit, dans un air très-rare, une accélération dans la respiration et dans la circulation, d'où résultent des inconvénients insupportables pour certains tempéraments.

Dans un article intitulé : *Influence sur le corps humain*

des ascensions sur les hautes montagnes (*Revue médicale*, décembre 1842), M. Rey, se fondant sur une observation journalière, celle de monter un escalier long et rapide, pense que le mouvement des membres abdominaux pendant l'ascension, mouvement plus pénible et moins habituel que celui de la marche, est la cause principale de cette lassitude particulière qui force à des haltes fréquentes.

Enfin M. Brachet (*Revue médicale*, novembre 1844), en examinant les causes de la lassitude et de l'anhélation sur les hautes montagnes, remarque qu'en Amérique et en Asie, comme en Europe, les effets de la raréfaction de l'air ne commencent à se manifester qu'à la hauteur des neiges perpétuelles, bien que leur niveau diffère considérablement de hauteur, suivant les climats. Abordant ensuite les effets physiologiques de la raréfaction, il explique ainsi l'anhélation et la lassitude causées par le mouvement. Pendant le mouvement, les muscles en contraction désoxygènent plus le sang qui les traverse que pendant le repos : de là, accélération de la respiration par le mouvement, surtout dans un air raréfié; puis, cessation de l'anhélation, quand, pendant le repos, le sang laisse moins de son oxygène dans les muscles et en demande moins aux poumons.

D'autre part, les muscles ne peuvent se contracter que sous l'influence du sang artériel; quand le sang qui leur arrive est veineux, ils sont frappés d'une paralysie plus ou moins complète : de là l'impossibilité du mouvement lorsque, sur les hautes montagnes, les muscles locomoteurs qui consomment une grande quantité d'oxygène ne reçoivent plus, au bout d'un certain temps, qu'un sang peu oxygéné, qu'un sang presque veineux.

Les phénomènes relatifs à l'hématose, présentés par M. Brachet comme cause unique de l'anhélation et de la lassitude sur les hautes montagnes, ne nous semblent pas être seuls à déterminer ces résultats.

Sans vouloir contester la part que peut y avoir la cause signalée par le savant physiologiste que nous citons, nous pensons qu'il accorde à cette cause une action trop exclusive. Peut-être aussi a-t-on fait trop de différence entre cette lassitude locale produite par quelques mouvements dans l'air raréfié et celle qu'amènent des mouvements semblables, mais plus prolongés, dans un air plus dense.

Un autre point important à signaler, c'est que, lorsqu'on s'arrête en gravissant les hautes montagnes, comme par exemple près de la cime du Mont-Blanc, chez quelques personnes l'anhélation, plus que la fatigue, détermine la halte; d'autres, au contraire, s'arrêtent moins par essoufflement et parce qu'elles se sentent perdre haleine que parce que les jambes faiblissent, et qu'on tomberait si l'on voulait aller plus loin. Presque toujours l'anhélation vous permettrait encore quelques pas, mais les jambes défaillent.

Cette fatigue locale se produit de même chez le jeune homme qui prend une leçon d'escrime, chez l'aide qui comprime un vaisseau pendant une opération ou pratique l'extension pendant un long pansement de fracture. Quoique respirant assez librement, ils sentent bientôt dans les muscles contractés une fatigue douloureuse, et leurs doigts refuseraient complétement le service, s'ils ne leur rendaient leur force en les mettant dans le relâchement, ou seulement en diminuant leur effort pendant quelques

secondes. Les mêmes effets ont lieu dans les montagnes, plus rapidement, il est vrai ; mais, comme nous le verrons bientôt, on se fait graduellement à l'air raréfié, au point de n'en plus ressentir l'influence. Si elle tenait seulement à l'excitation plus ou moins complète des muscles par un sang plus ou moins artériel, cette fatigue serait-elle accompagnée des douleurs de la courbature, et tendrait elle à s'effacer ainsi par l'habitude en si peu de temps?

Nous serions tentés de considérer cette fatigue douloureuse comme résultant principalement de la congestion sanguine qui a lieu dans les muscles pendant leur action en proportion de leurs efforts, et l'ensemble des phénomènes dus à la raréfaction de l'air nous semble s'accorder assez avec cette idée. Plus la circulation est active, plus les organes sont facilement congestionnés. Or le pouls, sans perdre de force, augmente notablement de vitesse quand on s'élève dans les montagnes, et la disposition aux congestions dans ce même cas est surabondamment démontrée par les faits que nous avons cités. Cependant, quand on reste immobile ou qu'on ne fait que des efforts médiocres, l'équilibre se maintient chez les individus bien constitués et sans mauvaises prédispositions ; mais, dès qu'on veut agir, les membres contractés deviennent le siége d'une congestion d'autant plus rapide que la vitesse de la circulation augmente encore. Par le repos, l'équilibre se rétablit promptement. Il est à remarquer du reste que, dans l'air raréfié des montagnes comme dans les régions peu élevées, les hommes dont les muscles sont le plus exercés ressentent moins vite cette fatigue locale, toutes choses égales d'ailleurs.

Mais l'anhélation et la fatigue se rattachent d'une ma-

nière inséparable à quelques-uns des phénomènes dont l'ensemble constitue le mal de montagnes. Cette disposition au mal de cœur, cette perte d'appétit, cette défaillance imminente lorsque le tronc et la tête cessent d'être inclinés en avant, ou même chez quelques individus lorsque le corps est dans la station, cette céphalalgie, quelquefois violente pendant la marche, cédant au repos, éprouvée par beaucoup de voyageurs, et qui fit craindre à Moorcroft une apoplexie, le saignement des gencives observé par M. de Humboldt, tout cela semble indiquer des causes complexes qui n'agissent pas également chez tous les individus, et parmi lesquelles la congestion sanguine joue un grand rôle.

Dans l'effort, il y a stase du sang dans les capillaires et congestion vers le cerveau, les poumons et les muscles. Lorsqu'on fait une suite d'efforts presque non interrompus, comme par exemple lorsqu'on se livre à une gymnastique violente pendant six ou huit minutes, ou qu'on monte un escalier, une pente rapide en courant, le même effet se produit ; et, pour peu que les efforts continuent, la vue se trouble, le vertige survient, une fatigue douloureuse se fait sentir dans les membres, et les forces musculaires font défaut. Mais, si l'on s'arrête pour reprendre haleine avant que les effets de la congestion cérébrale et pulmonaire soient arrivés à ce point, le sang reflue alors vers le cœur, le visage pâlit, et une sensation bien marquée de défaillance se manifeste ; quelquefois même la syncope survient quand on n'a pas la précaution de se mettre immédiatement dans la position horizontale.

Ces phénomènes généraux, que tout le monde a pu observer, ne sont pas dus seulement à l'excitation des mus-

cles par le sang artériel ou à leur paralysie par le sang veineux, mais aussi à l'excitation du cerveau par la présence de ce liquide, dont l'afflux trop considérable comprime les forces sensitives et motrices, comme son reflux trop rapide les laisse dans un état de collapsus.

Si maintenant on considère les phénomènes observés sur l'organisme à de grandes hauteurs, on retrouve exactement la même marche et les mêmes signes. Seulement la raréfaction de l'air, en rendant la respiration plus fréquente et l'anhélation plus rapide, hâte nécessairement le reste des effets ordinaires de l'effort. Mais on ne peut méconnaître ces effets dans le mal de tête, les battements dans les carotides, la sensation d'impuissance à faire un mouvement de plus, bien différente de celle de la faiblesse, enfin dans la pose instinctive du corps penché en avant ainsi que la tête, et dans la syncope imminente, lorsque la tête étant levée le sang reflue plus facilement vers le cœur. On comprend qu'une légère différence d'organisation rende tel ou tel de ces phénomènes plus tranché, plus prompt à se manifester chez tel individu. Ainsi M. Martins souffrait surtout de l'estomac et du cœur, il éprouvait des palpitations violentes, des battements continuels dans les carotides, et par suite l'étouffement *sui generis* qui résulte des mouvements trop violents et désordonnés du cœur. Ce fut là ce qui l'obligea à s'arrêter en descendant. Chez moi, la fatigue locale et l'anhélation étaient les symptômes principaux en montant. M. Bravais ne ressentit aucun malaise. J'ai dit que de Saussure n'éprouvait le plus grand malaise qu'après huit ou dix secondes de repos, et, chaque fois qu'il s'arrêtait, il était obligé de s'asseoir.

Il est à remarquer que la fréquence individuelle du pouls ne peut rien faire préjuger à cet égard. Un de nos guides, avait, comme on le verra, le pouls très-fréquent, A. Simond était dans le même cas; cependant ils ne furent pas plus incommodés en montant à la cime que Mugnier, dont le pouls était le moins fréquent de tous.

Les petites hémorrhagies observées par Bouguer qui ne les spécifie qu'en les attribuant à ceux dont la poitrine était délicate, n'étaient, suivant toute probabilité, que le saignement des gencives, observé aussi par M. de Humboldt. Cette exhalation sanguine s'explique, aussi bien que l'imminence de l'hémoptysie chez le docteur Clark, et l'épistaxis de M. d'Orbigny, par la congestion, suite de l'effort. Quant au saignement des gencives que La Condamine éprouva pendant son séjour sur le Pichincha, et qu'il dit s'être reproduit chez lui dans des circonstances toutes différentes, peut-être tenait-il aux causes dont nous venons de parler; cependant, eu égard à l'époque où il se manifesta, je serais tenté de l'attribuer au défaut de soins et à l'impossibilité de se nettoyer convenablement la bouche; car rien dans l'état général ne semblait justifier chez La Condamine des accidents hémorrhagiques; et Bouguer, en prenant ce saignement des gencives pour un symptôme de scorbut, était évidemment dans l'erreur. Les gerçures aux lèvres, et l'écoulement du sang par ces parties, viennent évidemment de la sécheresse excessive que l'on observe à ces hauteurs, et de la congestion vers les téguments que détermine au visage la réverbération du soleil par les neiges.

Il en est de même de l'injection de la conjonctive, que l'on prévient ou que l'on atténue beaucoup, ainsi que l'é-

rythème de la face, par l'usage des voiles et des lunettes à verres colorés.

Le malaise de l'estomac, si analogue à celui du mal de mer et à celui que l'on observe dans la migraine, ne nous paraît pas moins difficile à expliquer dans le mal de montagnes. Ne faut-il pas considérer comme contribuant pour beaucoup à ce phénomène et à tous ceux qui lui font cortége la dilatation graduelle des gaz intestinaux sous une pression toujours moindre de l'atmosphère? Ne doit-on pas voir avec M. Maissiat, dans la compression de l'estomac par ces gaz toujours plus dilatés, une des causes de l'atonie de cet organe, de l'anorexie et même des nausées et du vomissement qui surviennent quelquefois. Tout ce que nous avons observé à cet égard nous semble s'accorder avec l'ingénieuse théorie professée par notre savant confrère.

Cependant nous n'avons pas remarqué d'augmentation dans le volume de l'abdomen, ni les coliques et les autres coliques signes qui accompagnent d'ordinaire le dégagement de gaz dans le tube digestif, et sembleraient devoir accompagner aussi leur délatation.

Quoi qu'il en soit, l'apparition sans cause appréciable de ce malaise à un certain niveau, et sa disparition sans laisser de trace quand on descend ou quand on séjourne quelque temps à la hauteur où il s'est manifesté, montrent assez qu'il ne tient pas, comme on l'a dit, à un état de fièvre. La fréquence du pouls et la blancheur de la langue sont les seuls symptômes fébriles que nous ayons observés dans toutes nos courses. Mais le pouls, bien que fréquent, était régulier et sans autres caractères que ceux qu'il prend après un exercice modéré.

Quant à la blancheur de la langue, chacun sait qu'on l'observe toujours à jeun, et nous étions tous à peu près dans cette condition; ceux qui avaient le moins mangé avaient la langue plus blanche. Du reste, pas de courbature, rien de ce malaise *sui generis* qui accompagne toujours la fièvre, et qu'il suffit d'avoir éprouvé une fois pour ne jamais le méconnaître. La soif, quelquefois intense, mais qui chez nous fut très-modérée, s'explique facilement dans une atmosphère où l'évaporation est énorme, au point que les couvercles des boîtes à instruments ne pouvaient plus se fermer, tant le bois avait joué dans l'espace de quelques heures. J'ai déjà dit, en parlant des sécrétions, quelle influence avait sur l'économie cette évaporation rapide et l'abondante perspiration qui en est la conséquence.

On a dit que le mal de montagnes ne se manifeste en général qu'à la limite des neiges perpétuelles, quelle qu'en soit la hauteur absolue. Cette règle n'est applicable qu'aux régions situées en-deçà du 55e ou du 60e degré de latitude, et souffre d'ailleurs de nombreuses exceptions. On peut cependant l'admettre, car elle ressort de la plupart des relations de voyage dans les Andes, l'Himalaya et les Alpes. Le fait qu'elle consacre nous semble s'expliquer facilement, quand on réfléchit que, parallèlement à la limite des neiges perpétuelles, on trouve, dans tous les pays de montagnes, celle de la grande végétation, et par conséquent du séjour de l'homme. Il faut quelque temps pour arriver des pays les moins élevés à cette dernière ligne, où l'on demeure toujours un peu avant d'en partir pour s'élever dans le désert de la montagne. On a donc ainsi le temps de s'habituer graduellement à l'air plus ou moins raréfié qu'on respire à la limite du séjour de l'homme; mais lorsque, partant de cette limite, on parcourt en quelques heures une distance

de 1,200 ou 1,500 mètres en hauteur, la transition est brusque, et l'on arrive à un point où la raréfaction est comparativement trop grande pour que les effets n'en soient pas sensibles. C'est là une des causes auxquelles on doit attribuer le mal de montagnes observé sur certains points des Alpes, qui, bien qu'assez peu élevés, semblent avoir la propriété de faire naître ce malaise plutôt que d'autres. Le Saint-Bernard est un des passages auxquels on a fait cette mauvaise réputation, avec assez de raison. Il faut se rappeler que parmi les voyageurs qui passent le Saint-Bernard, un grand nombre partent le matin des bords du lac de Genève, c'est-à-dire d'une hauteur de 372 mètres, et arrivent le soir à 2491 mètres, franchissant ainsi une distance aussi grande en hauteur que celle qui sépare Chamonix des Grands Mulets.

Cette question amène naturellement celle de l'acclimatement à l'air raréfié.

Des faits incontestables démontrentla possibilité pour l'homme dont les organes se sont faits à l'air raréfié, de vivre sans malaise aucun à une élévation où la plupart de ses fonctions sont troublées quand il y est transporté brusquement.

Il existe dans l'Amérique méridionale des villages à 4,344 mètres, des villes à 4166 mètres au-dessus de la mer. Jacquemont parle même de villages situés beaucoup plus haut encore sur le versant Thibétain de l'Hymalaya; mais, pour ne parler que des localités visitées dans les Cordilières par tant de voyageurs, un grand nombre sont à une hauteur absolue plus considérable de 270 mètres au moins que le Grand-Plateau; cependant la vie organique n'y diffère pas de celle des plaines. Nous tenons de M. Humboldt qu'à la ferme d'Antisana (4101), où il séjourna long-

temps, il ne souffrit en aucune manière de la rareté de l'air, et ce ne fut qu'à plus de 5,600 mètres qu'il s'en ressentit, sur le Chimborazo.

M. d'Orbigny, après avoir peint ses souffrances et celles des gens de sa suite un peu au-dessous du col du Tacora, s'exprime ainsi : « J'eus une preuve bien marquée de ce que peut l'habitude. Tandis que je souffrais ainsi, je voyais deux Indiens, envoyés en courriers, gravir agilement à pied et avec facilité, pour abréger leur route, des points incomparablement plus élevés que ceux où je me trouvais, et sur lesquels des bergers, légers comme les chèvres des Pyrénées, étaient occupés, au milieu des vallées humides, près des neiges perpétuelles, à garder leurs troupeaux de lamas. Ils étaient pourtant à une élévation égale à celle du Mont-Blanc... » Et plus loin, après avoir décrit les effets de la raréfaction de l'air à la Paz : « Les personnes nées dans le pays, dit-il, ne s'en ressentent aucunement. Toutes m'assurèrent qu'on finit par s'y habituer, et j'en acquis personnellement la preuve à mon retour, trois ans plus tard. »

Dans les Alpes, à une hauteur beaucoup moindre, MM. Agassiz et Desor, séjournant à 2,600 mètres depuis plusieurs semaines, faisant des courses fréquentes sur les cols élevés qui les environnaient, purent ensuite, sans éprouver de malaise, atteindre la cime de la Jungfrau. Parfaitement acclimatés à 2,600 mètres, on conçoit qu'ils aient pu s'élever sans souffrir à 16 ou 1,700 mètres plus haut.

Nous nous étions proposé, M. Martins et moi, d'observer le pouls, aussi souvent que possible, à différentes hauteurs, et d'étudier les phénomènes qu'il présente à mesure qu'on s'élève entre Paris et la cime du Mont-Blanc.

Parmi les observateurs qui se sont élevés à des hauteurs considérables, un petit nombre seulement ont noté la fréquence comparative du pouls; les autres n'en ont pas parlé, ou se sont contentés de dire : « le pouls s'était accéléré, » ou « le pouls n'avait pas varié sensiblement. » Ces deux manières d'apprécier ne sauraient avoir de valeur dans une question où l'on ne peut parler qu'en chiffres, et où les résultats ne s'obtiennent qu'en comptant scrupuleusement, comme Haller, avec la montre à secondes, et dans des conditions comparables, autant que possible. Il faut être fort exercé pour reconnaître, à quelques heures d'intervalle, une différence de huit ou dix pulsations par minute, sans compter le pouls avec la montre, et l'on doit faire abstraction des évaluations approximatives, du moment qu'il s'agit d'une comparaison rigoureuse.

De Saussure a observé le pouls à la cime du Mont-Blanc quatre heures après son arrivée. Parmi les gens de sa suite, personne, non plus que lui, n'avait fait usage de spiritueux, et tous étaient aussi bien reposés que possible, quoique non sans un peu de malaise, comme le rapporte l'illustre observateur. Le pouls d'un des guides, P. Balmat, battait 98 par minute; celui de Têtu, domestique de de Saussure 112, et celui de de Saussure lui-même 100. A Chamonix, le pouls battait chez ces mêmes personnes, et dans le même ordre, 49, 60, 72.

Il est probable que de Saussure fit ces observations à Chamonix dans des conditions comparables : aussi est-on surpris de voir son pouls avoir, à 1,000 mètres, une fréquence aussi grande. De Saussure avait alors 47 ans, et habitait Genève, 600 mètres seulement plus bas que Cha-

monix ; enfin, lorsqu'il fit son ascension, il séjournait dans cette dernière localité depuis un mois. Offrait-il, comme Haller, un exemple de la fréquence du pouls à un âge où généralement elle est moindre? Ce fait ne serait pas douteux si les nombres qu'il rapporte étaient donnés par lui comme des moyennes ; mais il garde le silence à cet égard.

Vers la fin de son séjour au col du Géant, il observa sur lui-même la respiration et le pouls. Il compta le matin, à l'état de repos, 17 inspirations et 79 pulsations par minute. Les termes dans lesquels il rapporte cette observation ne permettent pas de douter que ce dernier nombre ne soit une moyenne. Le lendemain un peu après midi, venant de dormir, il trouva 83 pulsations dans la position horizontale, et 82 dans la station.

Les observations faites à Chamonix étaient, avec celles de la cime, dans les rapports de 0,50, 0,53, 0,72, et en moyenne 0,58. Le rapport était 0,88 entre Chamonix et le col du Géant, dont la moyenne est 81,33, soit 81.

Je ne parlerai pas de l'observation incomplète de Hamel; celle que Sherwill rapporte ne l'est pas moins, puisqu'il donne assez vaguement le chiffre du pouls à la Pierre-de-l'Echelle sans aucune autre observation de comparaison. Je n'ai porté ces observations au tableau du pouls que pour mémoire.

Le docteur Coindet, analysant, dans la *Bibliothèque universelle de Genève*, la relation du docteur Clark, dit que l'accélération du pouls, à la Pierre-de-l'Echelle (2,433 mètres), variait entre 4 et 30 pulsations, et que cette accélération n'était pas en proportion directe ni inverse avec la force musculaire des individus. J'ai dit que cette observation de Clark et Sherwill fut faite immédiatement après le repas.

Le pouls du docteur Parrot battait 70 dans la plaine, 80 à Noversch (1,584 mètres), et 110 à 3,913 mètres dans la chaîne du Mont-Rose. Le rapport était, comme on voit, 0,60.

Suivant les observations faites sur sept hommes de 20 ans à 60 ans par Zumstein dans la chaîne du Mont-Rose, à 4,554 mètres (Welden), le pouls, quatre heures après l'arrivée, battait 85 en moyenne. Malheureusement Zumstein ne donne pas la moyenne du pouls de ces mêmes individus dans la vallée.

M. Biot, dans la relation de son ascension aérostatique, dit que son pouls, à Paris, battait 79, et celui de M. Gay-Lussac 62. A 2,262 mètres, leur pouls donnait, chez M. Biot, 111; chez M. Gay-Lussac, 80. Rapports, 0,71 et 0,75; moyenne, 0,73.

M. Desor dit que chez lui et chez ses compagnons de voyage, à la Jungfrau, le pouls n'avait pas varié sensiblement. L'habile collaborateur de M. Agassiz n'a fait sans doute que d'une manière superficielle cette observation qui sortait de son cercle d'études spéciales, car il est peu probable qu'il n'ait pas rencontré de différence sensible à cet égard entre les huit ou neuf personnes qui se trouvaient en même temps que lui sur la cime.

Tous les observateurs qui ont exprimé leurs résultats par des chiffres ont trouvé que le pouls augmentait de fréquence à mesure qu'on s'élevait au-dessus d'un certain niveau, et diminuait dans la même proportion lorsqu'on redescendait à la station première. Toutefois, des circonstances particulières peuvent amener des exceptions à cette règle générale.

Dans un mémoire publié en 1826 par M. le docteur Roulin (1), on trouve une série d'observations faites sur trois hommes âgés de 23, 26 et 27 ans, de constitutions différentes, mais bonnes; et séjournant depuis cinq à six mois sur le plateau de Santa-Fé de Bogota, à 2,643 mètres. Le pouls chez ces trois voyageurs donnait, le matin, au moment de quitter Santa-Fé, 67, 71 et 69 pulsations par minute à mesure qu'ils descendaient. En se dirigeant vers les Llanos de San-Martin, le pouls, au lieu de diminuer de fréquence d'une manière régulière, oscillait entre des nombres assez différents pour chacun d'entre eux, et très-souvent supérieurs à ceux de Santa-Fé. Parmi les détails intéressants que renferme ce mémoire, on remarque l'influence des évacuations alvines sur la fréquence du pouls. Cette fréquence, augmentée avant et diminuant après l'évacuation, se conçoit facilement quand on songe que, quelque temps avant l'évacuation, la circulation est accélérée par l'effort des sphincters, auquel participent la plupart des muscles. Il résulte des calculs de M. Roulin que, de Santa-Fé à San-Martin, la pression atmosphérique augmente dans la proportion de 7 à 9, et que la fréquence du pouls diminue dans ce même trajet dans la proportion de 7 à 6. En d'autres termes, le rapport de pression entre Santa-Fé et San-Martin est 0,77. Le rapport d'accélération du pouls entre San-Martin et Santa-Fé est, à très-peu près, 0,86.

M. Roulin fait observer que ce résultat aurait besoin d'être dégagé des influences de deux causes étrangères à la question, les fatigues du voyage et l'effet hors de rapport avec la cause que produit le changement subit de circon-

(1) Voir le *Journal de Magendie*, année 1826.

stances capables de modifier les fonctions physiologiques.

Cette première série d'observations prouve en outre que, par un séjour prolongé à une hauteur déjà considérable, le pouls, d'abord très-fréquent sous une pression rapidement diminuée, reprend à peu près sa fréquence normale. Il est à regretter qu'au lieu de compter une seule fois le pouls sur chaque personne, on n'ait pu avoir une moyenne pour chaque observation ; mais ces recherches, faciles en apparence, présentent dans un voyage des difficultés souvent insurmontables.

Une autre série d'observations a été faite par le même auteur sur une dame de 28 ans et deux enfants, l'un de 7, et l'autre de 13. Ce dernier était né sur le plateau de Santa-Fé, mais l'avait quitté à plusieurs reprises ; les deux autres personnes, originaires de Paris, habitaient Santa-Fé depuis dix-huit mois.

Le pouls fut observé : 1° dans la position horizontale, et peu d'instants après le réveil ; 2° dans la position verticale, peu de temps après le lever. La station supérieure est Santa-Fé (2,643 mètres) et la station inférieure, Guaduas (1,032 mètres). Nous ne parlerons pas d'une observation faite à Mariquita (338 mètres), parce qu'étant unique, on n'en peut rien conclure.

Le rapport de la pression atmosphérique entre Santa-Fé et Guaduas est, suivant M. Roulin, 0,78, et le tableau que nous donnons (1) des rapports moyens du pouls entre ces deux stations fait voir que sa diminution de fréquence n'a pas marché dans la proportion de l'augmentation de pression.

La moyenne, calculée d'après celle portée au mémoire pour chaque personne observée, donne le rapport

(1) V. page 365.

de 0,95 debout, 0,91 couché ; en moyenne, 0,93 pour l'accélération entre Guaduas et Santa-Fé. M. Roulin fait remarquer que la moyenne des observations faites à Santa-Fé sur madame R. est trop élevée. Cette dame se trouvait alors dans des conditions d'excitation physique et morale. C'est principalement sur les observations dans le décubitus que cette cause porte d'une manière évidente. Pour les observations faites dans la position verticale, et surtout pour celles d'A. et de L., la différence est assez peu de chose entre les deux stations, quoiqu'il y ait 1,600 mètres de l'une à l'autre, et la plus grande jeunesse semble être une condition de moindre accélération proportionnelle.

Parmi les tableaux placés à la fin de ce mémoire, le tableau A donne les observations que j'ai pu recueillir dans les auteurs. Ne pouvant y faire entrerdans leurs détails celles de M. Roulin, j'ai seulement emprunté à son mémoire le tableau comparatif des rapports d'accélération de la seconde série (1).

Les tableaux B et C contiennent les observations faites à Paris et pendant notre voyage. Toutes celles du pouls de M. Martins ont été faites par lui-même, sauf trois ou quatre, que j'ai faites à sa demande.

Si l'on compare les moyennes contenues dans ces tableaux, on reconnaîtra d'abord l'augmentation de fréquence comme résultat constant quand on s'élève à partir d'un certain niveau. D'après les observations que j'ai recueillies sur moi, ce niveau semblerait variable suivant les individus, et l'on serait conduit à admettre que, pour quelques personnes, l'influence accélérante de la diminution de pression peut être contrebalancée, dans certaines li-

(1) V. pag. 365, tabl. *a*.

mites, par des conditions concomitantes capables de diminuer la fréquence relative du pouls, même en présence d'une diminution de pression atmosphérique.

Mon pouls s'est trouvé notablement moins fréquent à Chamonix qu'à Paris, bien que dans la première de ces localités je fusse, quand je l'observais, soumis à des influences puissantes d'excitation nerveuse. A Chamonix, il donnait en moyenne 60 pulsations par minute, au lieu de 67,25 à Paris, ou même de 67,70, en comprenant dans la moyenne les observations faites depuis mon retour. Le rapport d'accélération du pouls entre Chamonix et Paris serait donc pour moi 0,88, ou tout au plus 0,89. Ce fait demanderait sans doute à être confirmé par de nouvelles et plus nombreuses observations ; mais ce qui tend à me le faire considérer comme exact, c'est le bien-être que j'éprouve dans la région subalpine, une sensation de liberté dans les mouvements respiratoires, une facilité à faire des inspirations profondes, enfin cette satisfaction instinctive qui résulte d'une respiration bien complète, et que je n'ai point à Paris.

Chez M. Martins, la moyenne fréquence du pouls était, au contraire, plus élevée à Chamonix qu'à Paris : 62,04 à Paris, 69,00 à Chamonix, ce qui donne le rapport d'environ 0,88 ; en sorte que le pouls de M. Martins aurait augmenté, et le mien diminué de fréquence, entre Paris et Chamonix, précisément dans la même proportion.

Il en résulte que pour M. Martins le rapport d'accélération du pouls, entre Paris et la cime du Mont-Blanc, est 0,74, et celui entre Chamonix et la cime 0,82 ; tandis que pour moi, le rapport entre Paris et la cime est, dans les

termes les plus éloignés, 0,76, et celui entre Chamonix et la cime est 0,68.

La difficulté très-grande d'observer le nombre d'inspirations en un temps donné chez les autres devenant presque une impossibilité dans des courses de montagnes, nous avons renoncé à noter les variations qu'éprouve cette fonction. Le peu que j'en avais observé sur moi semblerait indiquer une diminution de fréquence à Chamonix comparativement à Paris : 10,33 inspirations par minute à Chamonix, 12,12 à Paris. Il est vrai qu'en comprenant dans le calcul les observations faites depuis mon retour, la moyenne à Paris ne serait plus que de 10,69. Chez M. Martins, la fréquence de la respiration est aussi un peu moindre à Chamonix, 13,00 au lieu de 13,33 à Paris. Cette différence bien minime devrait être plus grande en sens inverse, puisque la fréquence du pouls est moindre chez M. Martins à Paris qu'à Chamonix. A Paris, dans la proportion de 12,12 inspirations pour 67,25 pulsations, soit de 12 pour 67, le rapport de la respiration au pouls était chez moi à peu près 0,18; à Chamonix, la respiration donnant 10,33, soit 10, et le pouls 60, le rapport était 0,16. En comprenant dans la moyenne les observations faites depuis mon retour, la proportion se trouve à Paris de 10.69 pour 67,70, soit 11 pour 68, et le rapport 0,16, comme à Chamonix. Cette diminution dans la fréquence de la respiration ne serait-elle pas due aux bons effets produits sur l'économie entière par l'exercice et un séjour de deux mois dans l'air pur et vivifiant des montagnes? Nous avons déjà vu que chez M. Martins le rapport de la respiration au pouls était à Paris 0,21, à très-peu près, et un peu moins de 0,19 à Chamonix. Mais, encore une fois, ces résultats re-

posent sur des observations bien peu nombreuses, surtout pour ce qui concerne M. Martins.

Revenons au pouls. Le rapport de fréquence entre Chamonix et la cime est : pour M. Martins, 0,82; pour moi, 0,68; pour Mugnier, 0,67; pour Ml. Couttet, 0,60; pour A. Simond, 0,61.

Il est à remarquer que sur les cinq individus observés, trois, nés dans les Alpes, à 1,050 mètres au moins, présentèrent le plus d'accélération du pouls en s'élevant. Les observations de de Saussure avaient déjà offert ce même fait, et tendaient en outre à établir que, moins le pouls était fréquent d'une manière absolue, plus il prenait d'accélération proportionnelle en s'élevant. Pour nous, il n'en a pas été de même. A Chamonix, la fréquence du pouls nous classait ainsi, du moins au plus : moi, Mugnier, M. Martins, Simond et Couttet.

L'accélération entre Chamonix et la cime nous met dans l'ordre suivant du plus au moins d'accélération : Simond, Michel Couttet, Mugnier, moi et M. Martins. On voit que M. Martins et Simond, qui ne différaient à Chamonix que de 0,22 de pulsations, se trouvent aux deux extrémités dans l'ordre d'accélération. Michel Couttet, dont le pouls était le plus fréquent à Chamonix, vient après Simond pour l'accélération ; Mugnier vient avant moi, quoique à Chamonix son pouls battît 63 et le mien 60, et je ne figure qu'en quatrième ligne, quoique ayant à Chamonix la moindre fréquence. Il est vrai que différentes causes avaient dû accélérer un peu, comparativement au nôtre, le pouls des trois guides quand je l'observai à Chamonix.

En prenant la moyenne du pouls des cinq sujets en observation, on a à Chamonix 67,79, à la cime 98,95, soi

en nombres ronds 68 et 99. Le rapport entre les deux stations est donc en moyenne, pour les cinq sujets de l'observation, 0,68, et, plus exactement, $\frac{68}{99}$. La différence est peut-être un peu plus grande, car les trois guides avaient déjeuné ou bu de l'eau-de-vie avant qu'on observât le pouls à Chamonix; mais, d'autre part, lorsqu'on l'observa à la cime, quoique ce fût après une heure de repos, quatre des individus observés sur cinq devaient être un peu excités, ayant dû réparer leurs forces par quelque nourriture, et surtout par l'usage des alcooliques. En revanche, le cinquième, en proie au mal de montagnes, avait vomi et son pouls était faible ; la fréquence en était peut-être aussi diminuée. Il y a donc, jusqu'à un certain point, compensation entre les causes d'erreur à Chamonix et à la cime.

Il n'en est pas tout à fait de même pour les observations faites au Grand-Plateau. En effet, pour une partie de ces observations, à l'excitation produite par un repas récent, il faut ajouter l'accélération notable résultant du mouvement musculaire. Ainsi la moyenne, qui est au Grand-Plateau 91,79, soit 92, doit être considérée comme un peu trop élevée, et le rapport entre Chamonix et le Grand-Plateau 0,73 ne peut être présenté comme tout à fait exact.

A la Pierre-Pointue (2,069 mètres), la moyenne était 88,89, soit 89, et le rapport entre Chamonix et cette station 0,76. C'est ici que l'on reconnaît surtout l'effet du mouvement musculaire, car ces observations furent recueillies à une hauteur peu considérable, mais presque immédiatement après une montée pénible.

Si maintenant on cherche la proportion entre l'accélération du pouls et la diminution de la pression atmo-

sphérique, et qu'on mette en regard les rapports de pression et d'accélération d'une station à l'autre, on a le tableau suivant :

STATIONS.	Rapports de pression.	STATIONS.	RAPPORTS D'ACCÉLÉRATION DU POULS.					
			Ms.	L.	Mr.	C.	S.	Moy.
Cime du Mont-Blanc et Paris.	0,56	Paris et cime du Mont-Blanc.	0,74	0,76	«	«	«	0,75
Chamonix et Paris.	0,81	Paris et Chamonix.	0,88	111/100	«	«	«	«
Cime du Mont-Bl. et Chamonix.	0,62	Chamonix et cime du Mt-Blanc.	0,82	0,68	0,67	0,66	0,61	0,68
Grand-Plateau et Chamonix.	0,70	Chamonix et Grand-Plateau	0,92	0,66	0,70	0,74	0,69	0,73
				(0,68)	(0,76)	(0,83)	(0,72)	(0,78)
Pierre-Pointue et Chamonix.	0,88	Chamonix et la Pierre-Pointue	«	0,72	0,75	0,77	0,79	0,75

Je n'ai pas indiqué la moyenne des rapports d'accélération chez M. Martins et moi entre Paris et Chamonix, à cause de l'anomalie que mon pouls a présentée en diminuant de fréquence de la première à la seconde de ces stations. Le reste du tableau prouve que, comme l'a observé M. Roulin, l'accélération du pouls, à mesure qu'on s'élève, n'a pas lieu en proportion de la diminution de pression. Les rapports d'accélération entre Chamonix et le Grand-Plateau, et surtout entre Chamonix et la Pierre-Pointue, semblent déroger à cette loi ; mais il ne faut pas oublier que ceux des deux dernières stations doivent être considérés comme nuls, faute de pouvoir être dégagés d'un élément d'erreur, l'accélération par la marche en montant. Quant à ceux de Chamonix et du Grand-Plateau, ils se modifient beaucoup en faisant abstraction de l'observation du 28 août, évidemment faussée par l'influence du mouve-

ment musculaire. J'ai placé entre parenthèses, au-dessous des premiers rapports, ceux que j'ai obtenus avec cette correction. La moyenne devient alors à peu près satisfaisante, et serait tout à fait régulière si le rapport d'accélération n'était pas élevé pour moi hors de toute proportion et sans cause appréciable. On observe une semblable anomalie pour le rapport de Chamonix à la cime chez Simond. Ce sont, dans cette série d'observations, les deux seules exceptions à la loi signalée par M. Roulin.

Ce n'est du reste qu'avec une grande réserve qu'on peut accueillir les faits qui présentent de l'anomalie dans un sujet semblable. Les causes les plus légères déterminent, comme on sait, des différences dans le pouls, et l'on ne peut obtenir que cinq hommes soient, à ce point de vue, dans des conditions parfaitement comparables. Il faudrait, pour éliminer les causes d'erreur, observer sur un grand nombre d'individus à la fois. Mais on comprend l'impossibilité de réaliser, dans une expédition du genre de la nôtre, tout ce qu'on projette dans le silence du cabinet ; et comme pour toutes les observations de ce genre on rencontre des impossibilités équivalentes, le meilleur moyen d'obvier à ces causes d'erreur est, je crois, de noter avec soin les conditions dans lesquelles se trouvent les sujets observés.

C.

TABLEAU DE L'OBSERVATION DU POULS

A DIFFÉRENTES HAUTEURS, DE **SERVOZ** A LA **CIME DU MONT-BLANC**.

SERVOZ 802 mètres au dessus de la mer.

MARTINS (38 ANS.)					LEPILEUR (34 ANS.)					JEAN MUGNIER (36 ANS.)					MICHEL COUTTET (34 ANS).					A. SIMOND (27 ANS.)				
			PULSATIONS EN 1′					PULSATIONS EN 1′					PULSATIONS EN 1′					PULSATIONS EN 1′					PULSATIONS EN 1′	
DATE.	HEURE.	CONDITIONS DANS LESQUELLES SE TROUVAIT LE SUJET DE L'OBSERVATION.	AVANT MIDI.	APRÈS MIDI.	DATE.	HEURE.	CONDITIONS DANS LESQUELLES SE TROUVAIT LE SUJET DE L'OBSERVATION.	AVANT MIDI.	APRÈS MIDI.	DATE.	HEURE.	CONDITIONS DANS LESQUELLES SE TROUVAIT LE SUJET DE L'OBSERVATION	AVANT MIDI.	APRÈS MIDI.	DATE.	HEURE.	CONDITIONS DANS LESQUELLES SE TROUVAIT LE SUJET DE L'OBSERVATION.	AVANT MIDI.	APRÈS MIDI.	DATE.	HEURE.	CONDITIONS DANS LESQUELLES SE TROUVAIT LE SUJET DE L'OBSERVATION.	AVANT MIDI.	APRÈS MIDI.
juil. 27	11 h 0′	Après une journée de marche.		69	juil. 22	3 h 0′	Hier bien dîné à Sallanches, venu en char à Chède, de là à pied, bien dormi, levé depuis 1/2 heure, à jeun.	64 64 62 62 64																	
							Moyenne.	63,20																	
CHAMONIX 1050 mètres.																									
28	11 h 20′	Marché 3 heures, température à l'ombre à 2 h. 27 + 21°,0, soupé à 8 h.		75 70 70	25	7 h 8′	Arrivé ici hier matin à pied. Traité toute la journée des affaires de l'expédition, préoccupé, enroué; un peu de tremblement nerveux hier et ce matin encore. Bien dormi, tête lourde, très-bien du reste. Levé depuis 5 m. A jeun. Pouls assez faible et dépressible quoiqu'il remplisse le vaisseau.	60 59 59 58 56 56 56 58		sept. 4	10 h 0′	Déjeuné à 6 h., pas travaillé et pas de fatigue. Faim assez forte. Assis. Pouls faible assez régulier.	59 62 62 62 64 66 64 66		sept. 4	8 h 30′	Bien mangé, bu la goutte ce matin à 4 h. et encore un instant avant d'être observé. Pouls assez faible.	68 74 78 78 68 78 80 78		sept. 4	10 h 15′	Venu ce matin de Lavanché (1 h. 1/4) à pied. Travaillé un peu le matin. Levé à 6 h., déjeuné à 7 h. Simond est tailladier. Pouls assez fort. Une ou deux fois en 30″ intermittence presque complète marquée par une pulsation à peine sensible.	66 68 70 70 66 70 71 72 70	
août 27	midi	Exercice très-modéré le matin, 10 minutes de repos sur le lit.	67 69 68 68 69 68 68																						
		Moyennes.	68,14	71,00	août 27	2 h 25′	Déjeuné à 8 h. 1/2. Mangé très modérément. Un peu d'agitation nerveuse, produite par l'idée de monter cette nuit. Pas marché, ni fatigué aujourd'hui. Assis appuyé.	58 62 62 60																		
		Moyenne diurne	69,00				Respiré fort, toussé un peu.	64 64 62 62 60																		
							Reniflé, respiré longuement. Demangeaison vive au visage.	62 60																		
							Moyenne	57,60	61,50																
							Moyenne diurne	60,00																	

PIERRE POINTUE. 2069 mètres.

(Les observations ont été faites environ 50 mètres au dessous de la Pierre.)

					juil. 30	10 h 22′	Déjeuné à 7 h. 3/4. 4 tasses de café au lait, très peu de pain, monté ici doucement, sué abondamment pendant 1 h., pas essoufflé. Pouls régulier, plein, observé l'astant dernier.	88 86 86 88 86 86		juil. 30	10 h 15′	Déjeuné à 7 h., viande, vin. Soupe. 1/2 tasse de café au lait, monté doucement. Porte une partie du temps 17 kilog., le reste du temps 6 kilog. environ. Repris haleine avant l'observation. Parlé un peu, pouls irrégulier assez petit. Il y a je crois un peu de *pouls du médecin.*	84 90 90 92 82 82		juil. 30	10 h 27′	Déjeuné à 7 h., *soupe*, viande, vin. Monté vite depuis la forêt des Pélerins, 1 h. 3/4 environ. Repris haleine 5 m., porté 6 à 8 kilog. Pouls plein.	108 108 106 110 109,50								
					août 7	10 h 10′	Déjeuné à 7 h. 2 tasses de café, beaucoup de pain, 1 cotelette, pas de vin. Bien porté en montant ici. Bu un peu d'eau-de-vie dans de l'eau. Compté mon pouls après celui des autres. Monté doucement. 10 m. de repos il y a un 1/4 h.	78 78 78 80		août 7	9 h 50′	Monté doucement portant son sac (6 à 7 kilog). Fumant, pouls plein, régulier. Parlé un peu pendant l'observation. Fumé avec plus d'action.	82 82 80 80 84		août 7	9 h 50′	Porté en deux fois pendant 1 h. 1/4 6 kilog. environ. Pouls assez faible, irrégulier.	94 96 94 96 96		août 7	10 h 5′	Porté depuis Chamonix 12 kil. environ. Caractère bon et doux. Très-nerveux, malgré une conformation athlétique. *Pouls plein, fort.* *Repris haleine* 12 à 15 m.	84 86 88 87,50 88	
							Moyenne	82,90				Moyenne	84,36				Moyenne	101,70				Moyenne	86,60	

GRANDS MULETS 3046 mètres.

					juil. 30	4 h 58′	Sensation de faiblesse un peu de disposition à la défaillance. Pris à l'instant un verre de vin et une bouchée de pain, mieux depuis.	92 92 93																		
							Moyenne	92,33																	

PETIT PLATEAU.

					août 7	5 h 13′	Montant depuis 7 h. 25 du matin. Peu mangé dans la journée. Pas de fatigue; froid aux pieds. Assez bien du reste. Repris haleine depuis 11 m. Pouls assez fort.	106		août 7	5 h 10′	Comme Lepileur, sauf la quantité plus grande d'aliments et son sac qu'il porte. Repris haleine pendant 10 m. Pouls faible. Temp. 0°0 Mugnier porte depuis le matin 6 kil. env.	102		août 7	5 h 12′	Comme Mugnier, portant 6 à 7 kil. Pouls assez fort.	112		août 7	5 h 13′	Comme Mugnier, portant 12 à 15 kil. Pouls médiocrement fort.	118	

GRAND PLATEAU 3911 mètres.

juil. 31	4 h 15′	Couché la nuit dernière aux Grands Mulets. Monté ici ce matin. Froid. Orteils gelés. Depuis 10 h. 1/2 avant midi sous la tente, malaise moral et physique, pouls à peine sensible; sommeillant couché presque à jeun.		82 80 78	juil. 31	4 h 0′	Comme Martins, beaucoup moins de malaise physique, mangé avec assez de plaisir, mais peu. Envie de dormir, pouls d'une force ordinaire. Assis.	100 98 98 100		juil. 31	4 h 30′	Pas grande fatigue, pas de malaise, bien mangé. A dormi depuis ce matin. Assis.	89 94 94 92											
août 28	3 h 0′	Parti à minuit du Prieuré au Grand-Plateau à 11 h. avant midi; couché sous la tente depuis peu. Assez homme nuit.		83	août 28	2 h 0′	Peu de fatigue, travaillé à déblayer la tente il y a 1 h. Toujours debout depuis l'arrivée ici à 11 h., parti à minuit du Prieuré. Debout tranquille. Pouls presque aussi fort que dans la vallée.	100 104 102 102		août 28	1 h 45′	Comme Lepileur, sauf qu'il vient de travailler à déblayer la tente à l'instant, il y travaille depuis 1 h. debout. Pouls faible, dépressible.	116 114 114		août 28	1 h 50′	Comme Mugnier, mais moins travaillé, repos depuis plus de temps. Fumant, debout, retenant un peu sa respiration. Pouls faible, dépressible.	118 118 118		août 28	1 h 55′	Fatigué, peu travaillé, à demi endormi, couché après la 1re observation faite debout, syncope imminente, quelques instants après le pouls est tâté. Couché.	1	
29	6 h 40′	Couché, ne s'est pas encore levé.	78 80 81 84																						
			80 84 80		29	6 h 55′	Assez bien dormi. Assis mal commodément, pouls régulier, faible.	88 86 86																		
30	6 h 30′	Bien dormi après la journée fatigante d'hier.	78 78 78																						
31	9 h 0′	Exercice très-modéré depuis deux heures, avant d'avoir mangé. Températ. sous la tente. + 3°,2. Changé de position plusieurs fois pendant l'observ.	68 65 65 69 75 71 66 69		30	7 h 50′	Presque pas dormi, souffert la nuit de sciatique à la cuisse et jambe g.; encore un peu maintenant. A jeun, assis. Pouls assez fort, non dépressible, état moral bon, assez bien au physique.	99 88 86 84 88																					
sept. 1er	7 h 15′	Levé à 4 h. et à 6 h. après minuit, coryza, reconché depuis, couché appuyé sur le coude droit. Pouls assez fort régulier. Tempér. 8 h. 30′ sous la tente + 14°,0.	68 74 70 67 67 66 67 68 67		30	1 h 10′	Mangé un peu de pain, bu un peu de vin et de grog, pas de fatigue, très-bien portant, pouls médiocrement fort, peu dépressible, régulier. Assis.	78 80 84 80 82		30	midi 55′	Pas de fatigue, moins mangé que d'ordinaire faute de vivres, pouls assez faible, régulier, dépressible. Assis.	70 76 76 72 72		30	1 h 5′	Comme Mugnier. Pouls régulier, assez fort, peu dépressible. Assis.	98 98 98 98 96		30	1 h 0′	Comme Mugnier. Pouls régulier, assez fort, peu dépressible. Couché.	9 9 10 96 96	
			Moyenne	72,70	80,75		Moyenne	87,00	92,92			Moyenne	89,08				Moyenne	105,25				Moyenne	100,1	
			Moyenne diurne	75,74			Moyenne diurne	90,80																	

CIME DU MONT-BLANC 4811 mètres.

août 29	4 h. 0′	Arrivé la cime à 1 h. 45 m. Malaise pendant la première heure, surtout immédiatement après l'arrivée à la cime, nausées, vomissements. Pouls faible.		81 85 84	août 29	3 h 0′	Fort bien portant; bu un peu d'eau-de-vie il y a une heure, fumé, écrit, compté le pouls depuis 1/4 d'heure; Assis, pouls plein, fort, régulier, presque rien mangé de la journée.	94 88 88 86 85		août 29	2 h 45′	Pas de fatigue; fumant. Assis. Pouls faible, dépressible, fort peu mangé dans la journée, au repos depuis 1/2 h. Parlant.	90 94 94 94 100		août 29	2 h 50′	Pas de fatigue, pouls fort, peu dépressible, régulier. Le reste comme Mugnier, mais ne fumant pas, assis. Parlant.	120 118 116 119 118 116		août 29	2 h 55′	Dit n'être pas fatigué, le reste comme Coutlet. Assis. N.B. Les guides et le porteur Simond étaient chargés en montant de 6 à 7 kilog. Simond portait même 10 kilog. par moment. Depuis leur arrivée à la cime, ils avaient bu quelques verres de vin et d'eau-de-vie. Parlant.	124 108 110 108 110 11	
			Moyenne	82,66			Moyenne	88,20				Moyenne	94,40				Moyenne	117,83				Moyenne	111	

0 1 2 3 4 5 (cm)

A. *Observations du pouls par divers auteurs*

LIEU D'OBSERVATION.	OBSERVATEURS.	NOMBRE DE PULSATIONS OBSERVÉES EN UNE MINUTE.				REMARQUES.
Chamonix.	De Saussure	De Saussure.	P. Balmat.	Tètu.		
		72	49	60		
Cime du Mont-Blanc.		100	98	112		Quatre heures après l'arrivée.
Col du Géant.						
		79				Le matin.
		83				L'après-midi. Couché.
		82				Id. Debout.
Grand-Plateau.	Hamel.	Hamel.				
3,910 mètres.		128				Pendant une courte halte.
Rochers rouges.	Clissold.	Clissold.				
Vers 4,600 mètres.		100 - 150				En montant.
Pierre de l'Echelle	Sherwill.	Sherwill.	Guides.			
		108	84 - 104			Immédiatement après le repas.
	Clark.					L'accélération variait de 4 à 30 pulsations par minute sans rapport avec les forces.
Mont-Rose.	Parrot.	Parrot.				
3,913 mètres.		110				
Noversch, 1,584 mèt.		80				
Plaine, 200 mètr. ?		70				
Mont-Rose.	Zumstein.	Zumstein.	Molinatti.	4 guides.	Marty.	
4,554 mètres.		76	108	84	79	Quatre heures après l'arrivée.
En ballon.	Biot.	Biot.	Gay-Lussac			
2,622 mètres.		111	80			
A Paris.		79	62			

a. *Moyennes du nombre des pulsations observées par M. Roulin.*

NOMS.	POSITION VERTICALE. MOYENNE A SANTA-FÉ.	MOYENNE A GUADUAS.	RAPPORT APPROCHÉ.	POSITION HORIZONTALE. MOYENNE A SANTA-FÉ.	MOYENNE A GUADUAS.	RAPPORT APPROCHÉ.
R.	96	86	$9\frac{1}{2} : 8\frac{1}{2}$	77	64	$7\frac{7}{10} : 6\frac{4}{10}$
A.	86	81	$8\frac{1}{2} : 8$	75	71	$7\frac{1}{2} : 7\frac{1}{10}$
L.	100	102	$10 : 10\frac{1}{5}$	89	87	$9 : 8\frac{4}{5}$

Hauteur moyenne du baromètre à Santa-Fé (2643 m.) 0 m., 560.
Hauteur moyenne du baromètre à Guaduas (1032 m.) 0 m., 718.

B. *Tableau de l'observation du pouls à Paris.*

M.

AVANT MIDI.

DATE 1844	Conditions dans lesquelles se trouvait le sujet de l'observation.	Heure.	Pulsations en une minute.	Observations.
7 juin.		7h.29'	65	Rad. droite.
		31'	61	
		35'	61	Crur. droite.
	Couché.		63	
		39'	61	Rad. droite.
		41'	59	
		43'	58	
		46'	62	
9 juin.	Couché.	7h.34'	65	Rad. droite.
		36'	65	
		39'	63	Rad. gauche.
		43'	62	Rad. droite.
	Debout.	49'	72	Bâillé pendant l'observation.
		51'	72	
17 juin.	Couché.	7h.38'	59	Rad. droite.
		41'	58	
		45'	62	Rad. gauch.
		50'	59	Rad. droite.
		52'	60	Rad. gauche.
		53'	61	Crur. gauche.
		8h. 0'	61	Poplitée dr.
		2'	62	Crur. droite.
22 juin.	Venu en Favorite de la rue du Paradis-Poissonnière à la pl. des Victoires : de là à pied rue J.-J. Rousseau. Été mesuré 6 f. sur le tabouret. Assis.	9h.35'	71	Rad. droite
			72	
			72	Rad. gauche.
			71	Crur. gauche.
9 juill.	L'heure n'est indiquée que par le mot MATIN.		63	Rad. droite.
			64	
			64	
			62	
			60	
			63	
			61	
			62	
			63,34	Moyenne avant midi.

APRÈS-MIDI.

DATE 1844.	Conditions dans lesquelles se trouvait le sujet de l'observation.	Heure.	Pulsations en une minute.	Observations.
6	Après une course rapide de la rue J. J. Rousseau à la rue de Paradis-Poissonnière. Debout, déshabillé. M. dîne ordinairement de 3 à 4 h. Il prend du café après son dîner qui est très frugal ; il ne boit presque pas de vin.	10h.44'	70,50	Rad. gauch.
		47'	71	
		50'	69	
		11h. 5'	65	
		6'	63	Rad. droite.
		8'	60	
		11'	60	
		14'	59	
		18'	60	
8 juin.	Couché depuis un quart d'heure.	10h. 1'	64	Rad. droite.
		3'	63	
		5'	64	
		6'	64	
		8'	65	Crur. gauche.
		10'	62	Rad. gauche
		12'	64	Rad. droite.
16 juin.	Revenu à 9 h. du Marais à la rue de Paradis - Poissonnière. Couché depuis un quart d'heure.	9h. 35'	65	Rad. gauche.
		39'	64	
		42'	64	Rad. droite.
		44'	61	
		45'	61	
		47'	61	
		49'	60	Crur. gauche.
		51'	63	
		52'	62	
		55'	61	Cœur.
		59'	60	
19 juin.	Rentré à la maison à 7 h. et demie du soir. Couché depuis un quart-d'heure.	11h.15'	60	Rad. gauch.
		19'	53	Rad. droite.
		21'	54	
		23'	54	
		25'	54	Crur. gauche.
		27'	55	Rad. gauche.
		29'	55	
			61,48	Moyenne après midi.
			62,04	Moyenne diurne.

L.

AVANT-MIDI.

DATE	Conditions dans lesquelles se trouvait le sujet de l'observation.	Heure.	Pulsations en une minute.	Observations.
3 juill.	Bon sommeil. Levé à 7 h. 15', vu un malade peu intéressant chez moi ; marché un peu dans l'appartement. Assis.	8 h. 0'	66	Le pouls a toujours été tâté à la radiale gauche et seulement pendant 30" chaque fois. Dérangé, contrarié entre la 2e et la 4e observat.
		1'	58	
		11 h. 45'	64	
	Vu deux autres malades. Fait, en deux fois, 25 minutes de marche rapide ; rentré depuis 5 minutes. Appétit prononcé. Essoufflé d'avoir monté l'escalier. A jeun.	46'	66	
		47'	68	
		48'	66	
5 juill.	Couché à minuit et demi ; bien dormi ; levé à 7 heures. Sorti aussitôt ; rentré à 11 h. 45 min. Fait un peu de menuiserie. A jeun. Faim.	11h. 50'	64	Pulsations faibles pendant toute l'observation.
		51'	72	
		52'	68	
		54'	68	
		56'	68	
		Midi, 0'	67	Ces observations ont été comptées comme avant midi, parce qu'on était à jeun quand elles furent faites.
		1'	67	
		2'	68	
		5'	66	
juill.	A jeun. Marché environ 1 h. et demie ce matin ; toujours debout depuis 7 h. Assis ; bien appuyé ; tranquille ; faim. — Sensation d'affaiblissement.	Midi.	69	Pouls faible, dépressible.
		2'	69	
		6'	67	
		8'	66	
14 juil.	Levé à 6 h. bien reposé, assis après avoir marché dans l'appartement.	6 h. 45'	67	Pouls fort, plein.
		47'	65	
		54'	60	
		55'	62	
		56'	65	Un peu préoccupé.
		57'	64	
		58'	63	
		59'	65	
			65,85	Moyenne avant midi.

APRÈS-MIDI.

DATE.	Conditions dans lesquelles se trouvait le sujet de l'observation.	Heure.	Pulsations en une minute.	Observations.
8 mai.	Nuit dernière couché à 3 h. après minuit ; levé à 7 h. et demie. Journée ordinaire pour la fatigue et le travail ; dîner ordinaire à 6 h., une bouteille de bière, un doigt de vin ; fumant.	10h. 30'	64	Un peu d'envie de dormir.
		31'	68	
			72	
25 mai.	Fini de déjeûner à 10 h. 45', légumes, une bouteille de bière, peu mangé, été à l'Institut, puis rue Férou, revenu r. J.-J Rousseau. Lu, assis, appuyé, tranquille.	1 h. 25'	72	
		26'	66	
		27'	68	
		28'	66	
		29'	68	
		30'	66	
5 juill.	Fini de déjeûner depuis un quart-d'heure.	1 h. 5'	70	Pouls fort.
		6'	68	
		8'	68	
		9'	70	Un peu d'envie de dormir.
		10'	70	
		11'	70	
13 juill.	Fini de déjeûner à 1 h. 45' ; mangé omelette, haricots verts, 2 tiers de bouteille de bière, deux doigts de vin ; assez peu mangé. Assis, bien appuyé, tranquille, fumant.	2 h. 45'	72	Pouls fort.
		46'	72	
		47'	68	
		48	75	Un peu de dérangement.
		49'	75	
			69,40	Moyenne après midi.
			67,36	Moyenne diurne.

RÉSULTATS D'EXPÉRIENCES

SUR LES EFFETS

DU SULFATE DE QUININE,

Par le Docteur Desiderio.

Sur le sulfate de quinine. Conclusions rigoureuses de thérapeutique tirées de 68 expériences sur les animaux et d'un nombre considérable d'observations cliniques. Tel est le titre d'une lettre que nous recevons de M. A. Desiderio, médecin à Venise. Nous extrairons de cette lettre les faits qui nous semblent les plus importants. La plupart sont déjà connus des praticiens; et, par exemple, à propos des effets toxiques du sulfate de quinine, un certain nombre d'observations ont été publiées depuis qu'on a commencé à donner ce sel à haute dose dans le rhumatisme articulaire. Nous croyons pourtant que les conclusions de M. Desiderio méritent d'être connues; car elles portent dans leur forme le cachet d'une observation consciencieuse.

« Un scrupule (1 gr. 27) de sulfate de quinine administré en pilules préparées avec du miel seulement, tue les lapins de force ordinaire.

« Les symptômes constants de l'empoisonnement sur les animaux consistent dans l'assoupissement, la difficulté de garder la station, la tendance à l'immobilité, l'obscurcissement de la vue, l'abaissement des paupières.

« L'acétate de morphine accélère les effets de l'empoisonnement par le sulfate de quinine.

« L'eau distillée de laurier-cerise, à la dose d'environ

5 gr. 08, administrés peu à peu, retarde les effets et peut même amener la guérison.

« La digitale pourprée a produit aussi des effets salutaires dans le même cas ; mais la difficulté de l'administrer n'a pas permis de multiplier les expériences.

« La saignée est le moyen qui a le mieux réussi chez les lapins contre l'empoisonnement par le sulfate de quinine.

« Chez l'homme, les symptômes constants de l'empoisonnement par cette substance sont la lassitude, l'assoupissement, la surdité, la dilatation des pupilles, la lenteur de l'intelligence et de la mémoire, les yeux ternes et languissants, l'abaissement des paupières, l'irritation gastro-intestinale. A ces symptômes, l'auteur ajoute l'impossibilité de dormir, ce qui nous paraît impliquer contradiction avec l'assoupissement. Voudrait-il dire le coma vigil?

« Dans un cas d'empoisonnement chez une jeune dame italienne, par 22 grammes environ de sulfate de quinine, les phénomènes morbides cédèrent à plusieurs saignées générales et locales, et aux autres moyens antiphlogistiques.

« L'empoisonnement par le venin de la vipère (contro-stimulant suivant Rasori) a guéri chez deux hommes par le sulfate de quinine. Peut-être le sel de quinine a-t-il dans ce cas une action analogue à celle de l'ammoniaque.»

On sait que souvent l'empoisonnement causé par la morsure de la vipère n'est pas mortel et guérit de lui-même. Quant à l'ammoniaque, c'est surtout comme caustique qu'elle agit; sa vertu curative comme remède interne n'est pas aussi bien démontrée.

« L'action du sulfate de quinine sur l'homme a toujours présenté de l'analogie avec celle de l'opium et du vin, ou

de l'acétate de morphine et de l'alcool; quelquefois elle s'est montrée opposée à celle de la digitale pourprée.

« L'hydropisie qui survient à la suite des fièvres intermittentes n'est pas de nature inflammatoire, on la voit pourtant guérir sous l'influence du sulfate de quinine. »

N'est-ce pas à l'action spécifique du sel de quinine sur la rate que l'on peut attribuer l'amélioration obtenue dans ce cas?

On ne peut en déduire aucune analogie entre les effets de la saignée et ceux du quinquina, et même le médecin doit augmenter alors la dose du spécifique, afin de maîtriser plus sûrement le trouble de l'innervation devenu plus menaçant par l'évacuation sanguine que des complications accidentelles ont nécessitée. »

L'auteur discute ensuite la vertu hyposthénisante du quinquina qu'il distingue à cet égard de la digitale, du seigle ergoté, de l'eau de laurier-cerise, etc. Ce n'est pas, suivant lui, comme hyposthénisant que la quinine agit dans le rhumatisme non plus que dans les fièvres intermittentes. Il termine ainsi ses réflexions : « Le lit du malade est le livre fidèle où il faut toujours étudier et aller chercher des ressources pour combattre les maux qui affligent l'humanité. Là se dissipent par l'observation les rêves séduisants où l'imagination s'égare sous l'influence de l'esprit de système, ce fléau de la science médicale. La Faculté de médecine devrait renouveler son décret du 26 juin 1726, où les médecins systématiques sont stygmatisés en ces termes : *Ils croient par là se tirer de la foule, ils deviennent l'idole de Paris pendant quelques mois; après quoi on ouvre les yeux et on fait rentrer ces médecins dans la classe des empiriques d'où ils étaient sortis.* »

Il est certain que ces paroles trouveraient encore, de de nos jours, de fréquentes applications. Il faut cependant que M. Desiderio nous permette de distinguer entre les empiriques ou médecins de tréteaux et l'empirisme proprement dit. Quand on vient de parler du quinquina on ne peut être qu'en très-bons termes avec l'empirisme, car si l'on s'avisait de poser sur le quinquina la même question qu'on adressait à Argan sur l'opium, toutes les écoles, depuis Rasori jusqu'à Broussais, seraient obligées de répondre comme le médecin de Molière :

Quia est in illâ virtus febrifuga.

A. L.

MÉMOIRE

SUR UN CAS D'AMPUTATION SUS-MALLÉOLAIRE,

NÉCESSITÉE PAR UNE TUMEUR BLANCHE DU PIED AVEC CARIE DU CALCANEUM.

PAR LE DOCTEUR LUCIEN-BOYER.

OBSERVATION.

J. Alavena, âgé de 7 ans, issu de parents sains, mais peu aisés, logés comme portiers dans un rez-de-chaussée humide et médiocrement aéré, me fut confié dans les premiers jours du mois de septembre 1844, par MM. les docteurs Berger et Amussat, pour une affection grave du pied droit. Avant de s'adresser à eux, les parents de l'enfant avaient employé contre cette maladie, pendant plus d'une année, une foule de moyens, la plupart dispendieux, et qui avaient porté une grave atteinte à leurs modiques économies. L'enfant, qu'ils avaient apporté dans leurs bras lorsque je le vis pour la première fois, était muni de deux béquilles à l'aide desquelles il pouvait en-

core marcher dans la chambre; mais la cuisse était à moitié fléchie sur le bassin et la jambe sur la cuisse, de telle sorte que dans la station le pied se trouvait suspendu, la pointe à quinze centimètres du sol à peu près. Cette double flexion, dont l'habitude était contractée depuis longtemps, semblait avoir amené une rétraction permanente des agents musculaires, sous l'influence desquels elle s'était d'abord produite; car le petit malade ne pouvait plus allonger volontairement son membre, et les mouvements d'extension que l'on cherchait à lui communiquer étaient pour lui une cause d'appréhension et de douleur. Après avoir enlevé l'appareil de pansement qui enveloppait le pied, je trouvai les téguments décolorés, offrant une teinte d'un blanc mat; une tuméfaction générale et considérable occupait la région du tarse, et se prolongeait, en s'effaçant graduellement, sur le dos du métatarse jusques à la racine des orteils; supérieurement, elle cessait un peu au-dessus de la région malléolaire. Les parties tuméfiées étaient d'une consistance pâteuse; il était impossible de percevoir les saillies formées naturellement par les différents os du tarse ou par les tendons des muscles extenseurs; ceux-ci ne communiquaient aucun mouvement aux orteils, le petit malade n'osant se livrer dans ce but à aucun effort. En palpant attentivement la région du tarse sur de larges surfaces opposées, on sentait une fluctuation profonde, et l'on faisait refluer du pus en assez grande abondance vers deux ouvertures fistuleuses situées l'une en dedans sous la malléole interne, l'autre en arrière au côté externe du tendon d'Achille. Ces fistules, du diamètre d'une plume de corbeau à peu près, étaient tapissées par une membrane veloutée rose et faisaient saillie

en forme de mamelon au-dessus du niveau de la peau. Un stylet d'argent introduit par l'une ou l'autre de ces ouvertures pénétrait d'abord profondément, et finissait par aboutir à un tissu osseux, ramolli, friable, se déchirant sans aucun effort sous la pression, et fournissant aussitôt un écoulement de sang assez considérable. Le pied, dans un état de demi-extension sur la jambe, ne pouvait sans douleur être étendu davantage ou fléchi. La jambe du côté affecté présentait un degré d'émaciation avancé relativement à celle du côté opposé, et un ganglion engorgé presque du volume d'un œuf de poule, siégeait dans le triangle crural au-dessous du pli de l'aine. Ce ganglion, dur et ne présentant aucune fluctuation, n'était point douloureux au toucher; on n'en sentait aucun autre derrière les parois abdominales. La constitution du petit malade paraissait minée par de longues souffrances et par la suppuration. Il était pâle, et cependant n'avait point de diarrhée; la respiration paraissait bonne. L'auscultation et la percussion ne me firent reconnaître aucune lésion thoracique; il n'existait point encore de phénomènes fébriles symptomatiques.

Dans cet état, il était impossible de méconnaître une tumeur blanche déjà avancée, caractérisée par la carie des os du tarse, la tuméfaction et l'altération de tous les tissus fibreux environnant les abcès intérieurs, et d'attendre aucune amélioration autrement que de l'ablation des parties affectées. J'espérai qu'une fois débarrassée de ce foyer, la constitution générale pourrait reprendre, et spécialement que les glandes engorgées de l'aine ponrraient se résoudre, lorsque leurs afférents aboutiraient à une cicatrice solide, au lieu de correspondre à une lésion de cette

gravité. En conséquence, je déclarai aux parents qu'il n'y avait pas d'autre parti à prendre que de pratiquer l'amputation. Ils furent d'abord effrayés et indécis à l'idée d'une mutilation aussi grave; cependant, je parvins à les persuader en leur représentant l'issue nécessairement funeste de la maladie abandonnée à elle-même, et en leur faisant entrevoir la possibilité de pallier la difformité au moyen d'un membre artificiel doué de tous les mouvements naturels. Cette dernière considération contribua pour beaucoup à faire cesser leur hésitation.

Désirant soustraire l'enfant, au moins pendant la durée du traitement, aux influences locales qui me paraissaient avoir contribué au développement de son affection, et le placer dans des conditions hygiéniques meilleures, je le fis entrer dans la maison de santé dirigée à Grenelle par notre digne confrère M. le docteur Dumont, persuadé et avec raison qu'il y trouverait, avec l'air pur si nécessaire après les grandes opérations, ces soins intérieurs et ces attentions qui, dans ces cas, concourent si puissamment à assurer le succès.

Le 12 septembre, à 10 heures du matin, je me disposai à procéder à l'amputation, en présence et avec le concours de MM. Amussat, Dumont, F. Martin, Levaillant et Grabousky. L'enfant ne se rendant pas bien compte des douleurs qu'il allait endurer, et enchanté de la promesse d'une guérison, se prêta sans aucune résistance à tous les préparatifs. Le petit malade et les aides ayant donc été placés de la manière convenable, je pratiquai l'amputation sus-malléolaire de la manière suivante :

1° Une première incision circulaire divisa complétement

la peau et le tissu cellulaire sous-cutané sans intéresser les chairs ni le tendon d'Achille.

2° Deux petites incisions verticales de deux centimètres de hauteur chacune furent pratiquées l'une à la partie interne et l'autre à la partie externe du membre, et la peau comprise en avant entre ces deux incisions fut disséquée et relevée en forme de lambeau rectangulaire ou de demi-manchette antérieure.

3° Les deux angles seuls de la portion de peau correspondante à la partie postérieure du membre furent également disséqués et renversés, je m'appliquai dans ces différentes dissections à conserver adhérente à la peau la plus grande épaisseur possible de tissu cellulaire sous-cutané.

4° Cela fait, la compression convenablement exercée par un aide sur l'artère crurale et la peau rétractée avec soin, je portai le couteau à la partie externe du membre, le tranchant obliquement dirigé en haut, le talon appliqué sur le tendon d'Achille, et la longueur de la lame parallèle au bord adhérent du petit lambeau externe, et lui fis décrire la demi-circonférence postérieure du membre, en ramenant le talon dans l'angle rentrant formé par la petite incision interne, de façon à pratiquer un lambeau postérieur comprenant dans son épaisseur le tendon d'Achille coupé en biseau, de la peau vers les os, ainsi que les parties molles profondes de la région. Reportant le couteau à la partie antérieure et externe, je coupai les muscles antérieurs, et décrivis ensuite le huit de chiffre à la manière ordinaire autour des deux os, au niveau de l'angle supérieur formé par chacune des petites incisions latérales.

5° Enfin, ayant placé un rétracteur, je sciai rapidement les deux os en ayant soin d'achever la première la section du péroné, et sans m'attacher à abattre l'angle antérieur du tibia.

L'amputation avait été rapidement terminée; l'enfant, tout en témoignant vivement sa douleur, n'avait cependant opposé aucune résistance, et manifesta vivement sa joie au moment où on lui annonça que tout était terminé. Nous éprouvâmes cependant encore quelque peine à nous rendre maîtres des artères profondément rétractées dans les chairs, et qui furent assez difficiles à saisir. M Amussat, qui voulut bien se charger lui-même de ce soin, y parvint, cependant, grâces à sa grande habitude de reconnaître les extrémités artérielles au milieu des plaies saignantes, aidé par la double incision latérale qui diminua de beaucoup la difficulté de cette recherche, en permettant d'étaler complétement sous les yeux la surface de la plaie. Deux artères furent successivement tordues : la tibiale antérieure et la postérieure; la péronnière trop capillaire fut abandonnée. On put très-nettement constater, en pratiquant la torsion de ces vaisseaux, la différence de sensibilité des artères et des nerfs, et de quelle importance il est d'isoler avec soin les rameaux nerveux, lorsqu'on pratique soit la torsion, soit la ligature, car des douleurs aiguës se manifestaient aussitôt qu'un nerf était saisi avec une artère, et cessaient dès qu'il en était séparé. Durant cette manœuvre, le petit malade perdit un peu plus de sang que nous ne l'eussions désiré.

Après avoir convenablement abstergé la plaie, j'attendis quelques instants, pour m'assurer de la cessation définitive de l'hémorrhagie, et ne voulant pas supprimer brus-

quement une suppuration abondante et ancienne, je ne pratiquai ensuite qu'une demi-réunion immédiate, au moyen de trois points de suture, placés l'un au milieu et chacun des autres à l'un des angles des deux lambeaux. Ces points de suture furent appliqués très-superficiellement au moyen de petites aiguilles en platine, et d'un simple fil n'entourant qu'une seule fois la portion de peau soulevée. Dans les intervalles, je plaçai quelques bandelettes agglutinatives, et terminai le pansement à la méthode ordinaire par un linge troué enduit de cérat, la charpie, etc.

Aussitôt qu'il fut reporté dans son lit, le petit malade, d'une intelligence très-développée pour son âge, nous témoigna sa reconnaissance de la manière la plus expressive et la plus touchante. Nous lui prescrivîmes la plus grande tranquillité, une potion calmante, une légère infusion de tilleul et de feuilles d'oranger.

L'examen du pied justifia complétement le diagnostic porté, et le parti extrême qui venait d'être pris. Chacune des deux fistules aboutissait au calcanéum, dont le tissu entier était ramolli, converti en une substance aréolaire, rougeâtre, friable, infiltrée de pus. L'extrémité postérieure seule de l'os, dans le point auquel se fixait le tendon d'Achille, offrait une plaque mince dans laquelle on pouvait encore reconnaître quelques-unes des apparences du tissu normal; la surface articulaire supérieure était détruite, et le cartilage inférieur de l'astragale déjà érodé se trouvait en contact avec le tissu dégénéré que je viens de décrire. Le cartilage articulaire antérieur du calcaneum existait encore. L'articulation tibio-tarsienne était remplie de pseudo-membranes rougeâtres, filamenteuses,

adhérentes. Le reste du système osseux du tarse paraissait intact ; mais toutes les parties molles et ligamenteuses extérieures, tuméfiées, lardacées, infiltrées de pus, étaient complétement méconnaissables.

Les suites de l'opération furent d'une bénignité exemplaire, à peine y eut-il un peu d'agitation nerveuse et de réaction les premiers jours. Le soir et le lendemain de l'opération, le pouls se maintint à 130 pulsations sans qu'il survînt aucun frisson. Dans la nuit du 13 au 14, il y eut un peu de divagation ; mais elle avait entièrement cessé le matin, et le pouls était même descendu à 120 pulsations.

Le 15, je changeai les pièces extérieures de l'appareil, et le 16 je fis, pour la première fois, un pansement complet : les aiguilles n'étaient point encore détachées, les lèvres de la plaie étaient rapprochées sans être en contact immédiat, la plaie était recouverte d'une suppuration de bonne nature et de médiocre abondance. Je réappliquai le pansement en soutenant doucement les lèvres de la plaie au moyen de bandelettes agglutinatives modérément serrées. Le pansement fut journellement renouvelé de la même manière. Le 21, les aiguilles étaient tombées, et la plaie ne présentait qu'un léger écartement de ses deux lèvres.

Le 23, l'état général était des plus satisfaisants, la plaie en très-bon état ; je remarquai cependant deux bourgeons charnus assez saillants, naissant, l'un de l'extrémité du péroné, l'autre de celle du tibia. En appliquant les bandelettes, j'eus le soin de les faire passer sur leur sommet, afin de commencer à les réprimer un peu ; je cherchai aussi à rapprocher les bords de la plaie un peu plus que je ne l'avais fait les jours précédents.

Le 25, en effet, elle paraissait avair diminué d'étendue. Les bourgeons n'avaient point augmenté. Je les cautérisai avec le nitrate d'argent le 27 et le 30. Le 1er octobre, ils s'affaissaient d'une manière sensible; plusieurs cautérisations successives les réprimèrent complétement et les ramenèrent au niveau de la surface de la plaie, qui en même temps suivait une marche régulière vers la guérison, et diminuait d'étendue.

Au milieu du mois d'octobre, trente et quelques jours après l'opération, le petit malade commença à marcher avec des béquilles.

Le 10 novembre, la guérison était presque complète; restait seule à cicatriser la partie de la plaie correspondant au bourgeon charnu tibias, cautérisé plusieurs fois; le reste était réuni, et présentait un froncis de la peau convergent vers le centre, résultat de la rétraction du tissu inodulaire de la cicatrice. J. Alavena, muni depuis quelques jours de la jambe artificielle fabriquée par M. Martin, commençait à s'exercer à marcher avec elle en s'aidant de deux béquilles. Pendant toute la durée du traitement, je m'étais appliqué à ramener graduellement la jambe à l'extension, et j'y étais peu à peu parvenu.

Le 15 novembre, le petit malade fut amené chez moi par ses parents, et put faire lui-même à pied une partie du chemin avec sa jambe artificielle, en ne s'aidant que d'une seule béquille et de la main de sa mère. Son habileté à la marche fit depuis des progrès lents, mais journaliers. Le 20 novembre, il marchait avec une seule canne, et le 1er décembre sans aucun soutien.

Aujourd'hui, janvier 1845, le petit malade met sa jambe artificielle le matin et la conserve jusqu'au soir, se livre

avec elle dans la journée à tous les amusements, prenant alternativement toutes les attitudes : debout, assis, à genoux, marchant, et courant même en ne présentant qu'une légère claudication. Interrogé avec attention, il nous a toujours répondu que son membre artificiel ne lui occasionne aucune douleur. Le poids seul lui en avait paru un peu gênant les premiers jours, habitué qu'il était à marcher avec ses béquilles, il nous avait fallu d'abord user d'autorité pour lui faire poser la jambe à terre et lui inspirer la confiance nécessaire pour y chercher un appui. Le moignon est actuellement en parfait état. La cicatrice est ferme, solide, rosée, ne présente point de distension; la peau voisine ne présente aucun point enflammé. Les articulations du membre ont recouvré toute la liberté de leurs mouvements. La température du membre ne paraît pas sensiblement plus basse que celle du membre opposé.

La santé générale a aussi éprouvé un immense changement. Toutes les fonctions s'exercent normalement, l'enfant n'éprouve aucune douleur, l'embonpoint et la fraîcheur sont revenus, la glande de l'aine elle-même a considérablement diminué. En conséquence, le succès peut et doit être considéré comme complet.

Nota. L'hiver, qui a été cette année long et rude, n'a point eu d'influence fâcheuse sur le moignon. La cicatrice s'est seulement, à une certaine époque, recouverte de quelques croûtes superficielles qui n'ont pas tardé à se détacher. Les muscles du mollet ont peut-être éprouvé une légère rétraction consécutive, qui a déterminé un peu de conicité; mais la cicatrice reste parfaitement organisée, solide, et ne présente aucune tendance à l'ulcération. Jules

Alavena a été présenté à l'Académie royale de médecine le 20 mai 1845.

— Je sais tout ce qu'il y a d'illogique à tirer d'un seul fait des conclusions trop générales, et je reconnais que l'observation que je viens de relater avec quelques développements ne doit compter que comme une unité dans la supputation des faits qui peuvent servir à établir une doctrine définitive sur les avantages ou les inconvénients des différentes amputations de la jambe. Je crois cependant être en droit de la comparer aux différentes objections que l'on a faites à l'amputation sus-malléolaire, et aux principales raisons que l'on a pu alléguer en sa faveur, quoique ce sujet ait déjà été traité ailleurs avec détail et avec talent, en particulier par MM. Arnal et Martin, dans un mémoire plein d'intérêt, inséré dans les recueils de l'Académie royale de médecine.

Le point de départ de la question que j'aborde ici est évidemment le discrédit général dont cette amputation était frappée à la fin du siècle dernier et au commencement de celui-ci. Mais quelles étaient les causes de ce discrédit? Comment en était-il graduellement arrivé à ce point que cette opération ne pût plus être mentionnée que pour être rejetée sans examen et sans discussion? Il serait curieux de suivre à cet égard toute la série des opinions qui se sont succédées depuis les auteurs anciens jusqu'à ce jour : je n'indiquerai que les principales. Ambroise Paré, le premier, l'inventeur de la ligature des artères, établit en règle générale l'opportunité de pratiquer toujours l'amputation dans le lieu qui depuis a été désigné sous le nom de lieu d'élection, introduisant ainsi dans la pratique des amputations de la jambe la révolution que Hunter

introduisit plus tard dans le traitement des anévrysmes. Ses motifs pleins de justesse sont faciles à comprendre : sûr de se rendre maître du sang, il veut agir sur des tissus sains qui puissent plus facilement se prêter à une manœuvre régulière, à des éventualités prévues, à une guérison rapide, à la conformation d'un moignon régulier propre à l'usage le plus satisfaisant possible du membre mutilé. Le trait de génie consista alors, non point tant dans la détermination du lieu d'élection lui-même que dans la déduction des motifs qui doivent déterminer à agir à une distance des parties malades, telle que le membre se trouve après l'amputation dans les conditions que je viens de signaler. La raison qui lui fit établir d'une manière absolue la désignation de ce lieu d'élection était d'un ordre moins élevé, elle se tirait de l'imperfection dans laquelle se trouvaient alors les moyens prothétiques dont la chirurgie pouvait disposer; elle ne pouvait donc avoir qu'une valeur temporaire, malgré tout le respect que doivent commander les immortelles conceptions du patriarche de la chirurgie moderne.

« Posons pour exemple, dit-il, qu'aucun ait vn esthio-
« mène au pied iusqu'aux malléoles ou cheuilles, En tel cas
« faut bien considérer *là* où tu dois faire l'amputation : car
« selon l'art faut garder le corps humain entier, tant qu'il
« sera possible. Par quoy tu dois oster le moins que tu
« pourras de la partie saine. Ce néantmoins, faut auoir
« considération de l'action et ornement de la partie, les
« quels te donneront conseil de couper ladite iambe à cinq
« doigts ou enuiron près le genouïl : pour ce que l'amputa-
« tion faite en ce lieu, la partie pourra après mieux faire
« son action, qui sera marcher auec une iambe de bois.

« Car s'il était ainsi que l'on coupast seulement vn peu au-
« dessus du mal, le patient serait en peine de porter trois
« iambes, là où il n'en portera que deux. »

Solingen un des premiers essaya de se soustraire à cette nécessité du lieu d'élection, en inventant un moyen prothétique nouveau. Imité par Verduin, par Dionis, par Ravaton, défendu par Garengeot, il fut combattu en ces termes, par Heister : « Je n'ignore pas qu'il est encore des « chirurgiens qui prétendent avec Solingen, Verduin et « Dionis, qu'on ne doit retrancher de la jambe que ce qui « est gâté ; mais je ne crois pas que l'on doive se laisser « ébranler par leur autorité ; car il serait très-difficile, « comme on l'a déjà remarqué, d'adapter une jambe artifi- « cielle à l'extrémité du long moignon qui resterait, et si « l'on voulait attacher cette jambe au-dessous du genou, « on ne pourrait le faire qu'en repliant ce long moignon « en arrière, ce qui rendrait la partie très-difforme et la « marche très-pénible. »

D'autres chirurgiens revinrent à la charge par leurs actes ou par leurs écrits : MM. Arnal et Martin citent les noms de Wite, Alanson, Bell, Berlinghieri comme plus favorables à l'amputation sus-malléolaire, se fondant tous sur les modifications successives qu'ils avaient apportées à l'appareil de prothèse.

Cependant nos auteurs classiques lui sont opposés. Voici en quels termes en parle Sabatier : « Cette méthode est « aussi celle qui est recommandée par Bell. On en a fait « plusieurs essais en France ; mais ils n'ont pas réussi. « J'ai vu des soldats sur lesquels on l'avait pratiquée ne « pouvoir se servir de leur bottine, parce que son usage « ulcérait le moignon en peu de temps : ce qui les rédui-

« sait à la nécessité de garder le lit plusieurs mois de suite. « Lorsqu'ils portaient une jambe de bois semblable à « celle des autres amputés, ils éprouvaient des ébranle- « ments douloureux dans le moignon, ou ils se heurtaient « contre les différents corps au voisinage desquels ils se « trouvaient. L'un d'eux m'a même fait longtemps les sol- « licitations les plus pressantes pour que je lui coupasse « une seconde fois la jambe à l'endroit ordinaire. Le dé- « faut de la bottine que l'on avait fait faire à ces malades « est sensible. Le poids du corps qui portait sur la sur- « face du moignon obligeait la peau qui le recouvre à re- « monter vers le genou et causait à la cicatrice des tirail- « lements auxquels il était impossible qu'elle résistât long- « temps. »

Boyer indique purement et simplement le lieu d'élection sans même parler de l'amputation sus-malléolaire.

Richerand n'allègue aucun autre motif que la gêne occasionnée par un moignon trop long, replié en arrière, et l'impossibilité de supporter la bottine de Ravaton, en s'appuyant de l'opinion de Sabatier, que je viens de rapporter.

Il résulte évidemment pour moi de l'histoire de la science que le défaut d'un moyen de prothèse convenable fut d'abord la principale et peut-être la seule raison qui ait fait rejeter l'amputation sus-malléolaire. Les différents appareils successivement inventés n'ayant pas réussi au gré de leurs auteurs, les essais furent suspendus ; peu à peu on oublia les considérants du jugement pour ne plus voir que le texte de l'arrêt de proscription ; et les auteurs se sont succédés, répétant l'opinion de leurs devanciers sans remarquer qu'une question subsidiaire leur

faisait oublier le véritable fond du procès. Examinons donc aujourd'hui, d'abord la question de prothèse, le mécanisme, l'application et l'usage de l'appareil nouveau que nous possédons; nous dirons ensuite quelques mots des conditions de l'opération en elle-même.

Sous le point de vue de la commodité de la station et de la marche, l'amputation sus-malléolaire ne peut offrir d'avantage qu'à la condition que le moignon puisse être alternativement dans l'extension et dans la flexion et que le genou jouisse librement de ses mouvements normaux. Les auteurs des premiers appareils prothétiques appliqués à la suite de cette opération cherchèrent bien à remplir ce but. Quelques-uns de ceux qui les suivirent le négligèrent dans l'intention d'augmenter la solidité de la marche, mais en faisant ainsi perdre au malade le principal avantage de la méthode.

Les premiers appareils consistaient simplement dans une sorte de botte ou de brodequin dont le pied était plein, et dont la tige suffisamment solide se laçait fortement autour de la jambe. Le poids du corps portait exclusivement sur la cicatrice qui se trouvait pressée entre le fond de l'appareil et l'extrémité des os, et sur la peau du moignon qui en conséquence se trouvait nécessairement repoussée en haut. Il en résultait d'une part l'attrition de la cicatrice entre deux corps durs, et d'une autre part sa distension; et l'on conçoit aisément que sous l'influence de ces deux causes combinées, elle dût devenir douloureuse, s'enflammer, se déchirer, et être remplacée par un ulcère, qui bientôt forçait le malade à chercher une autre base de sustentation et à plier le membre, pour marcher à genoux

si je puis ainsi dire, sur la jambe de bois ordinaire ; telle était la bottine de Solingen.

Je ne parlerai ici ni de la bottine de Bruninghausen, ni de celle de Ravaton, qui n'en différaient que par des modifications peu importantes, et dont on peut voir la description dans le mémoire déjà cité de MM. Arnal et Martin.

Verduin modifia l'appareil en faisant entrer dans la composition deux attelles latérales articulées au niveau du genou, et se prolongeant jusques à la partie moyenne de la cuisse où elles sont réunies par une espèce de large jarretière qui contribue à la solidité générale. Cette addition constitue un progrès ; mais elle laisse encore la majeure partie du poids du corps porter sur l'extrémité du moignon, et conséquemment ne corrige qu'incomplétement l'imperfection dominante de la bottine de Solingen. MM. Mille et Goyrand d'Aix, les premiers, ont apporté à l'appareil de l'amputation sus-malléolaire une modification capitale qui pouvait seule faire entrer cette opération dans le cadre de la chirurgie normale. Cette modification consiste à ne plus faire aucunement porter le poids du corps sur l'extrémité du moignon comme on l'avait toujours fait jusqu'alors, mais à le répartir sur un certain nombre de points plus ou moins éloignés, tels que la partie inférieure du genou, la partie supérieure de la cuisse et la circonférence du bassin. Leur appareil, dont on peut voir la description détaillée dans le mémoire de M. Goyrand, description que MM. Arnal et Martin rapportent textuellement, réalisait un véritable progrès ; mais par son prix élevé, par son poids, par la complication de son mécanisme, etc., il présentait encore des imperfections qui

n'eussent peut-être point permis de généraliser l'amputation sus-malléolaire : ainsi, dans cet appareil, l'articulation du genou était maintenue dans une extension inflexible pendant la marche, à moins que l'opéré ne fît lui-même, avec la main, manœuvrer un ressort qui déterminait sa flexion et son extension alternatives.

M. F. Martin, à son tour, a consacré au perfectionnement de l'appareil de prothèse, destiné à l'amputation sus-malléolaire, le talent mécanique qui le distingue, et nul doute que les modifications qu'il lui a fait subir n'aient été pour beaucoup dans la réaction qui s'est manifestée depuis en faveur de cette opération.

Son appareil pour lequel il a mis à profit, mais en la développant de la manière la plus heureuse, l'idée-mère de celui de M. Mille, se compose de deux attelles métalliques, l'une interne, l'autre externe, calculées suivant les proportions du membre sain. Inférieurement elles se fixent sur un pied en bois léger qui présente au niveau de l'articulation malléolaire une articulation gynglimoïdale telle, que, lorsque l'appareil n'éprouve aucune pression l'extrémité s'en relève légèrement. Mais aussitôt que le talon de ce pied artificiel presse sur le sol, le pied éprouve un mouvement d'extension qui le ramène à poser à plat. Ces deux attelles sont réunies dans toute la portion qui correspond à la jambe depuis les malléoles jusqu'au-dessous du genou par un étui de cuir, lacé en avant, formant en quelque sorte la tige d'un brodequin très-aisé. Au niveau du genou les deux attelles sont brisées par une articulation gynglimoïdale ingénieuse, sur le mécanisme de laquelle je reviendrai tout à l'heure, et qui permet tous les mouvements naturels de flexion et d'extension du genou. Plus

haut elles se trouvent enveloppées dans l'épaisseur des parois d'un cuissard solide, qui s'ouvre et se ferme en avant au moyen de courroies convenablement disposées. L'extrémité supérieure en est façonnée de manière à représenter un rebord rembouré sur lequel appuye la région ischiatique. Une échancrure antérieure et interne protége les organes de la génération. La partie inférieure du cuissard est construite de telle sorte que, formant jarretière au-dessus du genou, elle s'oppose au déplacement de l'appareil. Dans l'application, le moignon se trouve logé dans un étui dont son extrémité ne touche pas le fond. Cet étui n'exerce latéralement sur la jambe qu'une pression légère et incapable de repousser la peau vers les parties supérieures; il en résulte, surtout si l'on a soin d'appliquer chaque jour une bande roulée au-dessous du genou et de haut en bas, refoulant conséquemment la peau ve s la cicatrice, ainsi qu'on le fait chaque jour sur mon jeune opéré, que celle-ci, dans aucun cas, ne se trouve distendue et comprimée sur les extrémités osseuses, le poids du corps portant tout entier sur la région ischiatique. La jambe de l'opéré, à proprement parler, ne supporte pas le poids du corps, elle sert seulement à diriger l'appareil qui, sous le rapport de la sustentation, la supplée complétement. Une disposition ingénieuse de l'articulation du genou, et qui a permis de supprimer des ressorts compliqués, est celle qui a reporté l'axe de cette articulation à un centimètre en arrière de l'axe vertical du membre, disposition, du reste, copiée sur la nature que les plus habiles mécaniciens ne sauraient trop imiter. Il en résulte que le centre de gravité du corps passe au devant du centre de mouvement de cette articulation, et la flexion ne pouvant se faire qu'en arrière, la station verticale se maintient d'elle-même, assurée par les lois physiques de la pesanteur; la flexion peut ensuite

s'exercer librement et à volonté, sans avoir à vaincre la résistance d'aucun ressort.

Tel est l'appareil dont notre jeune malade se sert sans aucune gêne et sans douleur. On lui a fait cependant plusieurs reproches. On s'est plaint encore de son poids, de son prix, de la complication de son mécanisme et de la gêne que quelques malades en avaient éprouvée, et qui les avaient forcés à y renoncer. Je ferai remarquer d'abord que, par les derniers perfectionnements que M. Martin lui a fait subir, son poids, son prix et sa complication primitive ont été considérablement diminués depuis l'époque à laquelle ces reproches lui étaient adressés. La jambe de bois réglementaire de nos Invalides pesant 1 kil. 750 gr.; un appareil d'adulte, du modèle de M. Martin, pèse 2 kil. 250 grammes, 500 grammes, par conséquent (une livre), de plus. Mais il est juste de remarquer que le poids de toute la partie de l'appareil située au-dessus du genou, agissant sur un bras de levier plus court, perd une partie importante de sa pesanteur relativement à l'individu auquel l'appareil est appliqué, ce qui tend à diminuer la différence sensible. Il est vrai de dire que le prix est peut-être encore élevé pour les bourses peu aisées ou pour les administrations publiques; il a cependant subi une notable diminution, et d'ailleurs je ne pense pas qu'une question d'argent doive primer d'une manière absolue une question d'humanité. La question de la complication de l'appareil serait plus grave ; on conçoit, en effet, l'inconvénient qu'il y aurait pour un habitant des campagnes par exemple, éloigné d'un mécanicien capable, à être muni d'un appareil qui exigerait de fréquentes réparations, le forcerait chaque fois à rompre ses habitudes et à suspendre ses travaux; mais

l'appareil, tel qu'il existe aujourd'hui, ne présente plus aucune complication. La disposition que j'ai signalée de l'articulation du genou a supprimé le ressort de fusil et la chaîne de montre, destinés, dans les premiers modèles, à assurer l'extension, et qui formaient les seules pièces susceptibles de quelque dérangement.

Sans prétendre nier que quelques individus aient eu peine à s'habituer à l'usage de ce membre artificiel, je ferai seulement remarquer que c'est surtout sur des Invalides opérés depuis longtemps que cette observation paraît avoir été faite. Or, qui ne comprend au premier abord les motifs qui, dans ces cas, doivent amener ce résultat? Sur des hommes âgés, amputés depuis plusieurs années, habitués à marcher avec le genou fléchi, les muscles et les ligaments qui entourent l'articulation n'ont-ils pas eu le temps de se façonner à cette position, et de contracter une raideur qui doit plus tard rendre l'extension plus douloureuse et plus difficile? et d'ailleurs l'Invalide n'a-t-il pas un intérêt d'amour-propre inverse de celui des autres membres de notre société? Loin de chercher à cacher une mutilation honorable, ne met-il pas son orgueil à la montrer?

Ces différentes objections ne me paraissent donc pas d'une valeur absolue, et l'appareil actuel me paraît bien près de répondre à tout ce que la chirurgie était en droit de demander à la mécanique. Le grand avantage qu'il présente est de permettre la flexion et l'extension alternatives, naturelles et spontanées du genou, avantage que n'a aucun des appareils prothétiques appliqués jusqu'à ce jour à l'amputation au lieu d'élection. Il en résulte pour l'opéré l'aptitude à une foule d'actes impossibles avec le pilon. Notre enfant se livre à tous les jeux de son âge, ai-je dit,

se roule à terre, marche à genoux, se relève, monte sur les meubles sans aucune difficulté, ce qui lui serait certainement impossible avec une jambe de bois; et, pour citer des exemples plus sérieux, des opérés, munis de cet appareil, peuvent monter à cheval suivant les règles de l'équitation, au lieu d'avoir une jambe raide, inflexible, divergente, qui nuit à leur solidité, et est une gêne très-grande par le développement de la place qu'elle exige. Un jeune officier de marine, muni de la jambe de bois de M. Martin, continue à servir dans son grade, et il lui suffit que la semelle de sa botte soit un peu cambrée pour qu'il puisse même monter aux échelles de corde de son navire. Cet exemple, mieux qu'aucun autre, démontre les avantages de cet appareil pour une foule de professions.

La perfection de l'appareil une fois démontrée, ne devons-nous pas considérer comme favorable à l'amputation sus-malléolaire les auteurs anciens qui ne la rejetaient qu'en raison de la question de prothèse? Reste donc seule maintenant à examiner l'opération en elle-même, sous le point de vue de la douleur, des accidents primitifs et consécutifs de la cicatrisation, etc.

Nous avons déjà vu que les auteurs anciens subordonnent leurs reproches à l'imperfection de l'appareil de prothèse, et qu'aucun n'allègue d'inconvénient réel inhérent à l'opération elle-même; ce n'est que depuis peu de temps que la discussion a été véritablement portée sur ce terrain. Peut-être y a-t-il eu quelque exagération dans les éloges que les partisans de l'opération lui ont décernés sous le rapport qui m'occupe en ce moment; mais bien certainement aussi ses adversaires sont tombés dans le même excès. Il y a assurément impossibilité de mesurer

d'une manière absolue la somme comparative de douleur inhérente à l'amputation sus-malléolaire et à l'amputation au lieu d'élection, et sous ce rapport, quoique l'on puisse alléguer d'une part la moindre épaisseur des parties sur lesquelles porte l'amputation, et la subdivision plus déliée des filets nerveux, et d'autre part la gêne résultant, pour la manœuvre opératoire, de l'étroitesse de l'espace inter-osseux, la densité plus grande du tissu tendineux, etc., il est bien probable que la différence des douleurs dans l'une et l'autre opération est assez minime pour ne devoir que bien peu entrer en ligne de compte dans le choix que l'on en doit faire.

La durée de l'opération, si elle pouvait être fixée rigoureusement, serait je crois le meilleur moyen d'apprécier la somme de douleur que le patient doit avoir à supporter dans l'un et l'autre cas ; mais cette durée varie elle-même suivant une multitude de circonstances étrangères au choix de l'une ou l'autre méthode, et dès lors ne peut plus être entre elles un motif de préférence légitime. Quant à l'appréciation de la gravité, une statistique complète des résultats de l'une et de l'autre serait sans doute le seul moyen de l'apprécier exactement ; mais les éléments de cette statistique manquent : on l'a souvent répété, la science ne possède que des faits particuliers, et personne ne saurait affirmer que les faits inédits ne soient de nature à renverser les conclusions que l'on pourrait tirer sous ce rapport de la comparaison, quelque rigoureuse qu'elle fût, des faits enregistrés. On en est donc réduit à se former une opinion d'après une appréciation intellectuelle et intuitive, si je puis ainsi dire, et non point absolument numérique des résultats. Les uns ont prétendu que les accidents

primitifs doivent être plus graves et plus fréquents, d'autres qu'ils doivent être plus rares et plus légers, sans que les raisons théoriques alléguées de part et d'autre offrent en réalité une grande valeur : on a signalé l'hémorrhagie, le tétanos, les fusées purulentes, la nécrose; et les faits connus, en tenant compte de l'élément de doute que je signalais tout-à-l'heure, ne me paraissent point indiquer que ces accidents soient en réalité plus fréquents après l'amputation sus-malléolaire qu'après tout autre.

Un point plus important serait l'examen de la cicatrice, de sa densité, de la configuration du moignon, de sa vitalité, de sa calorification. Nous avons vu que la cause unique ou principale de la fragilité et de l'ulcération de la cicatrice était autrefois sa compression entre les os et le fond de l'appareil; cette cause supprimée, le résultat n'existe plus, et la cicatrice est aujourd'hui aussi solide après cette amputation qu'après toute autre. Chez notre jeune opéré, elle est ferme, résistante, et ne présente aucune tendance à se déchirer.

La circulation se conserve assez active dans le moignon, pour qu'il ne soit pas plus qu'un autre exposé à se mortifier, et je ne sache pas qu'il existe dans la science d'exemple de cet accident dont l'appréhension ne me paraît pas motivée sur des raisons réelles. Les deux jambes de notre jeune opéré ne présentent pas de différence notable de température. On a pu voir dans l'observation que l'influence d'un hiver long et rigoureux avait été nulle sous ce rapport.

La plus grande longueur des faisceaux musculaires de la partie postérieure du membre est de nature à faire craindre une plus grande fréquence de la conicité du moignon;

mais le procédé opératoire permet de donner facilement aux parties molles toute la longueur nécessaire pour prévenir ou modérer cet inconvénient. Il est bon de ne pas perdre cette considération de vue pendant la pratique de l'opération. Une idée qui ne m'appartient pas, mais qui, je crois, n'a point encore été publiée quoiqu'elle m'ait été soumise verbalement par un confrère, porterait à craindre que sur des individus opérés, comme le jeune enfant qui fait le sujet de cette observation, avant leur entière croissance, l'allongement des os de la jambe continuant à se faire sur une plus grande longueur qu'après l'amputation au lieu d'élection, ceux-ci ne finissent par être disproportionnés à l'accroissement et à l'extensibilité des parties molles, et alors reproduire consécutivement la conicité du moignon, ulcérer la cicatrice et déterminer des accidents sérieux. Je ne sache pas que cette appréhension soit jusqu'à ce jour fondée sur une observation réelle, et il me semblerait *à priori* que l'accroissement des parties molles du moignon et des os dût se faire dans des proportions équivalentes. Quoi qu'il en soit, cette question mérite d'être éclaircie par l'expérience : si cette idée se trouvait exacte, l'objection ne porterait que sur la conduite à tenir relativement aux enfants, et n'aurait aucunement trait aux individus dont la croissance serait terminée au moment de l'opération; peut-être conviendrait-il alors de ne pratiquer l'amputation sus-malléolaire que sur les adultes; tout au moins faudrait-il si l'on continuait à la pratiquer sur les enfants, exagérer de beaucoup la longueur des parties molles relativement aux os.

Quelle que soit la solution que le temps et l'expérience apporteront à cette question, il ne me paraît pas possible

d'alléguer actuellement de raison absolument concluante contre l'amputation sus-malléolaire considérée en elle-même et d'une manière générale. Il semble de prime-abord qu'elle doive être moins grave que l'amputation pratiquée au lieu d'élection, et telles sont, en effet, les conclusions du rapport fait à l'Académie de médecine sur le mémoire de MM. Arnal et Martin. Mais la véritable raison qui milite en sa faveur est certainement l'aptitude plus grande du membre, une fois muni d'un appareil approprié, à se prêter aux mouvements variés, aux différentes attitudes et aux divers usages auxquels il est appelé dans l'état normal. J'ai plus haut démontré cette aptitude par les détails mêmes de cette observation.

J'ai indiqué avec quelque développement le procédé opératoire que j'ai cru devoir mettre en usage; c'est le procédé adopté par M. Blandin, c'est celui qui me paraît le plus expéditif et le plus avantageux, sous plusieurs points de vue. La double incision latérale hâte la dissection de la peau en avant, favorise la section oblique des parties postérieures, qui viennent ensuite combler l'intervalle interosseux; elle permet de donner aux parties molles toute la longueur qne l'on peut désirer, et favorise l'action de la scie sur un point de l'os assez élevé pour éviter la conicité du moignon; elle favorise aussi considérablement la recherche des vaisseaux. L'incision unique proposée par M. Lenoir offre peut-être, sous ces différents rapports, les mêmes avantages; mais je craindrais, à cause de la proximité de la crête du tibia, que les deux lèvres ne fussent écartées et qu'il n'en résultât quelquefois un obstacle à une cicatrisation régulière.

Je crois devoir terminer ici mes remarques relatives au

fait particulier qui fait le sujet de cette observation; je ne prétends pas avoir discuté à fond toutes les considérations que l'on pourrait y rattacher, j'ai eu seulement en vue, en publiant un fait nouveau, d'exposer sous quels points de vue il me paraît conforme à ceux que possédait déjà la science en faveur de l'amputation sus-malléolaire.

Docteur Lucien BOYER.

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

ANALYSES D'OUVRAGES.

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 le docteur L. Aug. MERCIER, auteur des *Recherches sur les maladies des organes urinaires et génitaux considérés particulièrement chez les hommes âgés*. Un vol. in-8°, prix 6 fr. A Paris, chez Labé, libraire de la Faculté de Médecine, place de l'École-de-Médecine, n. 4.

« Toute découverte dans le domaine médical, fût-elle « spéculative, est utile, par cela seul qu'elle satisfait un « besoin de l'esprit en donnant à nos connaissances plus

« d'étendue et de précision. Mais une découverte acquiert « surtout un haut degré d'importance, quand, marquée « d'un caractère essentiellement pratique, elle concerne « une maladie très-fréquente, qui peut s'emparer de « l'homme presque au berceau et le conduire tôt ou tard « à la tombe, à travers une série de tribulations et d'an- « goisses. La découverte des valvules du col de la vessie, « a ce dernier caractère » Pag. 525.

Cette phrase tirée du livre de M. Mercier me semble parfaitement applicable à la découverte de cet auteur. Cependant une telle opinion pourrait à bon droit paraître suspecte : voyons sur quelle donnée elle repose, et disons si cette découverte mérite l'assentiment que lui ont accordé beaucoup de savants. Pour juger une pareille question il nous suffira d'exposer les idées de l'auteur. Établissons d'abord ce que M. Mercier entend par l'expression de valvules.

Si l'on examine attentivement l'orifice vésical dans l'urèthre d'un homme ayant succombé à une maladie autre qu'une maladie des voies urinaires, on observe à la partie postérieure un léger renflement, proéminent en avant. Ce relief normal peut se développer au point d'acquérir 8 à 10 millimètres, et former une sorte de soupape à bord antérieur lisse et parfaitement libre. « Si l'on pratique une ou plusieurs incisions sur cette valvule d'avant en arrière, de son bord libre vers sa base, on la trouve formée d'un tissu blanc-grisâtre, quelquefois blanc-bleuâtre », (p. 52) faisant partie du plan musculaire transversal, et pour cette raison, appelée valvule *musculaire*. « D'autres fois on rencontre encore derrière le col de la vessie une valvule saillante, plus saillante même que dans

les cas précédents, puisque je l'ai vue dépasser de 20 et même de 27 millimètres le niveau de la paroi postérieure de l'urèthre. Cette valvule a généralement son bord libre bosselé, plus épais que dans le cas précédent, et plus ou moins saillant dans son milieu..... Si l'on incise cette valvule, on rencontre immédiatement le tissu prostatique ; elle est donc formée par l'hypertrophie générale et uniforme des granulations sus-montanales de la glande..... Voilà donc une deuxième espèce de valvules que je nomme prostatiques » p. 54. Si l'on se rappelle maintenant que l'orifice vésical de l'urèthre se ferme non-seulement par une sorte de sphincter, mais encore par une traction en avant du bord postérieur, on concevra de suite quels graves inconvénients peuvent se rattacher à l'existence des valvules qui chargent et embarrassent ce bord postérieur, et l'on comprendra quelles entraves elles doivent apporter à l'excrétion des urines.

Le développement plus ou moins considérable de la valvulve entraîne une rétention plus ou moins complète qui peut devenir absolue : c'est là ce qui constitue le premier effet de la maladie. Bientôt le séjour forcé de l'urine dans la vessie entraîne une irritation des parties voisines de l'urèthre, de l'épididyme, de la vessie elle-même; l'urine se trouble, son réservoir se distend et s'hypertrophie, sa contractilité augmente ou se perd; les uretères et les bassinets participent à l'irritation générale; on a cité jusqu'à l'atrophie des reins .L'inflammation de la muqueuse, surtout au pourtour de l'orifice uréthral, commence, et peut se propager jusqu'au péritoine ; la fièvre, le délire, les accidents les plus graves ont été observés à l'occasion de plusieurs des symptômes que je viens de signaler ; en un mot, il se développe une série d'accidents dont la cause

se rattache manifestement à l'occlusion plus ou moins parfaite de l'urèthre. Ces divers accidents peuvent se rattacher à des causes différentes produisant un obstacle au cours des urines, mais ils ne servent nullement à faire connaître la nature de l'obstacle. Pour préciser le diagnostic, de nouvelles investigations sont nécessaires, et M. Mercier se sert dans ce but d'un instrument particulier qu'il nomme *cathéter explorateur*.

Le cathéter explorateur est « formé d'une tige métallique de 5 à 6 millimètres de diamètre, longue de 35 centimètres environ, droite dans presque toute sa longueur, courbée à angle presque droit (100 à 110 degrés) à 10 ou 12 millimètres de son extrémité vésicale, munie, à son extrémité externe, d'une plaque polygonale perpendiculaire à la direction de son bec et graduée sur ses faces antérieure et postérieure. » Pour se servir de cet instrument on l'introduit dans le canal en prenant certaines précautions qu'exige sa forme coudée; il arrive ainsi jusqu'à l'orifice vésical, s'arrête contre la valvule soulevée, puis entre tout à coup dans la vessie, en donnant la sensation d'une résistance vaincue. On sait alors qu'il existe un obstacle, mais cela ne suffit pas. M. Mercier pratique la manœuvre suivante pour s'assurer si la valvule est musculaire ou prostatique :

« Je tiens, dit-il, la tige du cathéter à peu près parallèle à l'axe du tronc, et j'attire son bec contre le bord antérieur du col vésical; puis de là, le dirigeant tantôt à droite, tantôt à gauche, je lui fais parcourir toute la circonférence de cet orifice en exerçant constamment sur le pavillon une traction légère. — Si, dans ce trajet, se rencontre une tumeur, le bec est arrêté, et il faut lui im-

primer un mouvement d'ascension pour passer par-dessus et pouvoir continuer la rotation. Dans le cas où une tuméfaction régulière et égale des granulations sus-montanales de la prostate a déterminé une valvule, l'instrument n'est pas arrêté comme dans le cas précédent; cependant, il monte régulièrement et par degrés jusqu'à ce qu'il regarde directement en arrière, pour descendre ensuite à peu près de la même manière. Dans les cas, au contraire, où on aurait affaire à une valvule musculaire, ce mouvement ascensionnel pourrait encore exister, mais bien moins marqué que dans les cas précédents », p. 180 et 181. Cependant M. Mercier avoue qu'il faut encore s'aider des symptômes généraux pour faire la distinction des valvules des deux espèces.

Lorsqu'on s'est assuré de la présence d'une valvule quelconque au col de la vessie, il faut procéder au traitement. Diverses indications sont à remplir : attaquer les causes, combattre les complications; et en définitive détruire la membrane développée à l'orifice vésical de l'urèthre. Un grand nombre de moyens différents ont été mis en pratique pour satisfaire aux indications dont je viens de parler. M. Mercier s'est étendu fort longuement sur chacun de ces moyens dont le plus grand nombre appartiennent à la thérapeutique chirurgicale ordinaire : je ne m'y arrêterai donc pas. Il en est d'autres, au contraire, qui appartiennent essentiellement au traitement de la valvule et qui sont dus à l'auteur. C'est sur ce dernier moyen que je vais fixer l'attention d'une manière spéciale.

M. Mercier a proposé et plusieurs fois mis en pratique avec succès l'incision dans toute son épaisseur de la val-

vule uréthro-vésicale. Pour cela il emploie un instrument particulier dont je vais lui emprunter la description : « Mon troisième instrument a la forme de ma sonde exploratrice; seulement il n'est pas tout à fait cylindrique, et il a un peu plus de diamètre de la face correspondant au bec vers la face opposée, tandis qu'il en a un peu moins d'un côté à l'autre. Dans l'épaisseur de la tige, tout près de l'angle de courbure, se trouve une lame qu'on peut faire saillir à volonté de 2, 4 et 6 millimètres, sans que, cependant, la pointe de cette lame se dégage complétement de l'épaisseur du bec, condition importante pour ne pas être exposé à accrocher les tissus. Lorsque l'instrument est ouvert au maximum, le tranchant de la lame représente une ligne qui, partant de la tige, à 15 millimètres de l'angle, irait tomber sur le milieu à peu près du bec. Un mécanisme particulier permet de l'ouvrir au degré convenable et de la fermer à volonté.

« Lorsqu'on l'introduit dans la vessie, on explore le col, on tourne le bec directement en arrière et on l'attire jusqu'à la valvule. Après s'être bien assuré de l'état des choses, on le repousse dans la vessie d'une quantité égale à la longueur de la lame, et on ouvre celle-ci de 4 millimètres, terme moyen. Il suffit alors de retirer l'instrument jusqu'à ce que son bec se trouve arrêté par le col de la vessie, pour opérer la division de la valvule, de son bord libre vers son bord adhérent. Après ce premier temps on peut fermer la lame, ou bien, comme je le fais presque toujours sans inconvénient, on repousse l'instrument comme la première fois et dans la même direction, ce qui permet de rendre la section plus complète encore; puis, si l'on veut faire des incisions latérales, on répète la même manœuvre, le bec

étant toujours tourné en arrière, mais dans la direction des diamètres obliques du bassin. Après quoi, on ferme la lame, on tourne le bec en avant et on ferme l'instrument. » p. 253. Il est inutile de faire un pansement, ou si l'on aime mieux un traitement consécutif local.

Telle est en résumé l'histoire de cette maladie dont la première description appartient incontestablement à M. Aug. Mercier. Quelques années à peine se sont écoulées depuis les recherches curieuses de ce jeune auteur, et déjà il est arrivé à des notions tellement précises que cette maladie si grave par les désordres qu'elle entraînait à sa suite, et par la mort qui en est souvent la conséquence, a pris rang parmi les maladies les moins importantes (sous le point de vue de la gravité), puisqu'elle peut être guérie dans une quinzaine de jours au plus. C'est au moins ce qui se passe dans les cas ordinaires. On a fait des objections au système de traitement proposé par l'auteur, je les passerai sous silence; car toute question de cette nature n'attend de solution satisfaisante que du témoignage des faits. L'expérience a été jusqu'à présent favorable à M. Mercier; nous devons donc nous tenir sur nos gardes afin de ne pas accepter trop légèrement ces observations *à priori*, si propres à décourager les novateurs et les hommes d'action.

Cette partie du travail de M. le docteur Mercier se termine par une sorte d'appendice intitulé : Conclusion; bien que le chapitre ne conclue à rien, si ce n'est à ceci : que J.-J. Rousseau portait une valvule vésico-uréthrale et mieux que cela, une valvule musculaire. Ce n'est pas la première fois que ce pauvre Jean-Jacques passe par des mains chirurgicales. Soemmering a déjà déclaré qu'il était affecté « d'un état spasmodique des parties voisines du col

de la vessie, ou du col même; » telle était aussi l'opinion des chirurgiens qui firent son autopsie. Lorsque M. Amussat s'occupa du rétrécissement de l'urèthre, il supposa que le canal de Jean-Jacques était enflammé chroniquement : de l'inflammation chronique à un rétrécissement il n'y avait pas loin. M. Lallemand de Montpellier, le célèbre auteur du *Traité des pertes séminales*, avança à son tour que Rousseau était affecté de pertes séminales involontaires; enfin M. Mercier, dans un traité des valvules uréthro-vésicales, ne pouvait rattacher la maladie de J.-Jacques à une autre cause. Cela paraît trop juste, et ce n'est pas moi qui m'inscrirai en faux contre cette opinion; j'aime mieux croire sur parole. Cependant, que l'on me permette de ne pas aussi facilement passer condamnation sur une déduction de l'auteur. M. Mercier croit que la maladie des organes génito-urinaires dont était atteint l'auteur d'*Emile* était cause de son caractère mélancolique et misanthrope, de sa tournure d'esprit parfois si bizarre, de sa timidité, de son irascibilité, de son mécontentement de tout ce qui l'entourait, de sa rancune sérieuse contre la médecine, et de beaucoup d'excentricités dont il n'était pas avare. Sans nier toutefois d'une manière absolue l'influence des maladies des organes génitaux sur les facultés cérébrales, il me semble difficile d'admettre que c'était la petite valvule uréthro-vésicale dont l'influence sur le cerveau faisait naître chez Rousseau l'idée d'un costume arménien, ou l'empêchait d'entrer chez le pâtissier pour acheter des petits pâtés; ou enfin, lui inspirait telle autre idée plus bizarre encore.

Cette opinion de l'auteur a été érigée en système par d'autres personnes, et c'est pour cette raison que je prends à tâche de la relever. On a cru pouvoir établir que les

organes génito-urinaires avaient la propriété d'entraîner le délire mélancolique et surtout l'hypochondrie ; puis on a aussitôt proclamé la proposition inverse, en disant : l'hypochondrie naît d'un trouble dans les organes génitaux. C'est là une erreur manifeste. Les troubles organiques peuvent tous produire le délire dans des conditions que la science ne nous a pas encore permis de préciser.

Ainsi l'inflammation de l'estomac, celle du péritoine, des reins, du foie, etc., peuvent produire avec une égale facilité une réaction vers les centres cérébraux. Mais cela ne suffit pas pour occasionner tel ou tel délire, pour faire naître telle ou telle idée. Cela est si vrai, qu'une maladie du foie développe l'hypochondrie, qu'une maladie d'estomac la développe également, et que les affections de beaucoup d'autres organes jouissent du même privilége. Par conséquent la forme du délire, par exemple la forme de la monomanie hypochondriaque, ne tient pas plus à une valvule uréthrale qu'à une cirrhose, qu'à une ulcération de l'estomac, à une inflammation de la vessie, à un rétrécissement de l'urèthre, ou à telle autre affection organique. Il est donc nécessaire de distinguer le fond de la forme ; la nature du délire, de son mode d'être symptomatique. C'est pour n'avoir pas fait cette distinction que plusieurs auteurs sont tombés dans des erreurs des plus complètes. Je dirai donc en terminant que les maladies organiques ou lésions matérielles des organes génito-urinaires peuvent produire le délire ; mais je nie, jusqu'à démonstration contraire, qu'elles puissent entraîner une forme particulière de délire : pas plus la monomanie hypochondriaque que la monomanie suicide ou telle autre monomanie. Des circonstances particulières, des prédispositions, peut-être

des troubles cérébraux *particuliers*, que sais-je encore? sont seuls aptes à amener la forme caractéristique du délire. Je n'insisterai pas davantage sur cette dissertation incidente, parce que M. A. Mercier ne paraît pas attacher lui-même une trop grande importance à son opinion. Je soupçonne même qu'il y a dans la citation de l'histoire de Rousseau plus d'amour-propre d'auteur que de besoin d'y trouver un fait à l'appui de travaux sérieux. C'était une occasion de faire des rapprochements inattendus, de montrer son érudition autant que la finesse de son intelligence, de captiver les lecteurs légers qui effleurent la science et la repoussent quand elle se présente avec sa rude écorce et ses allures sévères; au total, ce n'était ni un crime, ni une faute, c'était un trait d'esprit.

Passons maintenant à un sujet plus grave. Le volume de M. le docteur Mercier se termine par un mémoire sur un nouveau moyen d'extraire les fragments après la lithotritie dans les cas compliqués de rétention d'urine. Ce mémoire a déjà reçu la sanction de la publicité, car il a été lu à l'académie des sciences dès le mois de juin 1842.

Lorsque la lithotritie fut inventée, on ne prévit pas tout d'abord les difficultés qui s'attacheraient à l'entraînement des fragments de pierre; mais lorsqu'on fut à l'œuvre, on trouva que dans beaucoup de circonstances l'évacuation des débris était plus difficile que leur brisement, et l'on se convainquit par l'expérience que les entraves à cette évacuation pouvaient devenir une cause capable d'empêcher le succès de l'opération, et par conséquent, être une contre-indication la plus formelle à l'emploi de la nouvelle méthode. Lorsque le malade est jeune, que le canal de l'urèthre est libre, que la vessie a conservé sa

contractilité, les urines en s'écoulant entraînent librement avec elles les fragments de pierre ou le sable qui s'y trouve mélangé; mais il arrive souvent que la vessie altérée depuis longtemps a perdu son ressort, qu'elle sécrète des mucosités filantes, sorte de gangue dans laquelle s'agglomèrent les fragments, que l'urèthre est rétréci, que son orifice vésical est obturé par une valvule musculaire ou prostatique; alors, les fragments restent dans le bas-fond de la vessie, qu'ils irritent, et sont près de devenir non pas le germe, mais le point de départ de calculs plus gros.

Dans ces conditions, l'opération, loin d'être avantageuse pour le malade, devient une cause d'accidents en provoquant la formation de nouveaux calculs. Je n'insisterai pas davantage sur ces divers accidents; il suffit de les rappeler pour faire comprendre toute l'attention que les médecins leur ont donnée. Plusieurs lithotriteurs parmi lesquels on doit citer M. Heurteloup et M. Leroy, ont inventé des instruments destinés à évacuer les fragments et le sable. Mais la plupart de ces derniers présentent des inconvénients majeurs ou ne remplissent pas leur but.

M. Mercier, frappé de la nécessité d'un instrument nouveau, fit plusieurs tentatives successives qui le conduisirent à la construction de sa *sonde à double courant*. L'auteur se propose de faire passer un courant d'eau dans la vessie, courant assez fort pour soulever les parcelles de pierre et les entraîner au dehors en même temps que l'eau à laquelle ils se trouvent mélangés. Pour atteindre ce but, il introduit par l'un des deux tubes de la sonde un filet d'eau que l'on peut prolonger indéfiniment ou du moins autant que l'exigent les besoins du malade. Comme on peut déjà l'apercevoir, cet instrument ressemble au fond à la sonde de M. Clo-

quet, mais modifiée et applicable à un cas particulier. Avant d'indiquer la manière de se servir de cette *sonde à double courant*, voyons en quoi elle consiste. Cet instrument, « si on le suppose fermé, a la forme d'une sonde droite dans presque toute sa longueur, et coudée à 25 millimètres environ de son extrémité, de manière à former un angle un peu plus ouvert que l'angle droit (110 à 120 degrés). Mais cette sonde est, suivant sa longueur, formée de deux pièces dont l'une, correspondant à la cavité, forme le troisième tiers. Les bords de la portion droite de cette dernière que j'appellerai *mâle*, sont reçus dans une rainure que présente chacun des bords de la portion correspondante de l'autre pièce que je nommerai *femelle*. De cette manière, lorsqu'on fait glisser la pièce mâle dans les rainures de la pièce femelle, leur bec s'éloigne l'un de l'autre.

La pièce femelle présente sur sa convexité, ou dos, une gouttière très-profonde dans la portion droite, peu profonde au contraire dans la partie qui forme le bec.

La pièce mâle présente également une gouttière, mais sur sa concavité. Cette gouttière est destinée à compléter le canal formé par la gouttière de l'autre pièce lorsque toutes deux sont assemblées. Ce canal a 6 millimètres, pourvu que l'instrument en ait seulement 8. Cette pièce mâle offre une particularité; c'est qu'elle est formée elle-même de deux lames concentriques soudées par leurs bords, mais faisant partie de circonférences inégales, de telle sorte qu'il existe entre ces lames, dans toute leur longueur, un petit canal en forme de croissant. Ce canal se termine à l'extrémité externe, par un entonnoir muni d'un robinet, et, à l'extrémité interne, il s'ouvre du côté concave par plusieurs petit trous disposés en arrosoir.

Ainsi l'instrument, lorsque ses deux pièces sont assemblées, forme deux canaux : l'un qui est très-large et circulaire, doit donner passage au détritus; l'autre qui est beaucoup plus étroit, sert à pousser un courant d'eau dans la vessie » (pag. 356).

Telle est la sonde à double courant; sa description suffit seule pour en faire connaître l'usage. Pour s'en servir, voici les préceptes que donne M. Mercier.

« On fait coucher le malade sur le bord de son lit, de manière qu'il n'ait plus qu'à poser les pieds sur le sol pour se mettre debout. On introduit la sonde fermée, après avoir bouché chacun de ses canaux. Cela fait, on tourne son bec en arrière et on l'attire en bas, de manière à déprimer le bord postérieur de l'orifice uréthro-vésical. Ensuite on pousse la branche mâle de 3 à 4 centimètres, puis on fait mettre le malade debout, le corps penché en avant et les mains appuyées sur le dossier d'une chaise; c'est alors seulement qu'on ouvre le grand canal en retirant l'espèce de piston qui le ferme, et immédiatement, toute l'urine contenue dans la vessie s'y précipite, entraînant avec elle une plus ou moins grande quantité de détritus. Ensuite on ouvre le canal de la pièce mâle, et on y pousse des injections au moyen d'une seringue à lithotritie, à laquelle il est bon d'adapter un tube flexible qui permet à l'aide qui la fait manœuvrer de prendre la position la moins gênante pour l'opérateur.

« L'instrument s'ouvre à la partie la plus déclive de la vessie qu'il déprime encore; il forme là une espèce d'entonnoir où le détritus est entraîné par son propre poids et par le courant du liquide injecté. Je dirai plus, c'est que l'effet dont je parle est tellement marqué, qu'il devient un incon-

vénient dans beaucoup de cas. Le détritus se précipite avec une telle rapidité dans le canal qu'il l'obstrue bientôt malgré son large calibre. » Pour parer à cet inconvénient véritable, M. Mercier introduit dans le canal une tige flexible qui sert à le désobstruer; mais souvent cela ne suffit pas. Il préfère donc laisser le malade couché sur le bord de son lit. L'injection liquide sert seule à mettre en mouvement les fragments pulvérulents et les entraîne graduellement, tandis qu'elle agit plus difficilement sur les gros fragments. Il ne faut pas attacher une faible importance à ces petits détails, car ce sont eux qui rendent possible l'emploi de la plupart des instruments, et souvent on échoue dans la pratique d'une opération, faute de les connaître. Je ne saurais m'étendre davantage sur ce sujet intéressant, sans dépasser les bornes d'une analyse ; ce que je viens de dire suffit pour faire comprendre toute la portée du travail de M. Mercier.

Ayant eu dans une autre circonstance l'occasion d'entretenir les lecteurs de la *Revue médicale* d'un autre ouvrage de M. Mercier, je signalais le caractère essentiellement pratique de son travail. Aujourd'hui j'ai à faire une remarque tout à fait pareille : en effet, les *recherches* sur les valvules uréthro-vésicales sont fondées sur des travaux d'amphithéâtre et sur des observations cliniques. Le raisonnement, les conceptions *à priori*, les inductions sont employées avec une grande sobriété, et ne prennent jamais le pas sur l'observation directe; ils servent d'auxiliaire utile, mais ne constituent pas le fond de l'ouvrage.

L'alliance de l'induction et de l'observation directe, dans une proportion convenable, est devenue une chose telle-

ment rare qu'on doit féliciter les hommes qui savent l'accomplir avec talent.

Docteur BOURDIN.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE DE PARIS.

Cautérisation vaginale multiple. — Traitement de la bronchite capillaire par l'émétique. — Phlébite à la suite d'une saignée. — Rupture du cœur. — Double hydrocèle. — Opération de la cataracte sur un seul œil. — Stomatite mercurielle. — Recherches sur la tanaisie. — Danger des injections arsenicales dans les cadavres, — Et des grains chaulés à l'arsenic. — Transformation du chlorure mercurique en chlorure mercureux. — Procédé pour camphrer les vésicatoires. — Pansement des brûlures et des vésicatoires. — Moyen d'expulser les corps étrangers des voies aériennes. — Traitement de la colique des peintres par l'huile de croton-tiglium.

Gazette Médicale.
(Juin 1845).

De la cautérisation vaginale multiple, envisagée comme cure radicale des écoulements leucorrhéiques ou flueurs blanches; par le docteur FRANCIS DEVAY, médecin de l'Hôtel-Dieu à Lyon. — On éprouve de grandes difficultés à tarir les écoulements leucorrhéiques devenus constitutionnels. Leur persistance est peu grave il est vrai, par ses dangers immédiats, mais elle ne laisse pas que d'apporter du trouble et de l'épuisement dans la constitution des femmes; elle est due à une lésion profonde de la muqueuse vaginale, à une hypertrophie de son tissu et surtout de ses follicules. Cet état qu'on ne pourrait, à proprement parler, nommer sub-inflammatoire, car sa nature paraît surtout tenir de l'atonie,

amène un état général de laxité de la membrane du vagin. On aperçoit çà et là, sur la surface de cette dernière, quelques plaques d'une couleur rouge livide, quelquefois un peu bleuâtre, auxquelles adhère un mucus épais; les cryptes muqueux forment de véritables lacunes qu'il est très-facile d'apercevoir. Cette altération peut accompagner tout écoulement leucorrhéique persistant, quelle que soit la cause qui lui ait primitivement donné naissance : cette cause a pu être locale ou générale.

Dans le premier cas, les flueurs blanches, devenues constitutionnelles, ont succédé à une blennorrhagie ou à des granulations du col utérin, ou à une cause mécanique, telle que la présence d'un pessaire, l'accouchement, etc.

Dans le second cas, chez les femmes d'un tempérament lymphatique et qui contractent facilement des affections catarrhales, l'habitation d'un lieu étroit, humide et soustrait aux rayons solaires, le refroidissement des pieds ou de tout le corps, l'irritation habituelle d'un viscère du bas-ventre, sont les causes les plus ordinaires qui produisent et entretiennent un écoulement blanc opiniâtre. Lorsqu'il dure depuis longtemps, il entretient sur la muqueuse un état fluxionnaire qui modifie profondément sa texture; chez beaucoup de femmes elle est convertie même en un vaste exutoire. Alors les injections avec le nitrate d'argent ont peu d'effet, tandis que l'application du nitrate d'argent exerce une modification locale des plus heureuses. Voici comment M. Devay pratique cette cautérisation : il introduit le spéculum et met le col utérin à découvert; s'il y a lieu il porte le nitrate d'argent sur le col, puis il retire doucement le spéculum et, à mesure que le vagin se présente, il le

touche trois à quatre fois très-légèrement, à différentes parties de sa surface; il choisit de préférence celles où se remarquent des rougeurs ou des lacunes très-prononcées. Il répète cette manœuvre deux fois encore avant de parvenir jusqu'à la vulve; après avoir enlevé l'instrument, il écarte les grandes lèvres et il achève la cautérisation en passant deux à trois fois le crayon à l'entrée du vagin.

Mémoire sur la bronchite profonde capillaire et son traitement par l'émétique à doses réfractées; par M. H. Chambert, chirurgien-élève à l'hôpital du Val-de-Grâce. — Nous ne parlerons que de la deuxième partie de ce mémoire.

L'efficacité de la médication antiphlogistique est très-douteuse dans la bronchite profonde.—Laennec ne trouvait que rarement l'indication de la saignée; l'émétique uni aux saignées, a été employé avec succès; mais les convalescences sont plus longues que lorsqu'on emploie l'émétique seul.

M. Lévy se fondant sur ce fait, que, dans la bronchite capillaire, la fréquence du pouls dépend plutôt de l'accumulation des mucosités dans les bronches que de l'inflammation même de ces canaux, a eu l'idée d'administrer l'émétique à dose nauséeuse et concurremment avec une alimentation progressive et soutenue. Ainsi il a administré le tartre stibié à la dose de cinq centigrammes, ou plus rarement d'un décigramme, seul le plus souvent, quelquefois associé avec l'ipécacuanha; en même temps il a soumis le malade à une demi diète. Du deuxième au quatrième jour, il lui a donné le quart de portion, et la demie vers le huitième. Il a favorisé l'action de l'émétique à l'aide de loochs, de boissons

gommeuses et adoucissantes. Sous l'influence de cette médication, la gêne respiratoire et la douleur thoracique ont diminué d'une manière notable ou même ont disparu complétement; les râles secs, sonores, sibilants ou sous-crépitants qui envahissaient les deux côtés de la poitrine, sont devenus plus gros et plus humides, la toux est devenue moins sèche et moins pénible, les crachats plus abondants et moins visqueux; le pouls a perdu sa fréquence et sa dureté; la peau, sa chaleur âcre et sèche.

Quand la première période de la maladie est passée, et que le tartre stibié provoque des nausées très-fatigantes, M. Lévy le remplace avec avantage par le kermès, à la même dose, mis en suspension dans un looch. Le kermès continue l'action exercée sur les bronches par l'émétique, sans affecter la muqueuse gastro-intestinale. On doit continuer la médication stibiée jusqu'à ce qu'on ne perçoive plus que de gros râles muqueux, très-limités très-fugaces, et que le mouvement fébrile soit complétement éteint.

Les bons effets de l'alimentation progressive jointe au tartre stibié ou au kermès, ont été évidents dans tous les cas observés par M. Chambert.

A. F.

Journal des Connaissances médico-chirurgicales.

(Juin et Juillet 1845).

I. *Phlébite à la suite d'une saignée;* par M. Kemmerer, docteur médecin à Saint-Martin (Ile-de-Ré). — Quoique ces sortes d'accidents ne soient pas rares, les conséquences en sont généralement si graves, qu'on ne

saurait trop en multiplier les observations, chacune pouvant présenter quelques particularités dignes d'intérêt. Celle que rapporte M. Kemmerer est remarquable sous plusieurs rapports.

Il s'agit d'un homme atteint de fièvre intermittente, et qui fut saigné au bras à la médiane céphalique. Deux jours après, une douleur vive s'empara du membre, et du gonflement se manifesta au poignet dans le trajet de la céphalique. Six jours après, malgré les sangsues, les bains, les frictions mercurielles et les purgatifs, le bras était toujours volumineux et excessivement douloureux; la fièvre était vive, et il y avait du délire. Alors M. Kemmerer appliqua un large vésicatoire, qui embrassa le bras, à partir du deltoïde, jusqu'au coude; il se forma une grande quantité de sérosité, et, douze jours après, la douleur lacérante des veines et l'œdème n'existaient plus. Au bout de quelques jours, la guérison fut complète.

Cette action salutaire d'un large vésicatoire après qu'eut échoué le traitement ordinaire, n'est pas la seule chose à noter chez ce malade. Ayant été saigné à la jambe quelques années auparavant il lui était également survenu une phlébite. Une telle prédisposition est assez fréquente; M. Kemmerer l'a observée chez un autre malade qui, ayant été saigné trois fois, trois fois eut une phlébite. Une quatrième fois M. Kemmerer eut soin, après la saignée, de maintenir le bras entouré pendant plusieurs jours d'un bandage compressif et dans une position verticale. La phlébite ne s'est pas développée. Il faudrait donc, en pareille circonstance, imiter la conduite de M. Kemmerer.

II. *Rupture du cœur*; par M. Rocné, docteur médecin. — On ne s'entend généralement guère sur ce

qu'on doit nommer rupture du cœur. Pour les uns, il y a rupture toutes les fois que le cœur, sous l'influence d'une cause quelconque, si ce n'est une violence extérieure directe, éprouve une déchirure ou une perforation spontanée. Les autres, au contraire, distinguent, sous cette dernière dénomination de perforation, les cas d'ouverture par suite d'ulcération fistuleuse de ceux de déchirure avec ou sans altération préalable du tissu de l'organe qui sont produits par un effort latéral de la colonne sanguine, et auxquels ils réservent exclusivement le titre de ruptures. M. Roché, d'accord avec les premiers, comprend le mot rupture dans son sens le plus générique. Mais peu importe l'expression dont on se serve, pourvu qu'on se fasse une idée exacte des conditions diverses selon lesquelles s'opèrent ces lésions. Une question a été agitée, c'est celle de savoir si les ruptures dites spontanées peuvent survenir au milieu de la santé la plus florissante et sans altération aucune de l'organe, L'auteur ne la discute point; il se borne à admettre la réalité du fait, qui, dit-il, est rare, et prend prétexte de cette rareté pour présenter deux cas qui se sont offerts à son observation.

Le premier appartient à une femme de 47 ans, qui pendant sa vie ne se plaignait que d'étouffements passagers, qu'elle attribuait à la vapeur de charbon, à laquelle elle était incessamment exposée. Cette femme était remarquable par son embonpoint. La mort survint au bout de dix heures; on trouva, outre une quantité considérable de caillots sanguins dans le péricarde, deux ruptures de 10 à 12 millimètres, l'une ayant son siége aux deux tiers inférieurs du ventricule gauche, l'autre sur la cloison faisant communiquer les deux ventricules. M. Roché n'en indique point l'aspect, mais il fait

remarquer qu'à l'exception d'une grande abondance de graisse autour du cœur, il n'y avait aucun changement appréciable dans la texture de cet organe. Le second s'est rencontré chez un homme de 70 ans, qui jusque là avait joui de la santé la plus parfaite. La mort arriva au bout de trente-six heures, et on trouva, comme chez la précédente malade, le péricarde rempli de caillots, et une rupture semi-circulaire, d'une dimension de 12 à 14 millimètres à quelques lignes au-dessus de la pointe du cœur. Il y avait, de plus, déchirure de deux colonnes charnues. Le cœur était aussi enveloppé de graisse, quoique entièrement sain. M. Roché se demande si cet état graisseux, qui peut-être, autant qu'on en peut juger anatomiquement, rendrait les tissus mous et flasques, ne serait pas une cause prédisposante de ces sortes d'accidents; il incline à le croire. Au surplus, chez ces deux malades, les deux phénomènes annonçant la rupture ont débuté de la même manière. Ils ont consisté dans un *sentiment de brûlure* avec angoisse inexprimable dans la région précordiale sans que le pouls et la respiration aient été d'abord sensiblement altérés; ce n'est que plus tard que se développa l'appareil de réaction générale, à mesure sans doute que l'épanchement sanguin augmenta; le pouls devint alors petit, misérable, intermittent, etc. L'apparition de pareils symptômes pourrait par conséquent, dans des circonstances semblables, donner lieu de soupçonner un événement aussi funeste.

III. *Observation de double hydrocèle.* Rien n'est moins rare que l'hydrocèle. Aussi ne citons-nous le cas actuel qu'en raison des particularités qu'il a présentées. Dernièrement Bullot, Pierre, âgé de 47 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Roux. Il est porteur

de deux hydrocèles de volume à peu près égal. M. Roux croit en devoir tenter l'opération ; mais au moment d'attaquer l'une des deux tumeurs, le trois-quarts enfoncé au point habituellement requis cause une vive douleur et aucun liquide ne s'écoule. Une seconde tentative dans un endroit voisin du premier occasionne une douleur semblable et n'a pas d'autre résultat. On reconnaît alors que le testicule, qui dans la plupart des circonstances est en haut et en arrière, se trouve situé en avant et en bas. La ponction est faite à un endroit opposé et elle réussit. Répétée sur l'autre côté il n'y eut rien de particulier. L'injection fut faite avec le vin de roses de Provins, et malgré la lésion de l'organe générateur la guérison fut obtenue, non toutefois sans que le testicule restât notablement engorgé. Cet exemple montre que l'on ne saurait, avant d'opérer, s'assurer avec trop d'exactitude de la situation du testicule.

IV. *De l'opération de la cataracte faite sur un seul œil, avant que la cataracte soit formée dans l'œil opposé,* par M. Auguste Bérard. Le savant professeur de la Pitié s'efforce de combattre dans cette note les objections qu'on a présentées contre cette opération prématurée, et cherche en même temps à en démontrer les avantages. La première objection consiste à dire que l'enlèvement du cristallin malade apporte de notables modifications dans les forces de réfraction des milieux de l'œil. Cela est vrai pour quelques cas, et non pour tous, malgré ce qu'indique la théorie. Les exemples du contraire ne sont pas rares dans la science, et d'ailleurs il est toujours aisé de remédier à cette incommodité en faisant porter des lunettes de verre grossissant. On dit en second lieu que l'opération provoque souvent une inflammation qui s'étend quelquefois à l'œil sain et peut

compromettre son intégrité. Cette circonstance serait grave si elle s'offrait fréquemment ; mais elle est si exceptionnelle qu'elle n'a aucune importance. Le même raisonnement annihile la troisième objection, qui se fonde sur ce qu'en renouvelant cette opération sur l'œil sain devenu à son tour malade, on expose ainsi cet organe deux fois aux chances d'une même affection grave. Enfin une quatrième objection n'a pas plus de valeur. On prétend qu'en opérant successivement les deux yeux on perd souvent l'un et l'autre, tandis que lorsqu'on attend que la double cataracte soit formée et qu'on opère simultanément, l'inflammation qui survient se concentre d'ordinaire sur un œil et que l'un au moins guérit s'ils ne sont pas tous deux sauvés. Mais cette assertion est purement hypothétique, et très-souvent démentie par l'observation. Il n'est pas plus rare de voir les deux yeux perdus à la suite d'une double opération simultanée qu'à la suite d'opérations successives.

Maintenant voici les avantages de l'opération faite suivant l'indication de M. Bérard. D'abord l'individu dont un seul œil est sain est comme s'il était borgne; or cet état comporte d'assez graves inconvénients qui disparaissent si l'opération vient à réussir. D'un autre côté, lorsqu'un œil est cataracté, l'autre est d'habitude plus ou moins compromis et la vision est affaiblie au point de rendre toute occupation impossible. Si l'on attend la maturité complète de cette seconde cataracte, on laisse le malade dans un état fâcheux qui peut se prolonger quelquefois très-longtemps. La précocité de l'opération prévient tout cela. Mais là ne se borne pas le bénéfice qu'on en retire. Le retard peut avoir d'autres conséquences qu'on évite également. Ces conséquences dérivent de la complication des cataractes qui souvent, pendant l'intervalle qui s'écoule entre la formation de la première et de la se-

conde cataracte, s'accompagnent d'amaurose, d'adhérence de l'iris à la capsule, etc., toutes choses capables d'empêcher le succès d'une opération tardive.

Mais il y a plus, selon M. Bérard, c'est qu'en faisant l'opération sur l'œil malade, souvent l'autre œil qui, comme on peut le conjecturer par ce qui arrive, se serait pris infailliblement, ou ne s'altère point s'il est entièrement sain, ou reste stationnaire ou même s'améliore par la résolution plus ou moins complète de la cataracte commençante. Quoiqu'un pareil résultat puisse sembler extraordinaire, il n'est pas moins avéré par les observations des auteurs, même dans la moitié des cas. D'ailleurs il ne répugne point à ce que la physiologie et la pathologie nous apprennent touchant la sympathie qui existe entre les deux yeux sous le rapport de leurs fonctions et de leurs maladies. En résumé, l'opinion de M. Bérard est que lorsqu'une cataracte existe on doit l'opérer de bonne heure, et ne pas attendre pour cela que l'autre œil soit le siége d'une seconde cataracte, ou que cette dernière soit parvenue à une complète maturité.

Archives générales de médecine.
(Juillet 1845).

Des effets des vapeurs mercurielles sur l'homme; *stomatite mercurielle*; par M. Grapin, interne des hôpitaux.— Il semblerait, d'après le texte du titre du travail dont nous allons indiquer ici la substance, que l'auteur s'est proposé d'étudier dans toute son étendue l'influence que le mercure, introduit sous forme de vapeur, est susceptible d'exercer sur l'économie animale.

Il n'en est rien. M. Grapin n'a eu d'autre but que de faire ressortir une des manières d'agir de cette substance ainsi vaporisée, action qu'on avait déclaré être rare. « On croit, dit M. Grapin, avoir remarqué que les per-« sonnes soumises aux émanations hydrargyriques sont « plus souvent atteintes de tremblements mercuriels, « de paralysies (1) et ne sont que rarement prises de « salivation et d'ulcérations à la bouche, tandis que ces « derniers accidents se manifestent souvent chez ceux « qui sont soumis à l'influence des mercuriaux sous « forme de médicaments. Cependant les recueils pério-« diques enregistrent de temps en temps quelques faits « qui dérogent à cette loi générale.» Or ce sont des faits de cette nature qui font l'objet du mémoire de notre futur confrère. Après en avoir cité quelques uns assez curieux que l'on rencontre dans les annales de la science, M. Grapin en rapporte cinq, dont quatre ont été observés par lui-même, soit dans le service de M. Kapeler, soit dans celui de M. Piédagnel, et un qu'il

(1) L'intoxication mercurielle par la vapeur donne quelquefois lieu à des désordres intellectuels qui ont été signalés par quelques auteurs et dont M. Grapin ne fait point mention. Nous profiterons de cette circonstance pour réparer cette omission en rappelant un cas de ce genre que nous publiâmes il y a plusieurs années dans le journal l'*Expérience*, (17 décembre 1840). Voici ce fait, qui fut l'occasion d'une action judiciaire: Trois enfants couchaient habituellement dans une chambre au troisième étage; les croisées de cette chambre donnaient sur une petite cour où on avait établi un fourneau pour la distillation de l'eau des doreurs, afin d'en extraire le mercure qu'elle contient. Ces trois enfants soumis ainsi incessamment à l'action des émanations hydrargyriques, furent pris simultanément de tremblement mercuriel, de mouvements convulsifs analogues à ceux de la chorée, et notamment de symptômes d'aliénation mentale très-graves et qui persistèrent pendant plus de six mois. L'ouvrier qui exerçait cette industrie fut atteint lui-même d'un tremblement porté au plus haut degré et qui n'a pu être guéri depuis cinq ans. Chose remarquable, aucun d'eux n'a éprouvé de salivation.

doit à ce dernier praticien. On voit dans tous ces cas, que l'absorption du mercure a donné lieu à une stomatite plus ou moins grave.

DELASIAUVE.

Journal de Chimie Médicale, de Pharmacie et de Toxicologie.

(Juillet 1845).

Recherches sur la tanaisie, par M. Leroy, pharmacien à Bruxelles. — M. Leroy, employant le moyen de recherches appliqué par MM. Quevenne et Hamalle à l'étude de la digitale, est parvenu à extraire des sommités fleuries du *tanacetum vulgare* un principe amer qu'il considère comme propre à la tanaisie, et qu'il propose d'appeler *tanacitine*.

Danger des injections arsenicales dans les cadavres livrés aux anatomistes. — Pendant le concours qui vient d'avoir lieu dernièrement à Montpellier pour la place de chef des travaux anatomiques, les candidats, au nombre de cinq, qui faisaient leurs préparations sur des cadavres injectés avec une solution arsenicale, n'ont pas tardé à être en proie à des accidents plus ou moins graves, tels que symptômes cérébraux ou gastro-intestinaux, insomnie fébrile; un accident qu'on peut appeler pathognomonique s'est manifesté chez tous. C'était une douleur excessive, lancinante et continue dans l'extrémité des doigts, avec gonflement, congestion sanguine et ecchymoses sous les ongles, battement violent des artères collatérales, et impossibilité de manier aucun instrument.

Peut-on sans danger faire usage de la récolte d'une terre ensemencée longtemps avec des grains chaulés à l'arsenic. — M. Legrip, pharmacien à Chambon, s'est livré sur ce sujet à des expériences qui prouvent que le chaulage à l'arsenic prolongé, même pendant une période de cent ans, ne communique aucune propriété arsenicale aux récoltes qu'on obtient de ce sol.

Journal de Pharmacie et de Chimie.

Note sur la transformation du chlorure mercurique en chlorure mercureux par quelques préparations pharmaceutiques. — Composés mercuriels non incompatibles avec ces mêmes préparations, par M. Lepage, pharmacien à Gisors. — Il y a plus de quarante ans que M. Boullay signala la réduction du bichlorure de mercure (sublimé corrosif) en protochlorure (calomel) par son contact avec le sirop de Cuisinier. Cette observation a été confirmée par M. Mialhe, qui a reconnu de plus que le sirop de sucre pur ne déterminait aucune modification du bi sel de mercure. M. Lepage a reconnu par l'expérience la vérité de ces deux propositions, et il ajoute :

1° Que le sel ammoniac et les autres chlorures alcalins, non plus que la présence de l'acide chlorhydrique, n'empêchent pas cette transformation du sublimé par le sirop de Cuisinier.

2° Que le sirop de salsepareille simple et le sirop de miel parfaitement débarrassé de cire, agissent aussi de même que le sirop de Cuisinier sur le sel de mercure, mais que leur action paraît être plus lente.

3° Enfin, que le bicyanure de mercure et l'iodhydrargyrate d'iodure de potassium ne sont nullement

altérés dans leur état chimique par le sirop de Cuisinier.

Procédé pour camphrer les emplâtres vésicatoires, par M. Vie. — Au lieu du camphre pulvérisé si difficile à étendre également sur la surface de l'emplâtre, M. Vie emploie une solution saturée de camphre dans l'éther et l'étend vivement en frottant avec le doigt. Quand l'éther s'est évaporé, il reste une couche de camphre très-égale.

Du pansement des brûlures, de l'application et du pansement des vésicatoires. — L'emploi du liniment oléo-calcaire et du coton cardé réussit à merveille pour calmer la douleur et amener une guérison aussi prompte que possible. Le coton cardé a même réussi dans des cas d'érysipèle. A la Charité, on s'en sert avec avantage pour le pansement des vésicatoires volants et de ceux qu'on veut sécher. Dans le même hôpital on emploie aussi le moyen suivant pour empêcher les accidents qui résultent de l'application des cantharides : une feuille de papier brouillard huilé est placée entre la peau et l'emplâtre, et suffit pour empêcher les accidents d'avoir lieu.

Moyen d'expulser les corps étrangers des voies aériennes. — Plusieurs journaux ont rapporté comment notre célèbre compatriote, l'ingénieur Brunel, étant menacé de suffocation par un demi-souverain engagé dans la trachée, M. Brodie, chirurgien de Londres, parvint à faire sortir ce corps étranger en plaçant le malade sur le ventre, la tête en bas, et en lui frappant sur le dos après avoir préalablement incisé la trachée. L'auteur de l'article croit l'incision de la trachée inutile dans beaucoup de cas, et cite plusieurs observations

de corps étrangers engagés dans les voies aériennes et dont la sortie fut obtenue par le décubitus sur le ventre, la tête étant plus bas que les pieds, ou le corps étant mis dans une position verticale la tête en bas, tandis qu'on frappait avec le plat de la main sur le point du dos auquel le malade rapportait la sensation produite par le corps étranger. Ce moyen nous semble avoir cela de bon qu'il peut être employé par les personnes étrangères à la médecine. Toutefois, s'il ne réussissait pas en peu de temps et que le malade fût menacé de suffocation, il faudrait se hâter de mettre en usage les ressources que la chirurgie présente dans ce cas. Ce moyen de secours doit être employé le plus tôt possible après l'accident et avant que le boursouflement de la muqueuse ait enchatonné l'objet dont la présence menace la vie.

De l'huile de croton-tiglium contre la colique des peintres; parallèle entre cette médication et le traitement dit de la Charité. — L'auteur de l'article, tout en regardant comme démontrés les avantages qu'on peut tirer de l'huile de croton contre la colique saturnine, ne partage pas la préférence exclusive que lui accordent M. Tanquerel et M. Dassier, de l'Hôtel-Dieu de Toulouse; ce médicament employé à la Charité concurremment avec le traitement dit de la Charité, n'aurait d'action satisfaisante que dans les cas de coliques légères et devrait être réservé pour ces cas auxquels il suffit, tandis que le traitement de la Charité doit être employé dans les cas graves, les récidives, et chez les malades qui, sous l'influence saturnine, présentent des troubles du sentiment, du mouvement ou de l'intelligence.

A. L. P.

MOUVEMENT DE LA PRESSE MÉDICALE DES DÉPARTEMENTS.

Empoisonnement par le gaz d'éclairage (bi-carbure d'hydrogène.) — Scarlatine, suivie d'angine gangréneuse. — Maladies régnantes à Lyon dans l'hiver de 1844-45. — Hydro-pneumo-thorax suivi de pleurésie chronique et de tubercules pulmonaires. — Difficultés et erreurs de diagnostic des tumeurs. — Travaux de la Société Médicale d'Indre-et-Loire.

Journal de médecine de Lyon.

Empoisonnement par le gaz d'éclairage (*bicarbure d'hydrogène*). — Une fuite de gaz dans une chambre détermina chez deux personnes qui l'habitaient les accidents réunis de l'asphyxie et de l'empoisonnement. Le lendemain matin, l'une de ces deux personnes, le mari, fut trouvé mort ; sa femme, âgée de 27 ans, présentait encore quelques signes de vie. Des frictions énergiques, une saignée du bras, des sinapismes, furent les moyens employés d'abord (20 décembre). La perte de connaissance persista pendant près de quarante-huit heures. L'ammoniaque en potion et en friction, les applications de sangsues répétées, les sinapismes, les lavements avec le vin émétique et le séné, les potions éthérées et les lavements vinaigrés, amenèrent la malade à guérison. Le 2 janvier, elle se levait et marchait sans aide ; le 8, elle sortait de l'hôpital.

Scarlatine suivie d'angine gangréneuse. — Mademoiselle B., âgée de 14 à 15 ans, est prise, le 19 mars, à la suite de quelques jours pluvieux, de frissons et de céphalalgie ; elle a de la fièvre. Pensionnaire dans un couvent, elle est transportée chez ses parents, et cou-

chée dans une chambre humide et froide. Deux jours après, 21 mars, on appelle un médecin. Symptômes d'angine, pouls à 102, face injectée, regard brillant, céphalalgie intense. 12 sangsues à la base de la mâchoire, cataplasmes autour du cou, sinapismes aux extrémités, fumigations dans la bouche, gargarisme adoucissant, tisane de dattes.

Le lendemain, amendement du côté de la gorge, exanthème scarlatineux irrégulier et d'un aspect peu favorable; on cherche à déterminer l'éruption franche et complète. Malgré l'avis du médecin, la température de la chambre n'est pas améliorée. 23 et 24, disparition complète de l'exanthème. 25 et 26, l'angine reparaît plus violente; pouls petit et déprimé, coliques. Vésicatoires camphrés aux jambes. 27 et 28, signes non équivoques de grangrène; la peau du visage et celle de la poitrine sont parsemées de points noirs; haleine fétide, aphthes et ulcération d'aspect gangréneux. Deux vésicatoires sont appliqués aux bras; on met en usage les toniques. Malgré l'emploi de ces moyens, la malade succombe le 2 avril.

L'auteur de l'observation considère la scarlatine comme la maladie principale; mais il voit dans l'angine gangréneuse une maladie distincte de la première et tout à fait essentielle. Nous pensons, quant à nous, que, dans ce cas comme presque toujours, l'angine n'a été que le symptôme obligé de la scarlatine. La fièvre éruptive a été des plus malignes, et l'angine, comme on le voit ordinairement dans ce cas, a sévi proportionnellement à la gravité de la scarlatine. Sans doute si dans un cas pareil on n'eût pas pratiqué de saignée locale, plus tard on se le fût reproché peut-être en présence des accidents graves survenus à la gorge, et pourtant il est per-

mis de croire que si l'angine a cédé d'abord, ça été moins par suite de la saignée que grâce à un commencement d'éruption. Si, au lieu de sangsues, on eût employé l'ipécacuanha au début et lors de la rétrocession de l'exanthème, peut-être aurait-on eu lieu de s'en féliciter. Dans le traitement de la scarlatine, les émétiques figurent pour nous en première ligne. Mais combien de fois ne voit-on pas le mal déjouer toutes les prévisions, et marcher vers une issue funeste sans que rien puisse l'entraver !

Note sur les maladies observées pendant l'hiver de 1844-45 *à Lyon;* par M. Levrat, aîné. — L'hiver a été rigoureux à Lyon, et a présenté de grandes et fréquentes variations de température : ainsi on a vu le thermomètre passer en quarante-huit heures de — 5, 6, 7 et 8° R. à + 8 et 10°. Avec le froid ont coïncidé les congestions cérébrales, pulmonaires et abdominales; le foie surtout a été pris fréquemment. Les hémoptysies se sont montrées chez les personnes à poitrine affaiblie par des catarrhes fréquents. L'auteur a vu également des pleuropneumonies, une pneumonie ataxique, qui ont cédé au quinquina. Un abcès énorme, suite d'hépatite aiguë, a été ouvert avec succès.

Les fièvres muqueuses et catarrhales ont cédé aux narcotiques et au quinquina; les angines ont été nombreuses, mais pas un cas de croup n'a été observé. La grippe et le rhumatisme articulaire, compliqué d'éruptions papuleuses, ont paru en mars. A ces différentes affections se sont jointes, soit isolément, soit comme complication, les fièvres éruptives et quelques dermatoses. Enfin, à la fin de mars et en avril, des fièvres intermittentes simples et des fièvres intermittentes larvées ont cédé au quinquina.

Journal de Médecine de Bordeaux.

Observation d'hydro-pneumo-thorax, suite de pleurésie chronique avec coïncidence de tubercules pulmonaires; par M. H. Gintrac.—Cette observation, remarquable par l'importance du sujet et par le soin avec lequel elle est rédigée, vient à l'appui de la doctrine qui admet le pneumo-thorax comme pouvant résulter d'une exhalation gazeuse opérée à la surface de la plèvre. C'est sur une femme de 34 ans que l'observation a été recueillie. L'auteur donne avec soin les détails de l'autopsie, et dit s'être assuré positivement que le poumon insufflé ne perdait l'air par aucun point de sa surface. La cavité droite du thorax, siége du mal, contenait un demi-litre de sérosité, outre l'espace vide occupé par l'air, qui refoulait le poumon contre la colonne vertébrale.

Mémoire sur les difficultés et les erreurs du diagnostic des tumeurs; par E. Lafargue. — Ce travail remarquable est riche en faits pratiques. L'auteur passe en revue les signes sensibles qui servent à dévoiler la nature d'une tumeur, et qu'il classe ainsi : la forme, le siége, la consistance, la mobilité, la sensibilité, la transparence, les bruits anormaux. En examinant et discutant ces divers caractères, il cite des observations détaillées, et toutes fort curieuses par les anomalies et les difficultés qu'elles ont présentées. Rien ne se grave mieux dans la mémoire du médecin que ce qu'il apprend en observant les erreurs des autres et les siennes. Les livres qui ne contiennent que des succès sans l'aveu d'une faute peuvent être fort glorieux pour l'auteur, en supposant qu'ils soient l'expression de la vérité; mais ils sont moins utiles à la science que ceux de ces grands

hommes comme Hippocrate et Paré, qui ne craignaient pas d'avouer qu'ils s'étaient trompés quelquefois. Il est vrai que des génies aussi riches ne craignaient pas de perdre quelque chose de leur gloire; ils avaient le moyen de se tromper et d'avouer leurs illusions.

Le travail de M. Lafargue, dont nous ne pouvons donner ici l'analyse, se recommande comme fruit d'études consciencieuses et savantes. Une partie seulement de ce mémoire a paru : la suite est annoncée pour le prochain numéro. A. L. P.

Recueil des travaux de la Société Médicale du département d'Indre-et-Loire.

(3e et 4e trimestre de 1844. Tours, 1845).

Cautérisation de la muqueuse nasale dans le traitement de la kératite. — De la caustication à haute dose dans le traitement du cancer. — Moyen hémostatique nouveau. — Influence du régime pénitentiaire sur la santé des détenus. — De l'action du bróme sur l'économie. — Epidémies et maladies régnantes à Tours et dans le canton de Preuilly. — Dans le procès-verbal de la séance du 1er août, M. Morand, président de la société, fait une communication qui mérite d'être signalée : « M. Morand, dit le procès-verbal, montre à la Société le jeune Pasquier, garçon de neuf ans, qu'il a traité par la *cautérisation* de la *muqueuse nasale* à l'aide d'un crayon de nitrate d'argent pour une *kératite ulcéreuse* de l'œil droit, de *nature scrofuleuse*. La guérison a été obtenue en trois semaines, et l'enfant ne présente plus aujourd'hui aucun des accidents qui constituaient cette ophthalmie. » Ce moyen avait été employé seul.

Sans attacher à ce fait une importance trop grande, nous reconnaissons cependant qu'il constitue un fait d'expérience qui a besoin d'être examiné de nouveau.

Sous le titre suivant: *Note sur l'emploi des caustiques à haute dose dans le traitement du cancer*, M. le docteur Bourdin donne un très-petit travail qui se termine par les conclusions suivantes :

1° Le cancer doit toujours être attaqué par un traitement général ou interne. Quels qu'en soient le mode et le degré de développement, quelles que soient les conditions d'âge, de forme, de complication, etc., il faut constamment recourir à ce moyen de guérison.

2° La thérapeutique ne nous fournit aucun spécifique du cancer, nous ne connaissons aucun médicament qui soit à cette maladie ce que le mercure est à la syphilis, le soufre à la gale, le quinquina à la fièvre intermittente. Le médecin doit donc se laisser guider par les indications générales, plutôt que par des indications tirées de la maladie elle-même.

3° Le traitement local est le plus important ou au moins celui qui, jusqu'à ce jour, a donné les résultats le plus satisfaisants.

Après ces données générales l'auteur entre dans quelques détails sur le mode d'emploi des caustiques, sur leurs avantages, et s'attache à fixer l'attention sur un caustique nouveau en quelque sorte, sur l'acide nitrique très-concentré, mélangé au soufre. Ce mélange paraît, selon l'auteur, agir d'une manière spéciale sur les tissus cancéreux mollasses et pulpeux dont la guérison n'avait pu, jusqu'à ce jour, être obtenue ni par les instruments tranchants ni par les caustiques alcalins.

Les points principaux peuvent se résumer dans quelques propositions :

1° On peut, à l'aide du caustique topoléthrique (ολεθρος destruction; επι sur et τοπος lieu, place) disséquer avec une perfection inconnue au bistouri, des tumeurs de toute nature. Ces dissections sont à celles obtenues par le bistouri ce que les images du daguerréotype sont aux figures dessinées par les artistes; c'est la nature elle-même qui est chargée des frais de la dissection.

2° On peut, par la caustication, fractionner l'opération et la faire en temps successifs aussi souvent répétés que l'exigent l'étendue du mal, sa position, la pusillanimité du malade, etc.

3° Les caustiques agissent localement en modifiant les tissus. L'induction la plus légitime conduit à dire qu'il y a aussi une absorption générale et une modification dynamique de l'économie entière. La nature de cette modification locale et générale est inconnue, mais réelle.

4° L'opération par les caustiques ne laisse pas après elle cette vive irritation nerveuse observée si fréquemment après les opérations par l'instrument tranchant.

5° Elle n'est pas suivie d'érysipèles.

6° Elle n'est pas suivie de réaction fébrile. On peut faire des plaies très-larges sans déterminer la moindre fièvre. A peine le pouls s'élève-t-il un peu au moment de la chute des eschares.

7° La réaction pyogénésique est meilleure sous l'influence du caustique.

6° Les cicatrices qu'on obtient sont parfaitement unies et souples.

9° L'action du caustique est moins douloureuse que celle de l'instrument tranchant.

10° Certains malades sont tellement craintifs qu'ils aiment mieux périr que de se soumettre à l'opération par

l'instrument tranchant. Dans ce cas, la caustication à haute dose devient la seule ressource. Ainsi, quand même l'opération par les caustiques n'aurait, d'autre part, aucune supériorité sur l'opération par le bistouri, son triomphe sur cette dernière se trouverait assuré par la seule considération que je signale en ce moment.

—M. le docteur Emma Rousseau donne une petite notice sur un moyen nouveau d'arrêter l'hémorrhagie provenant des piqûres de sangsues. Il consiste tout simplement dans l'emploi combiné de la compression et des mouches de taffetas d'Angleterre. On l'opère au moyen d'un cylindre en verre parcouru dans l'intérieur par un piston. Une poudre hémostatique ou une mouche de taffetas d'Angleterre étant introduite dans le cylindre, on amène le piston au contact médiat de la piqûre, et alors on achève l'opération en exerçant la compression.

—La question de l'influence du nouveau régime pénitenciaire sur la santé des détenus a été soulevée par M. le préfet d'Indre-et-Loire, qui a chargé M. Haime, médecin des prisons de Tours, de lui faire un rapport sur ce sujet. M. Haime défend le régime cellulaire contre les principales objections qui lui ont été faites, à savoir : la tendance à produire 1° l'aliénation mentale; 2° la phthisie pulmonaire; 3° l'habitude de l'onanisme. L'expérience de M. Haime, quoique fondée sur trois mois d'observation, lui a déjà permis cependant de nier cette triple influence, tout en faisant appel à une expérience ultérieure. Cette première donnée étant acquise, M. Haime fait avec réserve, toutefois, une observation a qui besoin d'être signalée. Il s'exprime ainsi : « Je crois devoir dire avec impartialité et toutefois avec la plus grande réserve (mon observation à cet égard n'ayant encore porté que sur trois ou quatre individus), qu'une

fois malades, les détenus m'ont semblé, par le fait même de leur isolement, dans des conditions moins favorables que réunis dans une infirmerie commune, et qu'ils ont paru manquer de l'énergie morale suffisante pour résister au découragement et à la prostration. ».

Dans un second rapport, M. Haime discutant les conditions hygiéniques du pénitencier de Tours et les résultats de son observation médicale (neuf mois), est conduit à cette conclusion, que le pénitencier se trouve placé dans les conditions hygiéniques les plus favorables, et que les maladies y sont, sinon plus rares, au moins pas plus communes que dans les autres localités, et du reste, les maladies ont été les mêmes que dans les différents quartiers de la ville.

— Nous trouvons dans ce cahier une notice intéressante concernant l'*action du brôme sur l'économie*, par le docteur Brame, professeur de chimie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours. Ce petit travail, tout-à-fait expérimental, se termine par les conclusions suivantes :

1° La solution aqueuse de brôme agit sur les tissus avec lesquels elle est mise en contact comme un caustique des plus énergiques.

2° La vapeur de brôme est très-redoutable, même lorsqu'elle est mélangée à l'air en proportion peu considérable, puisqu'elle peut cautériser, plus ou moins profondément, la cornée de l'œil des animaux qui y sont soumis.

— Nous avons déjà eu plusieurs fois occasion de signaler les travaux remarquables de la Société médicale de Tours sur les épidémies. Les membres résidants et correspondants de cette Société s'attachent avec un soin particulier à l'étude des maladies régnantes et surtout au

traitement qui leur convient. N'ayant pas à comparer ces observations avec d'autres observations analogues faites dans des pays différents, il nous suffit de les mentionner pour fixer l'attention publique sur un grand sujet d'étude qui n'a pas été dédaigné par les plus grands génies de l'antiquité et qui a fait leur gloire.

B. N.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX ANGLAIS.

Amputation de la cuisse dans l'articulation ilio-fémorale, pratiquée avec succès.— Abcès sous-muqueux du pharynx ouvert spontanément. — Mort par hémorrhagie. — Anus artificiel à la région lombaire établi avec succès pour un rétrécissement du colon. — OEsophagotomie et plus tard trachéotomie pour un rétrécissement de l'œsophage avec fistules trachéo-œsophagiennes.

Amputation de la cuisse dans l'articulation ilio-fémorale pratiquée avec succès, par le docteur Handyside, chirurgien de l'infirmerie royale d'Edimbourg. — J. Wright, âgé de 13 ans, entra à l'infirmerie le 18 juin 1843 pour une tuméfaction considérable du fémur gauche. L'examen du membre fit reconnaître que la cuisse était fort augmentée de volume, et que ce gonflement siégeait principalement à la partie moyenne, puis diminuait progressivement en se rapprochant des deux extrémités du membre. La tumeur était solide, non élastique, et se confondait évidemment avec le fémur, dont elle occupait environ les trois cinquièmes moyens, les extrémités con-

servant à peu près leur volume normal. La surface en était lisse et régulière; on pouvait faire mouvoir au-dessus d'elle les muscles et les parties molles. Les téguments qui la recouvraient offraient un reflet brillant, mais sans changement de leur coloration naturelle; seulement on remarquait au-dessous d'eux des lignes bleuâtres, indices de la dilatation des veines superficielles. La tumeur était le siége de douleurs aiguës, lancinantes, qui augmentaient vers le soir, et qui, parfois, s'exaspéraient beaucoup.

Les ganglions lymphatiques de l'aine ne présentaient aucun gonflement, non plus que ceux des autres parties du corps. Les mouvements de l'articulation de la hanche étaient intacts et ne causaient aucune douleur. Au-dessous du genou, le membre était considérablement amaigri. Le teint du malade était pâle; ses traits exprimaient l'anxiété. La langue était d'un rouge vif. L'amaigrissement général du corps était peu marqué, et au total la santé paraissait bonne.

Antécédents. — Il y a six ans, à la suite de la scarlatine, le malade s'est aperçu que la cuisse gauche était plus faible et plus maigre que l'autre. Pour combattre cet état, il fit sur la partie des frictions répétées avec diverses pommades. Les choses restèrent à peu près dans le même état. Le malade continuait à marcher, et sa santé était du reste fort bonne, lorsqu'il y a six mois environ, il fut pris tout à coup pendant la nuit d'une violente douleur dans la cuisse. D'abord on appliqua sur cette partie des cataplasmes, puis des sinapismes et quelques sangsues. Mais malgré ce traitement, le membre augmenta rapidement de volume. Depuis lors, cet état n'a fait qu'empirer, et depuis quelque temps il est survenu de fréquentes douleurs et de l'insomnie.

Comme l'amputation était le seul moyen qui pouvait sauver le malade ou du moins prolonger sa vie, comme d'un autre côté l'os paraissait affecté jusque dans la région trochantérienne, ainsi qu'on pouvait en juger par le gonflement apparent et par les douleurs lancinantes qui se faisaient sentir dans cette région, on se décida à pratiquer l'amputation dans l'articulation ilio-fémorale.

En conséquence, le 30 juin, le malade ayant bien dormi, et le ventre ayant été évacué, le docteur Handyside procéda à l'opération de la manière suivante : le malade fut placé sur une table, les fesses dépassant un peu le bord. Le membre droit fut maintenu écarté par un aide, le gauche soutenu dans l'extension par un second aide. L'artère crurale ayant été comprimée avec soin contre la branche horizontale du pubis au moyen des doigts d'un troisième aide, le couteau fut introduit au milieu de l'espace qui sépare l'épine iliaque antérieure et supérieure du grand trochanter. Il fut porté en bas, en avant et en dedans, de manière à contourner le ligament capsulaire et le col du fémur, et vint sortir à environ deux pouces et demi de l'anus. Le lambeau antérieur fut alors rapidement formé : il avait de trois pouces et demi à quatre pouces d'étendue. Il fut aussitôt saisi par la main gauche du troisième aide qui put ainsi maîtriser plus complétement l'hémorrhagie provenant des vaisseaux ouverts et en même temps relever et renverser le lambeau ainsi formé. Au moment où le couteau pénétrait, le deuxième aide, celui qui soutenait le membre malade, le plaça dans une position intermédiaire entre l'abduction et l'adduction; puis il lui imprima un léger mouvement de flexion et ensuite de rotation complète en dedans à mesure que le couteau pénétrait dans les parties. Dès que le premier lambeau fut

ramené dans la rotation en dehors, mouvement qui découvrit complétement le ligament capsulaire, et le mit dans la tension à sa partie la plus faible que le couteau incisa de manière à pénétrer jusqu'au cartilage qui recouvre la tête de l'os. En même temps, le membre fut porté dans l'abduction et abaissé, ce qui fit sortir la tête du fémur hors de la cavité cotyloïde, et permit de couper le ligament interne. Alors le chirurgien, saisissant avec la main gauche la tête de l'os, et la maintenant horizontalement avec le col et le grand trochanter, passa derrière ces parties la lame de son couteau, divisa ce qui restait de la capsule articulaire, et termina en formant avec rapidité son lambeau postérieur qui était beaucoup plus grand que l'antérieur.

Une petite portion de la tumeur qui adhérait à la surface du lambeau postérieur fut soigneusement et complétement enlevée. L'hémorrhagie, fournie par les artères ischiatiques et obturatrices et leurs branches à leur sortie du bassin, fut provisoirement arrêtée par la compression exercée au moyen de deux éponges sèches appuyées avec force, que deux aides, spécialement chargés de ce soin, appliquèrent rapidement, pendant que le chirurgien procédait à la séparation du membre. Aussitôt que celle-ci fut opérée, le deuxième aide, chargé jusque-là de le soutenir, se hâta de le laisser tomber, et appliqua la paume de ses mains sur la surface du lambeau postérieur pour arrêter l'hémorrhagie fournie par les vaisseaux de petit calibre. On commença par lier les artères du lambeau postérieur; on s'occupa ensuite de celles du lambeau antérieur, et la dernière liée fut la fémorale superficielle. Il fallut faire quinze ligatures en tout. Le malade perdit environ six onces de sang qui s'écoula en grande partie de l'orifice béant

des veines du membre amputé. Les lambeaux furent maintenus rapprochés au moyen de sept points de suture; puis on recouvrit la plaie avec un tampon de charpie sèche que l'on maintint au moyen d'un bandage roulé embrassant les lombes et le bassin.

Le malade avait bien supporté l'opération; cependant, l'affaissement, résultant de l'ablation d'un membre aussi volumineux, ne tarda pas à se faire sentir, malgré qn'on eût administré des stimulants énergiques (4 onces d'eau-de-vie et 2 onces de vin). Il fut remis au lit 15 minutes après en être sorti, l'ablation du membre ayant été faite en un tiers de minute environ. Bientôt après que l'opéré eut été replacé dans son lit, la réaction se fit avec beaucoup d'énergie, sous l'influence des excitants qui avaient été administrés; mais un vomissement abondant ramena le calme. Le pouls ayant recommencé à s'affaiblir, il fallut en revenir aux excitants qui le relevèrent; une heure et demie après l'opération, il battait 115 fois. (Potion calmante avec l'hydrochlorate de morphine.)

Dans la nuit, le pouls monta à 156; mais il y eut du sommeil. Dans la journée du 1er juillet, il survint quelques symptômes de catarrhe bronchique. On continua les opiacés et on mit un vésicatoire à la poitrine.

2 *juillet*. Bon sommeil pendant la nuit. Pouls à 128, qui s'élève à 150 pendant la journée. Les symptômes de catarrhe ont disparu.

Depuis lors, les symptômes s'amendèrent progressivement, et on put permettre une alimentation légère composée de substances farineuses. Lorsqu'on leva pour la première fois l'appareil le 6 juillet, on trouva que la réunion par première intention s'était opérée dans toute l'étendue de la plaie, excepté dans trois points par les-

quels sortaient les extrémités des ligatures; il en sortait un peu de pus. On coupa deux des points de suture. Pansement à l'eau tiède. L'appétit est bon : la nourriture se compose de lait et de gruau. Il serait inutile de donner le détail de l'état du malade jour par jour. Sa santé générale et son appétit s'améliorèrent progressivement; il put prendre l'air dans le jardin : le moignon devint indolore et la cicatrice plus solide. Le 5 août, six semaines après l'opération, le jeune malade quitta l'hôpital, mais resta dans le voisinage d'Edimbourg jusqu'au 11 septembre. Peu de temps après avoir quitté l'hôpital il se plaignit d'une céphalalgie frontale à laquelle succéda une douleur dans l'orbite et dans le globe oculaire du côté gauche, avec photophobie et larmoiement. Vers le milieu du mois d'août, il se forma un abcès à l'occiput. Au commencement de septembre, la douleur de l'œil et de la région orbitaire diminua : le malade prit chaque jour de l'exercice en plein air; il pouvait s'asseoir sans difficulté sur son moignon.

Le 11 septembre, il quitta les environs d'Edimbourg; son moral était tout à fait remonté, sa santé en apparence excellente. Le moignon présentait quelques duretés sur le trajet des vaisseaux lymphatiques où la peau était un peu brillante et un peu rouge; du reste, elle était saine et tout à fait indolore.

A cette époque, toutes les ligatures n'étaient pas encore tombées. La première s'était détachée le 6 juillet, et le 11 septembre il en restait encore quatre. Elles semblaient fortement retenues au milieu des granulations charnues; il ne paraissait pas y avoir d'atonie dans les trajets fistuleux qu'elles entretenaient.

Après son retour chez ses parents, deux mois et demi après les avoir quittés, les choses semblèrent marcher

d'une manière favorable. Il prenait de l'exercice au moyen de béquilles : mais vers la fin de septembre la douleur frontale et orbitaire gauche devint si intense qu'il dut rester à la maison. Le docteur Handyside, qui visita le malade à cette époque, constata qu'il y avait une tuméfaction considérable des paupières du côté gauche, saillie du globe de l'œil et diminution très-notable de la faculté visuelle. Il retira trois des quatre ligatures qui tenaient encore; mais il ne put extraire la dernière, qui se cassa dans l'effort de traction qu'il exerça. Le moignon était à peu près dans le même état que lors du départ du malade : seulement le point par lequel passaient les ligatures était entouré de bourgeons œdémateux; mais il n'y avait pas de douleurs.

A la fin d'octobre, le docteur Handyside le trouva dans l'état suivant : l'œil gauche était saillant, il avait changé de couleur et avait perdu presque complétement la faculté visuelle; les paupières étaient fort tuméfiées et cachaient presque complétement le globe de l'œil. Les veines des paupières étaient très-dilatées et très-sinueuses. La cavité orbitaire elle-même paraissait augmentée et proéminente : son bord externe et supérieur formait une tumeur dure et sans élasticité.

Ces parties étaient le siége de douleurs lancinantes continuelles qui le privaient de sommeil et minaient ses forces. Trois abcès chroniques existaient sur différentes parties de la tête. A l'hypochondre droit il y avait une tumeur élastique du volume d'un œuf, fortement adhérente aux cartilages des premières fausses côtes, et confondues avec eux. Cette tumeur s'était développée avec rapidité et était le siége de douleurs lancinantes aiguës; elle offrait comme la tumeur orbitaire tous les caractères du cancer. La maladie semblait avoir com-

mencé à se développer dans le moignon, surtout dans la partie qui avait été irritée par le long séjour des ligatures; dans le point où avait été placée la dernière ligature il y avait un petit fongus de couleur blafarde. Le malade était fort amaigri, ses forces étaient épuisées par la douleur et par les progrès de la diathèse cancéreuse. Pour se procurer un peu de sommeil il avait été obligé de prendre des doses fréquentes et élevées de solution d'hydrochlorate de morphine.

Il s'affaiblissait rapidement, et mourut le 11 novembre, quatre mois et demi après l'opération.

On ne put obtenir de faire l'autopsie.

(*The London and Edinburgh monthly journal of medical science*. April 1845, p. 254.)

Abcès du cou dans lequel communiquait un vaisseau sanguin : Ouverture spontanée dans la gorge : hémorrhagie mortelle, par le docteur A. M. Adam de Glascow. — Elisa Cameron, âgée de 15 mois, fut prise le 1er mai de scarlatine angineuse, qui suivit une marche favorable sous l'influence d'un traitement approprié. Le 17, on me l'amena pour une tuméfaction diffuse, dure et enflammée, située en arrière et au-dessous de l'angle de la mâchoire du côté droit. La gorge examinée avec soin ne présentait aucune altération. Comme je ne sentais pas de fluctuation dans la tumeur, j'ordonnai des cataplasmes et recommandai que l'enfant me fût rapportée au bout de quelques jours. Les cataplasmes furent appliqués; mais la mère négligea de me ramener son enfant, afin, dit-elle, que l'abcès fût bien mûr avant qu'on ne l'ouvrît. La conséquence fut que l'abcès s'ouvrit spontanément dans la gorge, et que l'ouverture s'accompagna d'une hémorrhagie si considérable que la mort fut rapide. D'après les renseignements que l'on me donna,

la tumeur était devenue beaucoup plus molle et semblait aux parents en état d'être ouverte, quand, le 23 au soir, l'enfant rendit tout à coup par la bouche un flot de sang rouge. Il continua à couler par la bouche en présentant la même coloration, pendant six à sept minutes. Ensuite il y eut vomissement d'une quantité considérable de sang noir et coagulé. Le tout ensemble pouvait s'élever à peu près à une livre, au dire des assistants. Bientôt après l'enfant expira. La tumeur du cou avait considérablement diminué de volume.

Ce fait, tout incomplet qu'il est, montre bien toute l'importance qu'il y a à ouvrir de bonne heure les abcès situés profondément, au-dessous des fascias profonds du cou. Il n'est pas douteux pour moi que dans ce cas-ci, comme dans plusieurs autres consignés dans les journaux, on eût, en se conformant à ce précepte, évité la fâcheuse issue de ces abcès. (*Ibid.*)

Rétrécissement considérable du gros intestin : Établissement d'un anus artificiel à la région lombaire : Succès : Mort du malade, trois mois plus tard, d'une maladie étrangère à l'affection primitive, par S. Evans. — L. S., âgé de 23 ans, était sujet depuis plusieurs années à des attaques de diarrhée. En septembre 1843, il fut pris de violentes douleurs dans le canal intestinal, douleurs offrant de la ressemblance avec une colique : elles durèrent treize heures. Vers le 20 janvier suivant, le même accident se renouvela et reparut encore, mais avec plus d'intensité, le 5 février. M. Evans le vit pour la première fois le 7 du même mois. Il avait des douleurs vives, revenant par intervalles : l'abdomen était volumineux, mais point sensible à la pression. Il existait à la région iliaque droite une tumeur distincte. Il n'y avait pas eu de selles depuis le 5. Des potions opiacées,

des purgatifs actifs, des lavements stimulants furent administrés pendant 5 jours sans diminuer les douleurs ni les nausées, et sans produire d'évacuations alvines. Le 12 et le 13, il y eut un peu de soulagement procuré par de fortes doses de la liqueur sédative d'opium. Depuis lors jusqu'au commencement d'avril l'abdomen continua à augmenter de volume : il y avait chaque jour plusieurs paroxysmes de douleurs : à intervalles assez longs il y avait évacuation de grandes quantités de gaz et de quelques portions de matières de couleur terreuse. La santé du malade s'altéra et les vomissements reparurent chaque jour. Le 25 mars on proposa au malade l'établissement d'un anus artificiel à la région lombaire, par la méthode de Callisen modifiée par M. Amussat; mais le malade cédant aux instances de ses parents, ne voulut pas s'y soumettre immédiatement. L'amaigrissement augmenta, l'abdomen devint distendu au plus haut degré ; les selles cessèrent complétement et le pouls devint faible et intermittent.

Le 9 avril, l'opération fut pratiquée. Une incision transversale de 4 pouces d'étendue fut faite à la région lombaire droite. Le colon ascendant fut ouvert, et on évacua par la plaie plus de deux gallons de matières fécales à demi liquides et brunâtres. Le malade se remit de l'opération, et dès le 9 mai il avait commencé à engraisser. Toutes les matières fécales passaient par l'anus artificiel. Pour s'opposer à leur écoulement continuel, on avait établi un tampon, qu'on enlevait quatre à cinq fois par jour. A la fin de juin, le malade commença à rendre de l'urine diabétique et à souffrir de la soif.

Il fit, au commencement de juillet, une course d'une lieue et demie dans une mauvaise charrette : il survint immédiatement des symptômes de péritonite, et il suc-

comba le 5 juillet. A l'autopsie, on trouva que l'obstacle au cours des matières existait immédiatement en-deçà de l'angle formé par la réunion du colon ascendant et du colon transverse. La partie rétrécie était presque aussi dure que du cartilage : on ne pouvait qu'à peine y faire passer une plume de corbeau. La surface interne de l'intestin, dans ce point, était ulcérée. La cœcum était énormement distendu, et présentait le volume d'un estomac ordinaire. Le colon ascendant était aussi fort augmenté de volume.

L'auteur remarque que c'est le onzième cas dans lequel l'opération de Callisen, modifiée par M. Amussat, a été pratiquée chez l'adulte pour un obstacle au cours des matières dans le canal intestinal. D'après l'histoire des antécédents, il est clair que la maladie remontait fort loin. A l'époque où l'opération fut proposée, sans que le malade y consentît, il était dans un état si alarmant, que c'était là vraiment un des cas les plus défavorables pour l'opération qu'il fût possible de rencontrer. Deux mois plus tard, il était en si bon état qu'il y avait tout lieu d'espérer un rétablissement complet; mais ces espérances furent bientôt compromises par ses imprudences sous le rapport du régime et des exercices. Aussi, malgré le résultat défavorable de ce cas, ne peut-on s'empêcher de le compter parmi les succès dus à l'entérotomie lombaire.

(*London medical Gazette.* 1845.)

Rétrécissement de l'œsophage; œsophagotomie; plus tard accidents dyspnéiques; trachéotomie; mort au bout de 6 jours; par J. Watson, chirurgien de l'hôpital de New-Yorck. — J. A., âgé de 24 ans, ayant joui jusque là d'une assez bonne santé, fut pris, vers la fin d'octobre 1843, d'une toux qui dura une semaine ou

deux, et laissa après elle une gêne marquée de la déglutition. Comme il avait toujours eu ce qu'il appelait le gosier étroit, il ne fit pas d'abord grande attention à cette dysphagie ; mais comme elle devenait plus marquée, au point de l'obliger fréquemment à se lever de table, et même bientôt à manger seul et avec beaucoup de précautions, il consulta un chirurgien de Boston, qui prescrivit l'introduction momentanée d'une sonde dans l'œsophage, l'application d'un vésicatoire au-devant du cou et des frictions avec la pommade d'iodure de potassium. Ce traitement fut suivi pendant quelques semaines sans procurer aucun soulagement. Vers le 1er janvier 1844, la dysphagie avait augmenté au point que les aliments solides ne pouvaient plus être ingérés, et la nourriture ne dut plus se composer que de substances molles et liquides. Il vint à New-Yorck vers le milieu de janvier. Le chirurgien auquel il s'adressa crut être parvenu à introduire un cathéter uréthral au-delà de l'obstacle. Mais lorsque je vis le malade, le 19 janvier, il était complétement impossible de faire franchir l'obstacle à un instrument, quelque délié qu'il fût. Une sonde de gomme élastique, introduite par la bouche, rencontrait le rétrécissement à la distance de 7 pouces, à partir des dents incisives supérieures. Le malade ne prenait plus que des liquides. Il était amaigri et affaibli ; il rendait fréquemment par la bouche des gorgées de salive et de mucus, ces fluides ne pouvant pénétrer jusqu'à l'estomac. La glande thyroïde était plus volumineuse que dans l'état normal, et il existait au-dessous du maxillaire inférieur quelques engorgements ganglionnaires. La gorge n'offrait aucune trace d'inflammation. Je commençai à lui faire prendre chaque jour 15 grains d'hydriodate de potasse en solution, je lui fis appliquer deux

vésicatoires au cou, et recommandai le lait pour nourriture. Je fis de nombreuses tentatives pendant plusieurs jours pour faire pénétrer une sonde; je variai de mille manières mes essais, mais sans aucun succès. Le 27 janvier, je fis parvenir sur le rétrécissement une sonde garnie d'un morceau de nitrate d'argent fondu. Cela détermina de la douleur, mais parut plutôt augmenter que diminuer les accidents.

Dans une consultation qui eut lieu à la fin de janvier, il fut décidé que l'opération était indiquée ; mais le malade désira qu'elle fût différée jusqu'à l'arrivée de ses parents. En attendant, il fallut avoir recours aux lavements nutritifs, qui eurent pour effet de relever le pouls et de diminuer la fièvre; mais ils occasionnaient quelquefois des coliques et de la diarrhée, surtout lorsqu'ils étaient trop salés.

L'œsophagotomie fut pratiquée le 12 février. Ayant ouvert le conduit œsophagien, le chirurgien trouva que l'obstacle siégeait immédiatement au-dessous de son incision et à portée du doigt. Pour l'inciser sans risquer de blesser l'artère thyroïdienne ascendante, il pensa qu'il fallait procéder de dehors en dedans, et pour cela, ainsi que pour se donner plus de place, il incisa en travers le muscle sterno-mastoïdien, et abaissa le bord supérieur de la glande thyroïde. En ce moment, le nerf récurrent fut mis à nu, et l'un des rameaux de l'artère thyroïdienne supérieure au moment de son entrée dans la glande, fut divisé : ce fut la source de la seule hémorrhagie un peu notable qui eut lieu pendant l'opération. Après beaucoup de difficulté et de temps, on put enfin opérer la division de la partie rétrécie de l'œsophage, au moyen d'une incision d'au moins 1 pouce et demi, intéressant toute l'épaisseur de sa paroi. L'obstacle, autant

qu'on en put juger dans le moment, paraissait produit par une simple induration avec contraction de 5 à 6 lignes au plus d'étendue. La surface de l'œsophage était lisse, et avait sa coloration normale. Une sonde œsophagienne du plus gros calibre fut introduite à travers la plaie, et servit à faire arriver dans l'estomac un verre de vin, et plus tard un copieux potage à l'arrow-root.

Le lendemain, il n'existait pas de fièvre; le pouls était moins fréquent que le matin avant l'opération. Il y avait un peu d'altération de la voix, mais point de dyspnée. La salive coulait abondamment par la plaie. Il ne survint aucun symptôme grave à la suite de l'opération. La sonde fut laissée en place jusqu'au sixième jour; elle fut remplacée par une sonde passée par la narine gauche. La plaie fut réunie par des bandelettes agglutinatives, pour favoriser la réunion. La sonde détermina d'abord de la gêne, des épistaxis et de la rougeur de l'œil gauche; mais ces légers accidents disparurent bientôt, et le malade put commencer à se promener un peu. La plaie se rétrécit, et l'ouverture de l'œsophage pouvait à peine admettre un stylet fin. Mais le malade, sans éprouver aucun symptôme mauvais, ne prenait pas d'embonpoint; il restait faible, son pouls était à 100.

Plus tard, il fut pris de dyspnée; on retira la sonde, et, quand il fallut la replacer, il survint une si forte suffocation, qu'il fallut y renoncer. Les accidents furent calmés, et l'on essaya de nouveau d'introduire une sonde, qui pénétra sans difficulté derrière le larynx, mais fut arrêtée au-dessous. Il fallut rompre avec l'extrémité d'un stylet la cicatrice encore délicate de la plaie œsophagienne, et introduire par cette voie une sonde de gomme élastique, qui servit à faire arriver dans l'esto-

mac un peu d'arrow-root et du vin. On continua les jours suivants à nourrir le malade de la même manière. Les forces revinrent bientôt, et il put sortir et se promener. Le 10 avril, étant sorti à cheval, il fut repris de dyspnée. Le 12. elle était fort intense, avec douleur et tuméfaction des parties. Ces symptômes augmentèrent, et dans la soirée la suffocation était imminente. Cependant on parvint à calmer cet accident; mais il reparut avec tant de violence, que le 8 mai on se décida à faire la trachéotomie. L'opération ne procura qu'un soulagement temporaire : la dyspnée revint, la diarrhée colliquative s'établit, et la mort eut lieu le 14 mai.

L'autopsie, pratiquée huit heures après la mort, fit reconnaître un peu d'hépatisation du côté du poumon droit, et dans le poumon gauche quelques points contenant du pus disséminé; dans la plèvre droite, une exsudation pseudo-membraneuse récente.

Le pharynx et la partie supérieure de l'œsophage étaient largement ulcérés. La surface de cette ulcération était irrégulière et d'une couleur verdâtre, ses bords étaient déchirés et inégaux; elle était comme encadrée dans un dépôt tuberculeux, de couleur jaunâtre, formé de tubercules distincts et de volume variable, depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une muscade; ils siégeaient évidemment dans le tissu cellulaire sous-muqueux. L'œsophage communiquait en ce point avec la trachée par deux ouvertures semblables à des fissures longitudinales irrégulières, longues de 3 ou 4 lignes, l'une située immédiatement au-dessous du bord inférieur du cartilage cricoïde, l'autre environ deux pouces plus bas.

Les cartilages aryténoïdes étaient fortement appuyés l'un contre l'autre de manière à rétrécir l'ouverture du larynx. La glotte était contractée et irrégulière, moins

par suite de l'œdème du tissu cellulaire sous-muqueux que par la contraction et le renversement en avant de la partie postérieure et supérieure du larynx. La membrane muqueuse de la trachée, autour des perforations, était fortement enflammée et d'un noir verdâtre.

L'œsophage, au-dessus de l'incision faite à sa paroi, était ulcéré et inégal ; au-dessous, il était sain. Les parties ulcérées présentaient plusieurs trajets fistuleux qui pénétraient dans les parties voisines et entre les muscles. Le tissu cellulaire de la région cervicale était évidemment induré, par suite d'inflammation.

(*The Dublin Journal of medical Science*. Mai 1845, p. 260.)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT DE FRANCE.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Mai et Juin 1845).

Effets de l'essence de térébenthine. —Anthropologie.— Emploi de l'ergotine dans les cas d'hémorrhagie externe. — Cataractes secondaires. Epidémies périodiques. — Traitement des fistules vésico-vaginales.

Séance du 30 juin. — *Effets de l'essence de térébenthine sur l'économie.* — M. Bouchardat communique une note sur les effets physiologiques de la vapeur d'essence de térébenthine. En distillant à plusieurs reprises l'essence de térébenthine sur de la brique, M. Bouchardat a respiré à différentes époques assez de vapeur de cette essence pour en éprouver des effets physiologiques qu'il a soigneusement observés. Chaque

fois il restait habituellement cinq ou six heures dans le laboratoire dont l'atmosphère était chargée de vapeurs d'essence ; pendant tout ce temps il ne ressentait qu'un peu de céphalalgie qui était assez faible pour échapper à un observateur inattentif. Le pouls était régulier, l'appétit ordinaire. Des effets bien nets ne commençaient à se manifester que pendant la nuit, à l'heure habituelle du repos. Voici en quoi ils consistaient : insomnie, agitation continuelle, chaleur à la peau, pouls s'élevant de 65 à 86 pulsations, quelques difficultés dans l'émission de l'urine qui possédait à un haut degré cette odeur caractéristique spéciale si connue. Le lendemain une courbature excessive accompagnée de pesanteur et de douleur dans la région des reins succédait à cette agitation. Cet état de lassitude, de défaillance, d'incapacité de travail persistait pendant deux ou trois jours. A trois reprises M. Bouchardat a repris son travail sur l'essence pyrogénée, et chaque fois les mêmes causes ont produit les mêmes effets.

Les personnes qui habitent un appartement fraîchement peint avec une préparation où intervient l'essence ressentent quelques-uns de ces effets ; si les ouvriers peintres en sont exempts on doit l'attribuer à l'habitude qui a émoussé leur susceptibilité.

Séance du 7 juillet. — *Anthropologie.* — M. Auguste Saint-Hilaire adresse une lettre à l'occasion d'une note sur l'antiquité de la race américaine, insérée dans un des derniers comptes-rendus de l'Académie. Cette note tendait à infirmer l'opinion émise par M. Serres sur la ressemblance des Botocudos avec les hommes de la race mongolique, opinion que M. A. Saint-Hilaire a conçue et émise lui-même il y a un grand nombre d'années. Pendant son séjour en Amérique, en 1817,

M. A. Saint-Hilaire a vu une tribu qui vivait depuis plusieurs années parmi les Brésiliens portugais; il en vit une autre qui se rapprocha d'eux pour la première fois. A cette même époque, il les étudia avec le plus grand soin. Après une absence de quinze mois, il revint à Rio-de-Janeiro; on y avait formé une sorte de colonie de Chinois; il fut frappé de la ressemblance qui existe entre ces hommes et les Indiens en général, surtout les sauvages du Jiquitinhonha. Un peu plus tard, dans le village indien de San-Pedro, il trouva quelques Chinois, et il constata de nouveau une ressemblance frappante. La seule différence qu'il ait constatée, c'est que la figure des Chinois est plus large que celle des Américains indigènes.

Emploi de l'ergotine dans les cas d'hémorrhagies externes. — M. Bonjean (de Chambéry) fait connaître, dans une nouvelle note sur l'ergotine, les résultats qu'il a obtenus de l'application de cette substance dans les hémorrhagies externes, ce à quoi il a été conduit d'après l'action maintenant bien connue de cette substance dans les hémorrhagies internes.

Voici quelques-unes des expériences que l'auteur a faites avec le concours de M. Chevallay, médecin à Chambéry, pour déterminer l'action de l'ergotine dans cette circonstance.

1° Une veine a été ouverte à la cuisse d'un mouton; immédiatement après on a appliqué sur l'ouverture béante du vaisseau un tampon de charpie imbibé d'une dissolution d'ergotine. Au bout de quelques minutes, le tampon a été enlevé; il ne s'écoulait plus une goutte de sang. L'ouverture de la veine était tout à fait oblitérée.

2° On a ouvert l'artère crurale à un lapin; le sang s'échappait en un jet de la grosseur d'une plume d'oie.

Au bout de quatre à cinq minutes, l'artère a été oblitérée par le même moyen.

3° On a ouvert la plus volumineuse des veines du cou à une poule. Le sang, qui coulait abondamment, a été arrêté en 4 minutes par l'application d'un peu de charpie imbibée d'ergotine. La veine, examinée ensuite, était entièrement oblitérée.

L'ergotine qu'emploie M. Bonjean dans ces expériences est dissoute dans douze ou quinze fois son poids d'eau, et cette dissolution sert à imbiber la charpie que l'on applique sur l'ouverture des vaisseaux. Dans les premiers moments de l'application de la charpie, le sang, qui ne peut être arrêté de suite, entraîne avec lui une portion de l'ergotine dont le tampon est imprégné. Pour réparer cette perte, M. Bonjean fait arriver goutte à goutte, sur cette charpie, de la dissolution d'ergotine, jusqu'à cessation complète de l'hémorrhagie.

15 grains (75 centigrammes) d'ergotine dissous dans 4 grains (16 grammes) d'eau suffisaient au-delà pour une expérience faite sur de petits vaisseaux. Si l'on avait à opérer sur de gros vaisseaux, il conviendrait de concentrer davantage la dissolution, et de prolonger plus longtemps le séjour du tampon sur la plaie.

Cataractes secondaires. — M. Tavignot adresse une note sur un nouveau procédé propre à prévenir la formation des cataractes secondaires.

La cataracte secondaire n'est à craindre, suivant lui, que lorsque le cristallin seul était opaque au moment de l'opération, parce qu'alors la capsule antérieure, ménagée à cause de la conservation de sa transparence, peut s'enflammer et donner naissance à une nouvelle cataracte; tandis que cet accident n'est pas à craindre lorsque la capsule postérieure seule est ménagée, parce

que celle-ci ne s'opacie que très-rarement. L'indication propre à prévenir la formation de la cataracte secondaire consiste en conséquence à détruire dans tous les cas la capsule antérieure par une déchirure très-étendue, en même temps qu'on déplace le cristallin.

Séance du 14 juillet. — *Epidémies périodiques.* — M. Assalon, médecin à Dieuze, adresse un travail sur la topographie médicale et sur les maladies endémiques et épidémiques de la localité qu'il habite. Il signale dans ce travail un fait fort remarquable, qu'aucun médecin n'avait, dit-il, signalé jusqu'à ce jour, et que l'on ne retrouve dans aucune histoire d'épidémies, c'est le retour exact et à périodes fixes d'états pathologiques graves, affectant presque toujours la même marche, les mêmes symptômes, les mêmes caractères. La plus importante de ces endémies est la fièvre typhoïde; les deux autres sont des fièvres intermittentes et des affections charbonneuses. L'auteur a observé des épidémies de fièvres typhoïdes en 1830, 33, 36, 39, 42. Les fièvres intermittentes ont été observées dans les années 1829, 32, 35, 38, 41, et les affections charbonneuses en 1831, 34, 37, 40 et 43. Voilà à quelles circonstances topographiques l'auteur, frappé de cette singulière intermittence, en attribue les causes.

La commune de Quermange, principal foyer de ces endémies, se trouvait autrefois entourée de vastes étangs. La fièvre typhoïde y apparaissait tous les ans, tantôt au sud-est, tantôt au sud-ouest. Depuis vingt-cinq ans environ il s'est fait un changement remarquable dans la direction affectée par l'invasion de la maladie, qui ne se montra désormais que de l'ouest à l'est. C'est que depuis vingt-cinq ans un étang voisin, placé au nord-ouest du village, a été supprimé; que toute la partie sud-ouest

des habitations est baignée en quelque sorte par les flots de l'immense étang de l'Indre basse, et enfin, depuis cette époque, les épidémies de fièvres typhoïdes ne reviennent que chaque trois années.

M. Assalon pense que cette périodicité tient au mode d'exploitation de cet étang, qui pendant deux ans reste plein d'eau et de poisson, et est vidé en automne et livré à l'agriculture la troisième année. L'apparition des épidémies typhoïdes coïncide avec la seconde année, durant laquelle l'étang de l'Indre est plein d'eau. Elles se montrent au plus tôt vers le commencement de juin, au plus tard dans la dernière quinzaine d'août, c'est-à-dire à l'époque où la température commence à s'élever d'une manière constante. L'apparition des fièvres intermittentes répond à la première année, durant laquelle l'étang de l'Indre est plein d'eau. Au printemps, les fièvres quotidiennes, après avoir ouvert la scène pendant quelques semaines, font place aux fièvres tierces, qui s'effacent presque complétement, quand arrive la température chaude et sèche de l'été, pour reparaître avec les brumes de l'automne, transformées quelquefois en quartes bien déterminées.

Les affections charbonneuses se manifestent sur des points élevés au-dessus du niveau de l'étang. Elles surviennent pendant l'année du dessèchement de l'étang. La haute température des mois de juillet, août et quelquefois de septembre, semble être la seule circonstance favorable au développement et à l'action du miasme charbonneux.

Nouveau procédé pour le traitement des fistules vésico-vaginales. — M. Jobert de Lamballe communique un fait de guérison de fistule vésico-vaginale, obtenue par un procédé qui lui est particu-

lier. Ce procédé consiste à pratiquer une incision semi-circulaire transversale sur la partie antérieure du col utérin, à l'endroit où celui-ci est joint par le vagin. La dissection a lieu de bas en haut, et le tranchant du bistouri est maintenu dirigé vers le col utérin, afin de protéger la vessie contre de dangereuses atteintes. Immédiatement après cette incision et la dissection qui isole facilement le bas-fond de la vessie, il y a rétraction de la portion antérieure du vagin et déplacement en avant de la région postérieure de la vessie. L'affrontement et la réunion des lèvres de la division deviennent alors faciles, et l'on peut ainsi réparer des pertes de substances énormes, telles, par exemple, que celle qui existait dans le cas dont je parle.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

(Juin et Juillet 1845).

Typhus et fièvre typhoïde. — Anatomie pathologique du temps de Corvisart, relativement aux lésions intestinales. — Tumeurs fibreuses. — Nominations de membres étrangers.

Séance du 24 juin. — *Contagion de la fièvre typhoïde.* — M. Gaultier de Claubry lit un travail original sur cette question.

Je me propose, dit-il, dans ce travail de démontrer les propositions suivantes : 1° La fièvre typhoïde et le typhus sont deux maladies identiques. 2° La fièvre typhoïde comme le typhus, est contagieuse.

M. G. de Claudry s'attache à démontrer que la symptomatologie et les lésions anatomiques sont effectivement

les mêmes dans les deux cas. Quant à la contagion de la fièvre typhoïde, elle ne lui paraît pas pouvoir être sérieusement contestée. Il rapporte huit faits recueillis dans sa pratique et choisis parmi ceux qui étaient les plus propres à mettre hors de doute la contagion.

Il y a, suivant, lui une circonstance qui contribue pour beaucoup à faire méconnaître la contagion, c'est l'immunité dont un très-grand nombre de personnes jouissent par rapport à la fièvre typhoïde. Dans ce cas sont tous les individus qui en ont déjà été affectés. Car il en est à cet égard de la fièvre typhoïde, comme de la variole, de la rougeole et des fièvres éruptives en général, on n'en est communément atteint qu'une fois. Or, si l'on tient compte de la proportion considérable d'enfants qui ont la fièvre typhoïde, on ne sera pas surpris qu'un grand nombre d'adultes soient à l'abri de son atteinte alors même qu'ils sont exposés à la contagion.

Je ne suis pas seul, d'ailleurs, à soutenir cette opinion, dit en terminant M. G. de Claubry: MM. Chomel, Louis, Andral, Moreau, Jolly et bien d'autres que je pourrais citer encore partagent le même avis. En aussi bonne compagnie je pourrai me consoler si je ne parviens pas à convertir M. Rochoux.

M. Rochoux. Je l'ai dit souvent: la vérité est du côté de celui qui distingue le plus et le mieux. Je sais que tous les médecins ne pensent pas ainsi; il en est qui sont disposés à tout confondre, comme Lassis, qui faisait toutes les fièvres avec une seule, ne voyant entre la fièvre muqueuse, bilieuse, adynamique, le typhus, la peste, etc., que des différences de degré. On me permettra de ne pas partager cette manière de voir.

Abordant la question soulevée par M. G. de Claubry, M. Rochoux attaque de point en point ses propositions.

Le typhus et la dothinentérite sont à ses yeux des maladies essentiellement différentes. La dénomination de fièvre typhoïde que l'on a donnée à cette dernière maladie, cause en grande partie de cette confusion, a été suivant lui un véritable malheur scientifique. Tout diffère entre ces deux maladies, causes, symptômes, lésions anatomiques, traitement. Voyons d'abord pour les causes :

C'est un principe tout à fait élémentaire en pathologie, que la réaction est toujours relative à la spécificité d'action de causes. Il suffit de se rappeler les phénomènes tout différents que produisent les diverses substances toxiques. Si j'établis donc que les causes du typhus et celles de la dothinentérite diffèrent, j'aurai déjà élagué une première distinction entre ces deux affections. Or, pour le typhus on reconnaît deux causes bien manifestes qui ne sont contestées par personne, l'encombrement et la contagion. La dothinentérite reconnaît-elle les mêmes causes? Tout le monde sait que rien n'est plus obscur que l'étiologie de cette maladie. L'acclimatement des étrangers à Paris joue un rôle important dans sa production, comme on le voit journellement pour les jeunes ouvriers et les étudiants récemment arrivés à Paris. L'alimentation, ainsi que l'avait signalé Starck, semble n'y être pas étrangère. L'âge, comme aptitude, constitue une différence notable entre ces maladies. Tout le monde connaît l'immunité des vieillards à l'égard de la dothinentérite ; il n'en est pas de même pour le typhus et les autres fièvres graves ; M. Delaroche a succombé au typhus à l'âge de 60 ans. Le Titien mourut de la peste à plus de 90 ans. Enfin ce n'est pas l'encombrement qui produit la dothinentérite ; je n'en citerai pour l'instant d'autres preuves que les faits même que vient de rapporter M. G. de Claubry.

Passons aux symptômes. Un des symptômes caractéristiques du typhus est un délire particulier ayant quelque ressemblance avec l'ivresse. C'est un aspect brillant particulier des yeux, tel, que quelques médecins ont prétendu avoir diagnostiqué la maladie par ce seul caractère. C'est une odeur particulière qui ne ressemble à aucune autre et qu'on ne peut plus méconnaître quand on en a été frappé une fois. C'est enfin l'éruption pétéchiale. On est aujourd'hui, à l'égard de ces sortes d'éruption, beaucoup plus arriéré qu'autrefois. On confond les pétéchies avec cette éruption pourprée, ces taches rosées, sans importance, que l'on trouve partout. Il en est bien autrement de l'éruption pétéchiale qui a été si bien décrite par Fracastor, par Amb. Paré, Pringle, etc., et que l'on a retrouvée en Morée pendant la guerre de l'indépendance. M. Biett l'a vue et très-bien décrite lors de l'épidémie de 1815, à l'hôpital Saint-Louis. C'est donc à tort que l'on confond ces taches pétéchiales réellement caractéristiques du typhus avec les taches rosées de la dothinentérite. Elle ne se ressemblent pas du tout.

De pareilles différences dans les symptômes de détail en indiquent de plus grandes encore dans les symptômes d'ensemble. Et, par exemple, la marche de ces deux maladies n'est pas la même. La marche du typhus est toujours rapide, la maladie est presque toujours jugée au quatorzième jour, tandis que la dothinentérite a le plus ordinairement une durée beaucoup plus longue.

Quant à la contagion, on sait déjà ce que je pense à cet égard. J'ai reçu dernièrement de la Touraine, pays où l'on a inventé la contagion, une note dans laquelle on me signalait une épidémie de fièvre typhoïde contagieuse; mais c'était tout simplement une erreur de diagnostic.

Enfin, on parle de l'anatomie pathologique; mais comment la faisait-on en 1811 ?

Voyons maintenant le traitement prophylactique. Je trouve encore ici les mêmes différences. On se met facilement à l'abri du typhus par l'isolement, tandis qu'on ne se soustrait d'aucune manière à la fièvre typhoïde. On dit que les étudiants qui ne contractent pas la fièvre typhoïde dans les hôpitaux le doivent à ce qu'ils ont eu probablement la maladie dans leur enfance. Pur roman. La fièvre typhoïde n'atteint pas le vingtième de la population. Si elle était contagieuse, elle attaquerait tout le monde. Remarquez d'ailleurs que les élèves en médecine contractent en général la fièvre typhoïde pendant les premières années de leurs études, c'est-à-dire à une époque où ils ne fréquentent pas encore les hôpitaux.

M. Merat. M. Rochoux a dit : comment faisait-on l'anatomie pathologique en 1811 ? A-t-il oublié qu'à cette époque c'était Corvisart, Laënnec et Bayle qui dirigeaient les recherches d'anatomie pathologique!

M. Castel. La contagion telle qu'on l'envisage est une chimère; je l'ai dit souvent, et je le répète : ce n'est pas un être relatif, c'est un épiphénomène. Elle ne constitue pas le caractère essentiel de telle ou telle fièvre.

Quant à la conformité que l'on dit exister entre le typhus et la fièvre typhoïde, on pourrait, jusqu'à un certain point, dire aussi qu'elle existe entre toutes les fièvres; car elles n'ont pas de caractères absolus; elles se transforment et dégénèrent souvent les unes dans les autres.

Séance du 1er juillet. — *De l'anatomie pathologique du temps de Corvisart.* — M. Husson demande, à l'occasion du procès-verbal, à présenter une explication relativement à ce qui a été dit dans la dernière séance,

de l'état de l'anatomie pathologique au commencement de ce siècle. M. Rochoux a dit que Corvisart ne faisait point d'ouvertures de cadavres. Cela n'est pas exact. J'ai suivi, dit M. Husson, la clinique de Corvisart pendant trois ans, de 1795 à 1798; à cette époque il se bornait, il est vrai, à ouvrir la poitrine et à examiner les poumons et le cœur; je ne lui ai jamais vu ouvrir les intestins; mais plus tard, lorsque les travaux de Prost et de Broussais eurent fixé l'attention sur les maladies du tube digestif, Corvisart suivit l'impulsion, et se mit à examiner avec grand soin les intestins sur tous les cadavres. Il n'y a donc pas, comme on aurait pu le croire, contradiction entre l'assertion de M. Rochoux et celle de M. Mérat; car il faut distinguer à cet égard deux époques dans la carrière de Corvisart.

M. Mérat : J'ai suivi Corvisart depuis 1801 jusqu'en 1812 ou 13, et pendant cet espace de onze à douze ans, je puis affirmer qu'on ouvrait les intestins, et qu'on les examinait avec le plus grand soin.

Séance du 8 juillet. — M. Ferrus revient, à l'occasion du procès-verbal, sur l'état de l'anatomie pathologique du temps de Corvisart. Il a suivi les leçons du fondateur de la clinique en 1789 et 1800, et il se souvient parfaitement qu'à cette époque on examinait avec le plus grand soin les organes digestifs dans tous les cas où les symptômes avaient été de nature à faire soupçonner des lésions dans ces organes.

M. Rochoux : Avant de répondre à l'argumentation de M. Gauthier de Claubry, je dois quelques mots de réponse à M. Mérat et à M. Castel. M. Mérat a eu raison de défendre l'anatomie pathologique en 1811; c'est en 1804 que j'aurais dû dire, époque où parut l'ouvrage de M. Prost. Mais je maintiens qu'avant cette époque il

n'avait rien été publié qui eût quelque valeur sur les lésions anatomiques des fièvres graves.

M. Castel a dit : tout est relatif dans ce monde. Eh bien ! moi je dis : tout est absolu dans l'univers, en médecine comme en toutes choses. Le relatif ne conduit qu'au doute et à la confusion, il prouve la faiblesse de notre esprit, tandis que l'absolu conduit à la certitude des sciences naturelles ; c'est d'ailleurs le système d'Epicure (Ah ! Rire général)...

... Quant à la comparaison de la dothinentérite à la variole, c'est à mon sens une idée bouffonne.

La dothinentérite n'atteint en moyenne que des sujets de 20 à 25 ans, rarement au-delà de 40. La variole, au contraire, attaque à tout âge; celle-ci attaque presque sans exception tous les individus non vaccinés ou non inoculés, tandis que la dothinentérite ne frappe que sur un vingtième de la population tout au plus. Il n'en faudrait pas davantage, je crois, pour montrer toute la distance qui sépare ces deux maladies. On s'est fondé, pour établir cette analogie, sur l'assimilation des glandules de Brunner aux pustules varioliques. M. Chomel, qui en fait de critique ne passe pas pour un casse-cou, a démontré le peu de fondement de cette doctrine.

En résumé, les faits de détail comme les généralités et le raisonnement déposent contre l'opinion de M. Gaultier de Claubry. La majorité des témoignages qu'il a invoqués ne lui est pas plus favorable. Il y a longtemps qu'Aristote s'est moqué avec juste raison des majorités en matière de science. D'ailleurs, rien ne serait plus facile que d'opposer des noms à ceux qu'a cités M. de Claubry; mais la question n'y gagnerait pas grand'chose. La vérité ne se met pas aux voix ; celui qui

la trouve n'a pas besoin de s'enquérir si beaucoup d'autres sont de son avis.

SÉANCE DU 15 JUILLET.—*Nomination de membres associés étrangers.* — L'Académie procède au scrutin pour la nomination de huit membres associés étrangers. MM. Burdach, Lawrence, Muller, Liebig et Brodie, ayant seuls réuni la majorité des suffrages, sont proclamés membres associés étrangers de l'Académie. La nomination des trois autres membres est renvoyée à la séance prochaine.

Tumeurs fibreuses. — M. Londe lit, pour M. le professeur Le Sauvage, correspondant de l'Académie, un mémoire sur les tumeurs albumino-gélatineuses (fibreuses des auteurs). La question agitée au sein de l'Académie n'a pas paru à M. Le Sauvage avoir reçu une solution suffisante. Parmi les tumeurs appelées *fibreuses*, les unes ne méritent point cette qualification; leur tissu n'offre aucun des caractères du tissu fibreux ; leur mode de production, qui, jusqu'à présent, n'a point été bien apprécié, exclut la possibilité de la transformation fibreuse. Le diagnostic de ces tumeurs peut être ainsi établi :

Elles se développent par intussusception dans les régions abondamment pourvues de tissu cellulaire, auquel elles font subir une grande extension, en déplaçant, sans les envahir, les organes environnants.

Elles ne sont le siége d'aucune douleur; mais elles peuvent en déterminer par la pression qu'elles exercent sur les organes voisins.

Le plus souvent elles présentent à un tel degré les apparences d'une fluctuation, que les praticiens les plus exercés pourraient s'y méprendre.

La peau qui recouvre ces tumeurs est souvent très-dis-

tendue, mais sans aucune altération, et jamais elle ne contracte d'adhérences.

Les ganglions lymphatiques n'éprouvent point d'engorgement consécutif.

Leur tissu est homogène, blanchâtre, élastique, plus ou moins consistant. Il se déchire très-irrégulièrement et les surfaces présentent l'aspect pulpeux des pseudo-membranes. On y aperçoit, à la loupe, une grande quantité de vaisseaux sanguins à l'état naissant, et souvent un certain nombre de petits kystes bien organisés.

Ce tissu conserve toujours la même structure, quelles que soient l'étendue et l'ancienneté du développement de la tumeur, et jamais il n'éprouve ni dégénérescence, ni transformation.

On conçoit maintenant comment, isolées au milieu des organes où elles ne jouissent que d'une vie réduite au minimum d'expression, les tumeurs gélatino-albumineuses peuvent être enlevées sans danger et surtout sans donner de craintes de récidive, et on ne peut douter que ce ne soit de semblables tumeurs qui aient été considérées comme exemptes de récidives par divers auteurs, notamment par MM. Bayle, Boyer, le professeur Velpeau, etc.

Fièvre typhoïde.—M. Louis lit, au nom de MM. Honoré, Maccartan et au sien, un rapport sur un mémoire adressé à l'Académie par M. le docteur Jacquez, de Lure (Haute-Saône), relatif à plusieurs épidémies de fièvre typhoïde qu'il a observées dans les communes de l'arrondissement de Lure. C'est, dit M. le rapporteur, un travail étendu, élaboré avec soin et digne de fixer l'attention de l'Académie. Parmi les causes prédisposantes, l'auteur étudie l'influence de l'âge, du sexe, de l'intempérance, et du changement de régime et d'habitude.

Relativement à l'âge, il résulterait du tableau statistique dressé par l'auteur qu'avant l'âge de 10 ans il y aurait moins de prédisposition à la fièvre typhoïde que dans la période de 50 à 60. Il signale en outre quelques individus âgés de 60 à 70 ans, et 4 de 70 à 80 ans, que la maladie n'aurait point épargnés. M. le rapporteur émet quelques doutes sur la réalité de ces faits qui, s'ils étaient exacts, s'éloigneraient beaucoup de ceux que l'on observe journellement à Paris. Il est porté à croire que l'auteur, n'ayant pas vu lui-même tous les malades dont il analyse l'histoire, il pourrait y avoir eu, dans quelques cas, une erreur de diagnostic; d'autant plus, dit-il, qu'il serait difficile d'admettre qu'une si grande proportion d'hommes âgés auraient pu échapper si longtemps aux causes de la maladie, et que si l'on admettait au contraire qu'ils ont dû en être atteints antérieurement, ce serait que l'affection typhoïde est fréquemment sujette à récidive, ce qui est plus que douteux.

L'auteur ne pense pas que le sexe constitue une prédisposition particulière à l'affection typhoïde. L'intempérance ne peut pas non plus être considérée comme une prédisposition. On en peut dire autant, d'après les les faits qu'il rapporte, du changement de régime et d'habitude.

Parmi les causes déterminantes, l'auteur étudie successivement l'action des saisons, des localités, des logements, des rivières, des marais, des lieux communs de sépulture, etc. Il ne pense pas que les saisons ou les conditions barométriques aient eu une influence positive sur le développement des épidémies qu'il a observées. On ne saurait non plus, dit-il, attribuer une grande influence aux localités sur le développement des épidémies en question; car elles ont régné dans les villages

secs et élevés, aussi bien que dans les lieux humides. Quant au logement, il est porté à croire, d'après les faits observés, que des chambres insalubres et peu aérées, que surtout un air vicié par la réunion d'un trop grand nombre de personnes, peuvent seules, et indépendamment de la contagion, déterminer le développement de la fièvre typhoïde.....

....Les récidives occupent aussi l'auteur du mémoire. Dans sa pensée, ces récidives ne sont pas très-rares ; mais les faits sur lesquels il se fonde ne paraissent pas très concluants à M. le rapporteur, qui rappelle toutefois qu'il a observé avec deux de ses collègues le seul exemple bien constaté d'une double attaque d'affection typhoïde.

La commission voit dans ce mémoire l'ouvrage d'un médecin habile, de beaucoup d'instruction et dont les conseils peuvent également éclairer l'autorité et rassurer les populations au milieu desquelles il se trouve. Elle propose en conséquence : 1° d'adresser une lettre de remercîments à l'auteur ; 2° de l'engager à continuer ses recherches dans le même esprit qui a présidé à celles qui font l'objet de ce rapport : 3° d'inscrire son nom sur la liste des correspondants nationaux, dont il sera un des plus éclairés et des plus dignes.

M. Rochoux et quelques membres demandent la parole.

M. Rochoux. M. Louis a basé les éloges qu'il a donnés à l'auteur du mémoire sur l'étendue de son travail, il en a en quelque sorte mesuré le mérite à la toise. Lors des concours pour les prix décennaux fondés par l'empereur, Coray l'emporta par un travail d'une demi-page sur Gall qui avait envoyé au concours 8 volumes. La lettre de J.-J. Rousseau à l'archevêque de Paris l'emportera toujours sur les 80 volumes de Mlle de Scudéri. (Rumeurs et mouvements d'impatience).

M. Honoré. J'accepte comme exacts les faits de contagion publiés par MM. Bretonneau et Gendron ; mais il n'en est pas moins vrai qu'à Paris elle n'est rien moins qu'avérée ; pour moi, je n'en ai pas rencontré un seul cas bien évident. Je ne prétends pas dire par là que la fièvre typhoïde ne soit point contagieuse, mais je crois qu'on n'est pas admis à poser en principe sa contagion.

M. Piorry : M. Rochoux a parlé avec raison de la difficulté de diagnostiquer ce qu'on appelle la fièvre typhoïde. Il faudrait qu'on s'entendît bien une fois pour toutes sur la valeur de cette dénomination. Je suis convaincu, pour ma part, que si l'on demandait à plusieurs médecins ce qu'ils entendent par fièvre typhoïde, il y aurait autant d'opinions que d'individus, et peut-être même ne saurait-on pas en définitive s'il s'agit de la fièvre typhoïde ou d'une autre maladie. La vérité est qu'on ne s'entend guère sur cette expression, et que la confusion la plus déplorable règne à cet égard. Autrefois on appelait fièvre *typhode* un ensemble de symptômes dont Pinel tira plus tard sa classification des fièvres et dont il fit autant de maladies distinctes. Les modernes ont ajouté un *i* au mot typhode, et véritablement je ne vois pas qu'il y ait beaucoup à s'enorgueillir de ce progrès syllabaire.

Pour que le diagnostic soit bien déterminé, il faut donc bien établir d'abord s'il s'agit bien réellement de fièvre typhoïde, de quelle forme de la fièvre typhoïde, et enfin de quels états organiques et de quelles complications on veut parler. Mettez à côté d'une fièvre typhoïde à forme muqueuse, une fièvre typhoïde à forme inflammatoire ou à forme adynamique, il n'y a certainement entre elles aucune ressemblance. Il serait donc temps de renoncer à cette dénomination générale qui n'apporte que confusion et dont les conséquences

pour le traitement sont des plus fâcheuses. Voyez où l'on arrive en définitive par l'application de la méthode numérique; à ceci : que, quel que soit le traitement employé, le résultat est toujours le même.

M. Rochoux a encore eu raison de dire qu'on avait pu commettre dans cette circonstance des erreurs de diagnostic; mais cela arrive tous les jours et partout; en ville, on croit avoir affaire à une fièvre typhoïde, un médecin exercé percute et ausculte, et trouve une belle pneumonite (Exclamations!). Dans les hôpitaux, les mêmes erreurs se commettent et se commettront toutes les fois qu'on examinera plutôt la fièvre que le malade. Ce n'est donc pas la fièvre qu'il faut étudier, ce sont les états organo-pathologiques.

En ce qui concerne la contagion, j'opine dans le sens du rapport. Je puis affirmer, pour ma part, avoir constaté un grand nombre de fois la contagion.

Relativement au traitement on dit que la plupart des relevés portent une mortalité énorme. Mais encore une fois faut-il distinguer pour savoir à quoi s'en tenir sur cette mortalité. Je n'oserais vraiment pas dire quel a été le chiffre de la mortalité dans mon service depuis quelque temps, tant ce chiffre est peu élevé; cela dépend de ce que je n'ai eu affaire qu'à des formes simples et bénignes.

En résumé, pour arriver à des résultats qui offrent quelque certitude, il faut considérer, je le répète, non pas la fièvre typhoïde, mais les états organo-pathologiques, leur degré de gravité, et les complications qu'ils comportent. Mais assurément tant qu'on se servira du terme général de fièvre typhoïde, on n'aura point de tableaux de mortalité comparables, et les relevés statistiques seront sans valeur. (Très bien !)

M. Louis. A mon avis il est tout aussi facile de diagnostiquer la fièvre typhoïde que toute autre maladie.

M. Piorry. Laquelle?

M. Roux. A quelle époque?

M. Louis. Du troisième au septième jour.

M. Rochoux demande qu'on supprime de la seconde conclusion du rapport, les mots: *Dans le même esprit qui a présidé*. Il motive sa proposition sur ce que le mémoire n'est pas rédigé dans un bon esprit, et qu'on ne doit pas engager l'auteur à persévérer dans la même voie.

M. Louis insiste pour le maintien de ses conclusions qui sont adoptées.

M. Castel. Il y a une confusion qui résulte de la dénomination de fièvre typhoïde appliquée à plusieurs maladies différentes. Les anciens avaient beaucoup mieux défini ce qu'ils entendaient par la fièvre typhoïde. On disait tout à l'heure qu'il était difficile au début de diagnostiquer la fièvre typhoïde; je le crois bien. Hildebrand avait bien pressenti cette difficulté en disant que le typhus au début n'était souvent qu'une fièvre bilieuse. On ne veut pas maintenir une distinction entre les différentes espèces de fièvres; il en résulte la plus grande confusion.

La suite de cette discussion est renvoyée à la séance suivante.

VARIÉTÉS.

RÉCLAMATION DE M. LE PILEUR.

A monsieur le directeur de la Revue médicale.

Monsieur et très-honoré confrère,

L'article *Sociétés savantes* du dernier numéro de la *Revue médicale* contient l'analyse d'une note présentée par M. Castel à l'Académie des sciences. L'auteur de

cette note combat quelques-unes des conclusions qui terminent l'extrait de mon travail sur les effets physiologiques de l'air des hautes montagnes; me permettrez-vous quelques mots de réponse?

Les phénomènes observés sont, suivant M. Castel, le produit de la diminution de la pression de l'atmosphère (1). Tout mon mémoire est consacré, je ne dis pas à prouver ce fait, déjà reconnu par les auteurs, mais à donner de nouvelles preuves à l'appui. L'extrait inséré dans les comptes-rendus (2), bien que manquant un peu de développement, me paraît cependant conclure ainsi :

« La distinction proposée par M. Le Pileur entre les phénomènes qui sont dus à la raréfaction et ceux qu'il attribue au mouvement musculaire me paraît sans fondement, dit M. Castel.

« Si ces phénomènes laissent voir moins de violence dans le cavalier que dans le piéton, c'est que dans l'un l'action de la plus grande partie des muscles ne s'exerce point, tandis que dans l'autre elle est assujettie à de continuels efforts. »

Le commencement de cette objection nous semble peu d'accord avec la fin. Si l'on reconnaît l'influence du mouvement musculaire, pourquoi ne point vouloir que nous disions : parmi ces phénomènes, les uns nous paraissent appartenir en propre à la raréfaction de l'air, les autres résultent de la complication de l'élévation et du mouvement (3).

Je ne crois pas devoir répéter ici ce que j'ai dit à ce sujet dans la partie de mon mémoire qui paraît dans ce même cahier. Seulement je dirai que l'observation des

(1) Comptes-rendus de l'Académie des Sciences, séance du 19 mai, p. 2501.

(2) Séance du 21 avril, p. 1399 et suiv.

(3) *Revue Médicale*, juin 1845, p. 264.

faits me semble prouver suffisamment la nécessité d'une distinction entre des phénomènes plus ou moins complexes et plus ou moins secondaires. Quant à la raréfaction de l'air, je n'ai jamais pensé à nier son action, non plus que celle de la respiration, sur les phénomènes organiques.

M. Castel pense que tous les phénomènes physiologiques dont nous parlons doivent être attribués à l'embarras et au trouble de la circulation résultant de l'influence de la diminution de pression sur la contractilité (1). Il est certain que l'accélération du pouls, seul trouble que nous ayons observé dans la circulation, augmente en même temps que les autres phénomènes physiologiques deviennent plus tranchés. Ce fait résulte de toutes nos observations. Quant à la contractilité, sans prétendre nier son influence, nous croyons qu'elle en a une moins certaine et moins puissante que la dilatation des gaz intestinaux, effet nécessaire de la diminution de pression.

Permettez-moi, Monsieur, d'ajouter ici que la lecture de mon travail me semble expliquer aussi comment des voyageurs ont pu gravir l'Etna sur des mulets sans souffrir de la raréfaction de l'air, et passer le col du Géant (3,400 mètres) sans éprouver ces phénomènes, qui ne deviennent tranchés qu'à partir de 4,000 à 4,200 mètres de hauteur. Ces voyageurs ne font donc pas exception à la règle, surtout quand on remarque qu'ils s'étaient acclimatés à l'air des hautes vallées, comme Jacquemont, qui, souffrant d'abord vers 4,000 mètres, avait fini par n'éprouver presque rien, ou même rien, à 5,600 mètres.

Je suis avec respect, Monsieur et très honoré confrère, etc.

A. Le Pileur.

(1) Comptes-rendus, séance du 21 avril.

NOUVELLES DIVERSES.

NOMINATIONS.

M. Lallemand, ancien professeur de clinique externe à la Faculté de Montpellier, a été nommé membre de l'Académie des Sciences, en remplacement de M. Breschet.

MM. Bouley, Moissenet et Fauvel ont été nommés, à la suite du dernier concours, médecins du bureau central des hôpitaux de Paris.

— Plusieurs candidats s'étant présentés pour la place de chef des travaux anatomiques à l'Ecole préparatoire de médecine à Bordeaux, et quelques-uns d'entre eux ayant demandé le concours, l'Ecole a adopté ce mode de nomination.

En conséquence, un concours est ouvert à cet effet pour le 1er juillet prochain ; il se composera des quatre épreuves suivantes :

1° D'une préparation anatomique extemporanée, pour laquelle cinq heures sont accordées.

2° D'une dissertation orale sur un point d'anatomie et de physiologie.

Elle aura lieu après une heure de préparation, et durera une heure.

3° D'une dissertation écrite sur un point d'anatomie pathologique ; on accordera cinq heures pour sa rédaction.

4° De la préparation de trois pièces anatomiques, dont l'une d'anatomie comparée, qui seront conservées dans le musée de l'Ecole ; les candidats pourront y consacrer un mois.

Les trois premières questions seront identiques pour tous les concurrents.

Sept professeurs formeront le jury, qui présentera ces candidats à la nomination du ministre.

Les docteurs en médecine ou en chirurgie qui voudront concourir se présenteront au professeur, secrétaire de l'Ecole, au moins trois jours avant l'ouverture du concours.

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Traité pratique des Accouchements, par M. Chailly (Honoré), ancien chef de clinique d'accouchements de la Faculté de Paris, etc., etc.; accompagné de 248 figures gravées sur bois et intercalées dans le texte. Ouvrage adopté par le Conseil royal de l'Instruction publique. 2e édition, considérablement augmentée. 1 vol. in-8° de 885 pages.

Le traité pratique des accouchements de M. Chailly s'est placé dès son apparition au premier rang des publications du même genre qui se sont multipliées depuis quelques années. C'est qu'il se distinguait par une méthode simple, une marche facile, un développement régulier, une exposition claire et précise. Les préceptes consacrés par l'observation, les procédés sanctionnés par l'expérience des grands maîtres, l'auteur ne les adoptait qu'après en avoir lui-même confirmé l'excellence par des études suivies à la Clinique d'accouchements de la Faculté, et par les essais d'une longue pratique particulière.

On a justement félicité l'auteur d'avoir élagué une foule de procédés inventés sur le mannequin, souvent inexécutables sur le vivant, et pour la plupart au moins inutiles, s'ils ne sont pas dangereux; c'est avec non moins de raison qu'il a éliminé d'un ouvrage essentiellement pratique ces considérations alambiquées, ces raisonnements à perte de vue, ces discussions interminables qui n'ont de valeur que sous le rapport scientifique.

Sous tous ces rapports, la seconde édition ne diffère point de la première dont elle n'est que la reproduction. L'auteur ne pouvait mieux faire; mais son ouvrage devient plus complet par les additions heureuses qui comblent quelques lacunes, réparent des omissions échappées à une première publication,

ou rappellent les nouvelles notions que les progrès incessants de la science et de l'art ont produit pendant les deux années qui se sont écoulées depuis cette première édition.

Ainsi, le haut intérêt qui s'attache aux fonctions si merveilleuses de la reproduction, ce point de départ de la science tocologique, fera accueillir le résultat des recherches faites par Boër, MM. Coste, Bischof, Warton, Wagner, Mégrier, Gendrin, Paulet de Rouen, Raciborski, Robert Lée, etc., sur les organes de la génération, et particulièrement sur les vésicules de Graaf; de M. Jobert de Lamballe sur la structure de l'utérus; de M. Coste sur le développement du produit de la conception pendant les trois premiers mois de la grossesse, ainsi que sur les enveloppes de l'œuf humain à terme; enfin sur la structure et les fonctions du placenta par MM. Jacquier et Bonamy.

En traitant des maladies qui se déclarent pendant le cours de la grossesse, M. Chailly soutient une question nouvelle dont l'énoncé fera sentir l'importance. Dans les cas où les vomissements, complication assez ordinaire de la grossesse, compromettent et menacent par leur intensité, leur fréquence, leur persistance, l'existence de la femme, doit-on, dans l'intention de prévenir cette funeste terminaison, provoquer l'avortement? L'auteur se prononce pour l'affirmative. Le sujet est délicat; aussi, malgré l'excellence des raisons sur lesquelles M. Chailly fonde son opinion et la valeur des faits dont il l'appuie, ne l'adopterions-nous qu'avec une grande réserve.

Il n'en est pas tout à fait de même de l'accouchement prématuré artificiel, sujet non moins important, grande préoccupation du jour parmi les accoucheurs, et qui réunit en sa faveur la majorité des opinions. Il a fourni à la nouvelle édition de M. Chailly un très beau chapitre, analyse substantielle de tous les matériaux publiés sur l'accouchement prématuré artificiel.

Nous signalerons aussi un article sur les ruptures de la matrice pendant la grossesse, et un exposé des signes à l'aide desquels on reconnaît la mort du fœtus pendant la gestation. Remarquons toutefois, à l'occasion des altérations que le fœtus subit après sa mort, que l'auteur ne traite que de celle résultant de la macération et produisant le ramollissement des tissus

du petit cadavre. Il est une autre altération à effets tout opposés, puisqu'ils consistent en une raideur cadavérique, un endurcissement de tous les tissus, altération importante à connaître en ce qu'elle peut être cause de dystocie, comme le prouve un fait que nous avons jadis publié.

On consultera avec soin les chapitres et articles affectés à la grossesse compliquée d'ascite, aux grossesses gémellaires; aux inconvénients et accidents qu'entraîne la rigidité du col utérin; à l'application du forceps, lorsque la tête est encore au-dessus du détroit supérieur; les règles de conduite à suivre dans ces cas si souvent embarrassants ne laissent rien à désirer.

M. Chailly a enrichi l'article relatif à la céphalotomie de détails sur le forceps-scie de M. Van-Houel, destiné à remplacer le céphalotribe, et de la description des procédés de symphyséotomie sous-cutanée proposés par M. Imbert de Lyon et Carbonais.

Relativement à l'accouchement par la face, l'auteur appuie sur une discussion approfondie, corrobore par de nouvelles autorités, et confirme par de nouveaux faits, ce précepte qu'il avait établi dans la première édition, savoir, qu'il faut abandonner aux seuls efforts de la nature toutes les présentations de la face, même celles mento-postérieures, et préférer la version à l'application du forceps en cas d'indications pressantes pour terminer artificiellement l'accouchement.

Le livre est terminé par une description sommaire de l'éducation physique des enfants depuis la naissance jusqu'au sevrage.

Au moyen des additions dont nous venons d'exposer une courte analyse, le traité des accouchements de M. Chailly (Honoré) présente le tableau le plus fidèle et le plus complet de l'état actuel des connaissances acquises sur la science et la pratique des accouchements. L'élève y trouvera tout ce qu'il lui importe de savoir; il sera pour l'accoucheur un guide éclairé pour tous les cas difficiles qui peuvent se présenter dans la pratique de cette partie importante de l'art de guérir.

La faveur légitime avec laquelle cet ouvrage a été accueilli, ne sera pas moins acquise à cette nouvelle édition.

Paris, 25 juin 1845. DUPARCQUE.

Mémoires de Médecine pratique; 1° de la fièvre typhoïde et de son traitement; 2° De la saignée chez les vieillards comme condition de santé; 3° Considérations étiologiques et thérapeutiques sur les maladies de l'utérus; 4° De la goutte et de son traitement spécifique par les préparations de colchique; par le docteur FULGENCE FIÉVÉE DE JEUMONT, Chevalier de la Légion d'Honneur. Brochure in-8., chez BAILLIÈRE, libraire-éditeur, à Paris.

Les Mémoires de médecine pratique, dont nous présentons ici un aperçu rapide, ont été rédigés au lit même du malade, et en quelque sorte sous la dictée de la nature; c'est là, sans contredit, leur principal titre à l'attention générale.

Nous n'essaierons pas de faire l'analyse de ces divers mémoires; nous pensons qu'il vaut mieux reproduire aphoristiquement les principales propositions de l'auteur, persuadé que nous sommes depuis longtemps, que cette manière d'offrir, à l'état pour ainsi dire de condensation, les principes et les préceptes des praticiens, est la meilleure et la plus profitable.

L'opuscule du docteur Fiévée contient quatre mémoires; le premier a pour objet la fièvre typhoïde et son traitement; le second traite de la saignée considérée chez les vieillards comme une condition de santé; le troisième présente un ensemble de considérations étiologiques et thérapeutiques sur les maladies de l'utérus; enfin le quatrième est une espèce d'apologie des diverses préparations du colchique, que l'auteur regarde comme le vrai spécifique des affections goutteuses.

Pour M. Fiévée la fièvre typhoïde n'est pas une fièvre essentielle; c'est une fièvre symptomatique; « c'est, selon ses propres expressions (page 5), le signal d'un trouble général; c'est le *tocsin physiologique*, le résultat direct de la suspension en tout ou en partie des lois de la vitalité. » La fièvre typhoïde offre ordinairement trois phases principales à examiner : Elle se présente d'abord sous la forme gastro-intestinale; elle passe ensuite à l'état adynamique, et enfin à l'état ataxique. A chacune de ces phases ou périodes répondent trois sortes d'indications majeures différentes : « Le médecin, dit M. Fiévée, doit vaincre la fièvre typhoïde dans la première forme, la combattr

dans la seconde et résister dans la troisième. » Pour satisfaire à ces trois indications, M. Fiévée recommande 1° de mettre le malade à la diète absolue; de lui tenir la tête froide et les extrémités chaudes, de faire administrer plusieurs lavements; de prescrire des boissons acidules-tartariques, des frictions sèches sur la surface du corps et des onctions émollientes sur l'abdomen. Voilà la première indication. On doit avoir recours ensuite à de petites saignées modérées, coup sur coup, et à des purgatifs salins, qui, indépendamment de leurs propriétés purgatives, jouissent encore d'une véritable propriété antiseptique. Des ventouses scarifiées et des vésicatoires volants sur la région iliaque produiront aussi de très-bons effets. Quand l'affection typhoïde passe à l'état adynamique, on doit employer concurremment les toniques, les diffusibles, l'éther, le kina, la limonade nitrique et les sinapismes; enfin on prescrit les lavements camphrés, le musc, l'ammoniaque, la glace ou au moins l'eau glacée, quand l'état ataxique succède à l'état adynamique.

Contrairement aux idées de beaucoup de médecins, M. Fiévée considère les saignées veineuses chez les vieillards comme constituant un excellent moyen prophylactique et comme étant même une condition de santé. Il appuie sa théorie sur des faits constatés. « Les vieillards, dit-il, sont gorgés de sang noir, et beaucoup d'entre eux périssent par une sorte de collapsus pulmonaire, espèce d'asphyxie ou d'intoxication par le sang noir. Une saignée faite à propos prévient de pareils accidents. »

Le Mémoire sur les maladies de l'utérus n'est pas moins intéressant que ceux qui précèdent. M. Fiévée attribue une grande partie de ces affections aux vêtements étroits et incommodes auxquels la mode assujettit les femmes. Il signale tous les inconvénients du spéculum; il s'élève avec raison contre la manie des cautérisations qui semble avoir saisi la plupart des chirurgiens de nos jours, et il termine par dire qu'il a souvent remarqué, que, de brûlure en brûlure, on arrivait à ulcérer et à ramollir si bien les muqueuses qu'on produisait infailliblement des désorganisations consécutives.

M. Fiévée s'occupe ensuite de la goutte, et préconise le col-

chique comme le véritable spécifique de cette douloureuse et dangereuse affection. « Depuis vingt-quatre ans, dit-il, que nous formulons le colchique, des milliers de faits soigneusement étudiés sont venus constater l efficacité de ce remède et nous rendre son action plus sûre encore que celle du sulfate de quinine dans les fièvres intermittentes. »

Cette assertion paraîtra peut-être un peu hardie; mais on remarquera que nous en laissons toute la responsabilité à M. Fiévée, qui certes, est bien état de la porter.

Nous pourrions discuter sur bien des points avec l'auteur; car sur quoi et avec qui ne peut-on pas discuter? nous nous contenterons d'applaudir au travail du docteur Fiévée. Nous devons surtout féliciter ce praticien d'avoir compris qu'une certaine réputation médicale impose des obligations, et que pour jouir dans l'opinion publique, de cette auréole de considération scientifique qu'on obtient si gratuitement dans le cercle de quelques clients ou de quelques amis, il faut absolument produire au grand jour ses moyens et ses titres, c'est-à-dire professer ou écrire. Le docteur Fiévée entre franchement dans cette voie. Outre les quatre mémoires dont nous venons de parler, il annonce qu'il en conserve plusieurs autres en portefeuille, et qu'il les publiera plus tard si les premiers reçoivent un accueil favorable. Docteur Ed. Aubes.

Traité théorique et pratique d'accouchements; par P. Cazeaux, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, ouvrage adopté par le conseil royal de l'instruction publique. Deuxième édition, 1 vol. in-8° de 840 pages. chez Méquignon-Marvis.

Lorsqu'un traité se distingue assez des traités de même espèce pour arriver légitimement et en peu d'années à une seconde édition, lorsqu'il est assez apprécié pour trouver place dans la bibliothèque d'un assez grand nombre de praticiens et d'une foule d'étudiants, lorsqu'enfin il a été adopté par le conseil de l'instruction publique, c'est à peine s'il a besoin des secours de la presse, si ce n'est pour faire connaître son esprit et sa forme à ceux qui ne le possèdent pas encore. Tel est le cas dans lequel se trouve le livre du docteur Cazeaux. Du reste, nous

ne faisons aujourd'hui que réparer un oubli, remplir un devoir, ce qui ne nous empêchera pas d'être justes autant que possible dans notre appréciation.

L'art des accouchements a subi, depuis un certain nombre d'années, en France et dans les pays voisins, des perfectionnements assez nombreux que l'enseignement distingué de M. le professeur Paul Dubois a cherché à populariser. C'est à cette excellente source que M. Cazeaux a puisé la majeure partie des preceptes qu'il indique, et il a été un des premiers à les réunir en corps de doctrine et à les présenter sous une forme commode aux élèves en médecine. La première partie contient l'indispensable description anatomique des organes de la génération chez la femme, prologue nécessaire à tout traité d'accouchement. Les descriptions sont suffisamment étendues et mises à la hauteur de nos connaissances actuelles.

Après avoir étudié la conception dans ce que les recherches et expériences de Spallanzani, Prévost et Dumas, celles de Bischoff, Wagner, Valentin, de Blainville, etc., en ont fait connaître de plus positif, l'auteur s'occupe de la gestation elle-même et des modifications qu'elle apporte dans le volume, la forme, l'épaisseur, la texture de l'utérus, et nous avons remarqué que, sous le rapport des changements qui s'observent du côté du col, il adoptait les opinions du professeur Stolz de Strasbourg. Les uns, comme on sait, ont prétendu que plus la grossesse avançait, plus le raccourcissement et le ramollissement du col étaient prononcés, tandis que les autres ont soutenu qu'il y avait allongement pendant les premiers mois. Le col, selon M. Cazeaux, conserverait d'abord sa longueur ordinaire pendant tout le cours de la gestation jusqu'à la dernière quinzaine; de plus son ramollissement aurait lieu de bas en haut à partir des premières semaines et d'une manière bien moins rapide chez les primipares que chez les autres; en même temps sa cavité se dilaterait en forme de fuseau chez les premières et en forme de dé à coudre chez les secondes, l'orifice externe restant fermé jusqu'à la fin de la grossesse, dans les unes, et béant dans les autres; enfin l'orifice interne ne se dilaterait dans tous les cas que vers les derniers jours de la grossesse. Nous ne pou-

vons adopter ces conclusions d'une manière absolue; car les variétés sous ces différents rapports nous ont paru nombreuses; et par exemple il nous est arrivé de rencontrer des cols ramollis dans toute leur étendue à une époque peu avancée de la gestation, même chez des primipares, et l'orifice externe entr'ouvert bien avant la seconde moitié du neuvième mois, etc.

On trouve à la fin du chapitre consacré au diagnostic de la grossesse un résumé succinct et fort commode des signes diagnostiques, divisés mois par mois, en signes rationnels et sensibles, et qui permet en peu d'instants d'établir un terme de comparaison entre les différents termes de la grossesse.

L'histoire importante des grossesses extra-utérines est développée avec assez de détails, et l'auteur s'y montre partisan de cette opinion qui considère comme probable l'existence d'un canal particulier en connexion avec les ovaires et par lequel la fécondation pourrait avoir lieu. On sait qu'un canal semblable a été entrevu chez quelques mammifères. Quant au développement de l'œuf humain après la fécondation, on trouvera réunies dans la partie du livre qui s'en occupe toutes les notions embryogéniques indispensables à un accoucheur, notions mises à la hauteur de la science moderne; et nous devons le dire, le livre de M. Cazeaux est le premier qui, sous ce rapport, soit sorti de l'ornière suivie par ses prédécesseurs. De plus, il a éclairé cette étude compliquée par l'emploi de figures schématiques choisies; la circulation utéro-placentaire a surtout été l'objet d'une étude détaillée.

Nous n'avons rien à dire des articles consacrés à la pathologie de la grossesse et aux phénomènes physiologiques et mécaniques du travail, si ce n'est que, comme on doit bien le prévoir, M. Cazeaux, après avoir exposé les diverses classifications admises anciennement, adopte celle plus simple de MM. Nœgèle et P. Dubois. Notons cependant qu'il semble se ranger de l'opinion de ceux qui veulent que la cause de la présentation plus fréquente de la tête soit sa pesanteur; M. Dubois, comme on sait, a fait quelques expériences comparatives qui tendraient à prouver que la pesanteur n'est pour rien dans ce mode de présentation.

L'étude des différentes causes de dystocie occupe près de 250 pages, et l'auteur a insisté surtout sur les vices de conformation du bassin, de la vulve, du vagin, les tumeurs de l'excavation, l'hémorrhagie, les convulsions puerpérales, le rhumatisme utérin, et nous devons dire qu'il a traité ces divers articles avec un soin tout particulier.

Enfin, quant aux opérations obstétricales, il s'est conformé en grande partie aux préceptes donnés par son maître, M. P. Dubois, et y a joint ce que la pratique des autres accoucheurs français et étrangers, comme la sienne propre, lui ont fourni de plus rationnel. Des additions et modifications assez importantes faites à cette seconde édition, l'intercalation dans le texte de planches nombreuses et bien gravées complètent le tableau rapide que nous avons pu esquisser de ce traité. — Nous croyons être justes en disant, pour résumer notre opinion, que c'est une œuvre consciencieuse, peut-être un peu plus théorique que pratique, renfermant une foule de renseignements précieux, offrant assez d'érudition, et écrite avec une certaine facilité par un chirurgien distingué dont, au reste, le dernier concours pour l'agrégation vient de mettre en lumière les talents et de récompenser les travaux. U.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

PUBLICATIONS NOUVELLES.

Bibliothèque du médecin praticien, ou résumé général de tous les ouvrages de clinique médicale et chirurgicale, de toutes les monographies, de tous les mémoires de médecine et de chirurgie pratique anciens et modernes, publiés en France et à l'étranger, par une société de médecins sous la direction du docteur Fabre.

Les tomes I, II et III sont en vente, et contiennent le Traité pratique complet des maladies des femmes, et le Traité des maladies de l'appareil urinaire. Prix de chaque livraison à Paris: 3 f. Prix de chaque volume: 8 f. 50.

Se vend au bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue Dauphine, 22 24, à Paris.

IMPRIMERIE DE HAUQUELIN ET BAUTRUCHE, RUE DE LA HARPE, 90.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ETRANGERE.

(Aout 1845.)

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

MALADIES DE LA PEAU

(CLASSIFICATION ET GÉNÉRALITÉS).

DISCOURS D'OUVERTURE DU COURS DE M. GIBERT, A L'HOPITAL SAINT-LOUIS, PRONONCÉ LE 13 MAI 1845.

MESSIEURS,

Comme le faisait mon prédécesseur *Alibert*, je vous invite chaque année à venir en cet hôpital étudier la pathologie cutanée.

Chaque année vous répondez à mon appel, et ces leçons que je m'attache à rendre aussi substantielles, aussi instructives et surtout aussi *pratiques* que possible, vous les suivez avec un intérêt et une persévérance dont le professeur doit vous savoir gré. Bien plus, un certain nombre d'entre vous continue dans le cours de l'année à assister aux visites-cliniques et aux consultations du lundi, qui sont le complément et qui offrent l'application usuelle des connaissances puisées dans la session d'été.

Et, en effet, messieurs, il est difficile de prétendre à acquérir dans le petit nombre de leçons qui suffisent à exposer la pathologie cutanée spéciale, la somme d'instruction

et d'expérience que doit ambitionner celui qui veut s'élever au-dessus de la routine vulgaire.

Toutefois, même pour ceux qui se bornent à suivre le cours d'été, je m'efforce, en circonscrivant dans le cadre le plus étroit possible l'histoire de la pathologie cutanée, en faisant passer sous vos yeux un grand nombre de malades, en insistant durant cet examen sur toutes les circonstances qui peuvent intéresser le praticien, je m'efforce, dis-je, de suppléer au temps qui nous manque par le grand nombre de faits qui peuvent être accumulés dans cette enceinte, et chaque année je recueille des preuves de l'utilité de cet enseignement, où la pratique vient à chaque instant éclairer et corroborer la théorie.

Il y a cependant encore des médecins qui repoussent les lumières que nous leur offrons et qui dédaignent surtout nos méthodes et nos classifications. Mais, messieurs, qu'ils veuillent bien une fois se donner la peine de nous entendre, lorsque nous répétons ce que nous n'avons cessé de dire depuis dix-huit ans, à l'ouverture de nos cours; savoir : que, comme eux, nous n'attachons qu'une importance très-secondaire aux dénominations et aux classifications; mais encore faut-il bien reconnaître la nécessité d'une *taxonomie* quelconque, et dès-lors nous adoptons les noms consacrés par les traditions classiques, et la classification qui nous paraît la plus simple et la plus claire.

Loin de nous, en effet, la prétention de pénétrer assez avant dans les secrets de la nature pour pouvoir déclarer une maladie connue dans son essence, lorsqu'elle est nommée et classée!

Cette prétention ne saurait être justement reprochée

qu'à ceux qui ont voulu chercher, dans *la cause prochaine* le fondement d'une classification.

Parmi eux, à la vérité, se rencontrent plusieurs dermatologues célèbres; ainsi, le savant *Lorry*, dans son traité latin des Maladies de la Peau; *Alibert*, dans sa classification des *dermatoses*, plus récemment encore le professeur *Baumès*, de Lyon, 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 notre classification, et pénétrant plus avant dans les secrets de l'économie, établir comme fondements de leurs divisions, des rapports *de nature*. C'est ainsi, par exemple, que *Lorry*, d'après Hippocrate, distinguait les maladies cutanées en celles qui tiennent à une cause locale et celles qui dépendent d'une cause générale.

Sans doute, beaucoup de raisons solides militent en faveur de l'opinion devenue depuis longtemps populaire, que les maladies de la peau sont le plus souvent entretenues par une modification profonde et secrète de l'économie (ou diathèse), qu'Hippocrate avait en vue, lorsqu'il distinguait les affections cutanées accidentelles de celles qui se forment par une sorte de dépôt (αποστασις) à l'extérieur.

Sans contredit, le développement spontané de la plupart des maladies de la peau, leur liaison avec certaines conditions d'âge, de constitution, de tempérament, d'habitudes, de climat, etc.; les récidives surtout qui se montrent si fréquentes et si faciles dans le plus grand nombre des cas.. voilà des faits qu'on ne saurait nier, et qui portent à admettre l'existence d'une diathèse spéciale, soit héréditaire, soit congéniale, soit acquise, qui est la véritable source de

ces affections vulgairement désignées sous le nom de *dartres*.

Mais de pareilles considérations sont d'un ordre trop élevé, trop abstrait, 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.

Loin donc de nous faire illusion sur la portée scientifique de ces classifications, nous repoussons des prétentions qui nous paraissent insoutenables en théorie, et dangereuses en pratique.

Seulement nous établissons qu'un artifice quelconque est nécessaire ponr nous diriger dans l'étude de la pathologie cutanée, mais nous ne l'employons que comme un instrument, bien loin de le regarder comme le but de nos efforts.

Il est des cas néanmoins où nommer et classer, c'est déjà être en possession de tous les éléments de cette histoire complète de la maladie que j'ai déjà bien des fois désignée d'après Hippocrate sous le nom de *prognose*.

Ainsi, qu'un médecin habitué à suivre les errements que nous traçons dans nos cours arrive à reconnaître, à l'aide de signes sensibles et faciles à saisir, que l'éruption qu'un malade porte aux mains est *vésiculeuse*, qu'elle diffère de l'*eczema* et de l'*herpes* par la forme, la couleur, la disposition, le siége des vésicules, et, classant et nommant *la gale*, il saura qu'il a affaire à une maladie *contagieuse*, et par conséquent qu'il faudra isoler le malade, à une maladie *accidentelle* et de cause étrangère à l'économie, et par conséquent qu'elle cédera à de simples topiques, enfin à une

maladie qui n'offre par elle-même aucune gravité et par conséquent qu'elle ne laissera après elle aucune suite fâcheuse.

Qu'il existe chez un autre sujet, une éruption *tuberculeuse* plus ou moins répandue, et qu'à l'aide aussi de caractères apparents et bien reconnaissables chez la plupart des sujets, on la différencie du *lupus* ou *esthiomène* et de quelques autres affections plus rares contenues dans l'ordre des *tubercules*, et l'on reconnaîtra une *syphilide;* c'est-à-dire une affection due à un virus, transmise par contagion, susceptible de disparaître par l'emploi d'un remède spécifique, et contre laquelle on aurait en vain recours aux dépuratifs, aux sulfureux, aux eaux thermales, en un mot aux remèdes généralement regardés comme anti-dartreux.

C'est donc quelque chose, comme on le voit, que de classer et de nommer une maladie de la peau, et dans les cas même où les résultats pratiques sont moins saillants et moins décisifs que ceux que nous venons de citer comme exemples, il y a encore à recueillir du fait seul du diagnostic précis de l'espèce, une foule de notions relatives à l'étiologie, à la marche, à la durée, à la gravité, aux chances de guérison ou de récidive, etc., qui donnent tout de suite au médecin qui sait les apprécier, une grande supériorité sur celui que la routine ou le défaut d'instruction et d'expériences spéciales forcent à rester dans le vague.

Quand nous avons vu, par exemple, des médecins jouissant d'ailleurs d'une juste renommée, méconnaître chez des enfants les tubercules naissants de l'*esthiomène*, et ne sachant ni classer, ni nommer l'affection redoutable qu'ils

auraient dû se hâter d'arrêter dès le début s'ils l'avaient reconnue, se borner à dire *ce n'est rien*, et laisser ainsi des parents s'endormir dans une fâcheuse sécurité..., pouvons-nous nous empêcher de proclamer la nécessité d'une étude spéciale et d'une classification précise des maladies de la peau ?

Ces maladies, d'ailleurs, réduites à un petit nombre d'espèces dans le cadre que nous avons adopté et dont nous élaguons tout ce qui est étranger à la pathologie spéciale dont l'hôpital Saint-Louis est le théâtre, sont faciles à ranger dans l'ordre artificiel qui a servi jusqu'ici de base à notre enseignement.

Dans cette classification, les espèces sont décrites sous des noms empruntés au passé de la science, noms qui avaient été pendant un certain nombre d'années, en France, remplacés par des noms vulgaires et mal définis.

Déjà vers la fin du XVIII^e^ siècle, les auteurs érudits qui cherchaient à conserver les traditions scientifiques des siècles précédents se plaignaient de la confusion qui tendait à s'établir par l'invasion de ce langage vulgaire.

En 1777, le savant *Lorry* remarquait dans son traité latin des maladies de la peau, que le mot *herpes*, devenu synonyme de notre terme vulgaire *dartre*, avait été détourné de son acception classique, et tendait, en devenant générique, à usurper la place des autres dénominations spéciales usitées chez les anciens.

Dans la ferveur générale d'innovations qui survécut quelque temps encore au bouleversement produit par la révolution française, *Alibert* se crut suffisamment autorisé à rompre ouvertement avec le passé et à fonder une classi-

fication où n'étaient employés que des termes vulgaires.

En Allemagne, au contraire, et en Angleterre, *Plenk* et plus tard *Willan*, luttèrent contre ces innovations, et se servirent pour leurs ordres et pour leurs espèces, des dénominations classiques empruntées aux auteurs grecs et latins. *Biett* importa ces dénominations à l'hôpital Saint-Louis, et *Alibert*, lui-même, se vit forcé d'y revenir jusqu'à un certain point, dans la classification refondue et modifiée, qu'il chercha à faire prévaloir dans les dernières années de sa vie.

Pour nous, reconnaissant avec les anciens, avec *Mercurialis*, avec *Plenk* et *Willan*, enfin avec *Biett*, notre premier maître, que les maladies de la peau se signalent à la vue par des altérations de forme et de coloration qui peuvent être rattachées à un petit nombre de types primordiaux faciles à saisir, nous divisons, d'après *Bateman*, en huit ordres principaux le tableau de la pathologie cutanée, savoir:

1° *Exanthèmes*. — Terme classique pris le plus ordinairement comme synonyme de rougeur ou efflorescence. Des taches rouges ou rosées dont la coloration s'efface momentanément sous la pression et qui sont dues à une injection sanguine des vaisseaux superficiels de la peau, caractérisent cet ordre qui comprend seulement quatre maladies : L'*érythème*, la *pellagre*, la *roséole* et l'*urticaire*.

2° *Taches et décolorations*.— Là, les taches sont formées par une suffusion sanguine ou par une altération du pigment et comprennent trois espèces, le *purpura*, le *nævus*, l'*éphélide* : ou bien la peau est pâle et décolorée, comme dans l'*albinisme* et le *vitiligo* ; en tout, cinq espèces.

3° *Bulles.* —Deux espèces seulement, le *rupia* et le *pemphigus*, composent cet ordre qui est caractérisé par la formation d'une cloche ou ampoule séreuse, analogue à celle que détermine l'application du vésicatoire.

4° *Vésicules.* — L'épiderme soulevé par une gouttelette de sérosité offre de petites saillies incolores ou accompagnées d'une rougeur inflammatoire. Cet ordre ne renferme que trois espèces ; la *gale*, l'*eczema*, l'*herpes*. La seconde de ces espèces, l'*eczema*, est celle particulièrement que les médecins, depuis la fin du XVIII^e^ siècle, se sont accordés avec le vulgaire à désigner sous le nom de *dartre*.

5° *Pustules.* — Ici les boutons ne sont plus seulement séreux, mais purulents; ils se transforment ordinairement en croûtes et diffèrent beaucoup de forme et de volume dans les quatre espèces qui nous paraissent devoir être rangées dans cet ordre, savoir: l'*ecthyma*, l'*acné*, l'*impetigo*, la *teigne*. Notons en passant que parmi ces espèces, l'*impetigo* offre comme l'*eczema*, la plupart des traits assignés aux maladies dartreuses.

6° *Tubercules.*— Cet ordre comprend plusieurs affections graves et dont quelques-unes sont étrangères à notre climat. L'induration saillante qui constitue le *tubercule* offre beaucoup de nuances et de formes diverses dans les diverses espèces. Ces espèces sont au nombre de six : le *lupus* ou esthiomène, la *kéloïde*, le *molluscum*, le *pian*, la *radesyge*, l'*elephantiasis* grec et arabe ou *lèpre* du moyen-âge.

7° *Papules.* — La papule est un petit bouton sec qui hérisse la peau et la rend rugueuse ; on en distingue de trois sortes, d'où les trois espèces, *strophulus*, *lichen* et *prurigo*.

5° *Squames.* — L'épiderme est farineux et quelquefois écailleux comme celui des poissons; à cette desquamation

s'ajoutent dans une espèce, de petites saillies colorées, que nous désignons sous le nom de plaques squameuses. Cet ordre comprend seulement trois espèces : L'*icthyose*, le *pithyriasis* et le *psoriasis*.

Un neuvième ordre, appendice des huit ordres précédents, inconnu aux anciens, est celui des *syphilides* qui peuvent reproduire toutes les formes indiquées, auxquelles il faut ajouter encore la forme *ulcéreuse*. Cet ordre qui intéresse si vivement le praticien et auquel chaque année nous donnons une attention particulière, nous offrira l'occasion d'exposer le résultat de notre propre observation, tant à l'hôpital de l'Ourcine qu'à l'hôpital Saint-Louis.

Vous voyez qu'en résumé, le champ que nous avons à parcourir n'est pas aussi étendu que pourrait le faire craindre la multiplicité apparente des altérations de forme, de couleur et de texture de la peau.

Mais aussi, il ne faut pas perdre de vue que chaque espèce offre dans ses nuances, sa marche, son développement, ses terminaisons, une variété de tableaux qui ne peuvent être saisis que par l'observation et le rapprochement d'un grand nombre de faits.

Sous ce rapport, l'hôpital Saint-Louis nous offre une abondante moisson à recueillir et nous saurons la mettre à profit.

Il est bien vrai, d'ailleurs, que parmi les espèces classées dans les divers ordres, plusieurs se prêtent à des considérations étiologiques, prognostiques et thérapeutiques analogues.

Tels sont, par exemple, l'*eczema* et l'*impetigo*, qui, comme

nous l'avons dit, offrent particulièrement le tableau de ces maladies cutanées chroniques et le plus souvent constitutionnelles, que plusieurs auteurs et encore aujourd'hui beaucoup de médecins, secondés en cela par le langage du monde, désignent sous le nom vague et mal défini de *dartres*.

Aussi, avons-nous adopté depuis plusieurs années, la coutume de commencer notre cours par l'histoire de l'*eczema* (ordre des vésicules), en y rattachant toutes les considérations générales que nous avons cru devoir placer en tête de notre traité classique des *Maladies de la peau*.

Ces considérations générales auxquelles nous attachons un grand prix et qui se tirent toutes de l'observation de la nature vivante, deviennent le véritable guide du praticien et sont ce qu'il y a de plus propre à le détourner des voies systématiques où tendraient à le pousser certains esprits vaniteux, toujours occupés de rationaliser la pathologie et la thérapeutique, d'après leurs vues anatomiques, chimiques, physiques, microscopiques, etc.

N'avons-nous pas vu récemment un auteur, prétendre qu'il avait ouvert la voie à une thérapeutique *rationnelle* des maladies de la peau, en s'efforçant de faire découler du *siége anatomique* de ces maladies les indications propres à en éclairer la *nature* et le *traitement*?

Nous avons fait justice ailleurs de cette étrange prétention (1), et nous persistons à déclarer qu'à notre avis, c'est avoir fait bien peu de chose pour éclairer la nature et le

(1) Voir les numéros d'octobre et mai de la *Revue Médicale*, année 1843.

traitement des affections cutanées, que d'avoir cherché à établir le siége des *exanthèmes* dans le réseau vasculaire de la peau, celui des *vésicules* dans l'appareil sudoripare, des *pustules* dans les follicules et le réseau lymphatique, des *papules* dans le corps papillaire, des *squames* dans l'appareil blennogène, des *taches* dans l'appareil chromatogène, des *tubercules* dans le tissu fibreux.

Bien plus, nous prétendons que non-seulement le siége anatomique, mais encore la forme qu'il est bien plus facile d'apprécier et de préciser, ne donneraient le plus souvent que des indications trompeuses sur la nature et le traitement d'une éruption. Ne voyons-nous pas tous les jours des causes d'excitation locale, telles que des frictions et des applications irritantes, l'onguent mercuriel, un emplâtre stibié, des huiles âcres etc., provoquer des éruptions vésiculeuses, des pustules et ultérieurement des squames, des croûtes, des ulcérations même, plus ou moins analogues pour la forme et l'apparence aux éruptions spontanées d'*eczema*, d'*impetigo*, de *rupia*, voire même aux ulcères dartreux ou vénériens?....

Et cependant quelles différences ne trouve-t-on pas dans la nature, la marche, la durée, la terminaison, le traitement de ces deux ordres d'affections cutanées comparées entre elles?

Ce sont précisément ces différences indépendantes de la forme et de l'altération anatomique, qu'il importe surtout au médecin-praticien de saisir et d'apprécier, et l'observation clinique seule, aidée de la tradition scientifique, peut être son guide en pareil cas. C'est à cette observation éclairée à s'approprier les découvertes que peuvent faire d'ailleurs les anatomistes, les physiciens, les chimistes, les

micrographes, et à les sanctionner lorsqu'elles viennent concorder avec les faits qu'a recueillis et consacrés l'expérience. Ainsi la constatation microscopique de l'*acarus* de la gale et du *mycoderme* de la teigne est venue confirmer de nos jours les notions déjà répandues par l'observation ordinaire sur les caractères spécifiques de ces deux affections. Mais, partir de ce fait partiel pour établir tout un système étiologique et thérapeutique des maladies de la peau, comme ont cherché à le faire quelques empiriques, ce serait vouloir ajouter une hypothèse à toutes celles qui ont déjà eu cours dans la science, et beaucoup plus ridicule assurément que la plupart d'entre elles.

Lorsque l'*humorisme* galéniste introduisait dans la pratique l'abus des purgatifs et des *dépuratifs*; quand les théories chimiques du dix-septième siècle amenaient l'usage familier des acides ou des alcalis; quand la croyance au *virus* ou *vice dartreux* entraînait à sa suite l'habitude des exutoires, l'usage des remèdes dits *altérants* et de divers prétendus *spécifiques*; quand le *broussaisisme* généralisait la médication *antiphlogistique;* enfin, quand de nos jours, certains empiriques ont voulu appliquer le camphre, la chaux, la créosote, le goudron, le tannin, etc., à la destruction des animalcules parasites, supposés la cause de la plupart des éruptions..., les praticiens sages n'ont pas dû rejeter sans examen les moyens thérapeutiques dont on s'efforçait de systématiser et de généraliser l'emploi... Mais ils s'en sont toujours rapportés à l'observation clinique, indépendante de toute hypothèse anatomique, physiologique, chimique ou physique, pour adopter et pour spécialiser tel ou tel remède, découvert d'abord par l'empirisme et préconisé ensuite au nom de tel ou tel système.

C'est aussi là la marche que vous nous verrez suivre dans nos leçons comme dans notre pratique.

En dernière analyse, c'est 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.

Certainement, reconnaître une espèce morbide à travers toutes les nuances qui peuvent en altérer temporairement la physionomie, la nommer, et par conséquent la distinguer et la séparer de toutes celles qui peuvent s'en rapprocher à la première vue, indiquer sa marche, prévoir sa durée, son issue probable, ses chances de guérison ou de récidive, les précautions qu'elle nécessite; préciser le degré d'importance qu'on doit y attacher, les causes organiques ou étrangères à l'économie qui ont pu la provoquer ou l'entretenir... Voilà des notions importantes et que l'on ne peut acquérir que par l'observation étendue et éclairée de la nature vivante.

Ce sont précisément ces notions que nous nous efforcerons de rendre usuelles et familières à ceux qui nous feront l'honneur d'assister à ces leçons, afin qu'ils puissent retirer de ce cours une instruction qui s'adapte à tous les systèmes, à toutes les théories, à toutes les méthodes thérapeutiques, puisqu'elle repose sur des faits inhérents à la nature même.

Pour aujourd'hui, nous nous sommes bornés à vous exposer le tableau de la classification des maladies de la peau et à en faire ressortir les avantages, insistant sur la nécessité d'une étude spéciale, qui vous élève au-dessus de la pratique vulgaire et routinière.

En effet, comme nous n'avons cessé de le redire ici et hors de cette enceinte (1) :

« ... Le médecin, vraiment digne de ce nom, ne doit pas se borner, comme un simple empirique, à chercher une recette qui puisse être applicable au mal ; mais il faut qu'il embrasse dans son jugement tous les éléments de cette *prognose hippocratique*, qui comprend tous les points de l'histoire de la maladie... » Et pour cela, il faut d'abord qu'il puisse nommer et classer l'espèce morbide qu'il a sous les yeux, sans quoi il s'expose à tomber dans un vague et une incertitude dont il lui sera presque impossible de sortir.

DE QUELQUES ESPÈCES

D'ATRÉSIES DU VAGIN ET DE LA VULVE,

CONSIDÉRÉES SOUS LE POINT DE VUE OBSTÉTRICAL,

PAR M. C. DEVILLIERS, FILS,

CHEF DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

(Imprimé par décision de la Société de Médecine de Paris).

Parmi les vices de conformation des organes génitaux, ceux de la vulve et du vagin méritent de fixer l'attention, surtout sous le rapport des phénomènes de l'accouchement. Je ne m'occuperai ici que de quelques espèces d'atrésies ou oblitérations de ces parties.

Elles se distinguent en *atrésies congéniales* et *acciden-*

---

(1) Lecture faite, en 1842, à l'Académie Royale de Médecine.

telles, puis en *complètes* et *incomplètes*. Les premières (atrésies congéniales), bien qu'assez rares, ont été cependant observées déjà un assez grand nombre de fois et peuvent selon moi se diviser en atrésies dépendant :

1° D'un vice de conformation des lèvres de la vulve, qui sont confondues sur la ligne médiane et ne laissent parfois qu'un pertuis pour l'écoulement des urines et des règles.

2° De la présence d'un hymen très-développé, quelquefois épais, résistant et fermant plus ou moins complétement la partie inférieure du vagin. Ici ce n'est qu'une exagération de l'état normal. (Voir mes recherches sur l'hymen et les caroncules myrtiformes. *Revue Médicale*, 1840).

3° De cloisons assez semblables à l'hymen, placées horizontalement à différentes profondeurs du canal vulvo-utérin et offrant une ouverture tantôt vers le centre, tantôt vers un des points de leur circonférence.

4° De cloisons divisant le vagin longitudinalement dans une partie ou la totalité de sa hauteur.

5° De brides, plus ou moins résistantes, divisant ce conduit selon différents angles.

6° D'une coarctation plus ou moins étendue, plus ou moins forte d'une partie ou de la totalité du vagin et existant à des profondeurs variées.

7° D'une oblitération complète ou à peu près complète de toute la hauteur du vagin réduit à l'état de cordon plein, non canaliculé, et composé d'un tissu plus ou moins solide.

Enfin on pourrait peut-être admettre une atrésie spasmodique, c'est-à-dire dans laquelle un vagin naturellement étroit est affecté de contraction spasmodique,

quelquefois assez énergique pour s'opposer à l'introduction d'un corps quelque peu volumineux.

La seconde classe d'atrésies ou d'atrésies accidentelles, dont on possède des exemples nombreux, reconnaît pour causes :

1° Une coarctation du canal vulvo-utérin, par l'abus des astringents violents ; une vive inflammation de ses parois par suite de brûlures, d'injections irritantes, de lésions mécaniques, d'un accouchement laborieux et de l'application des instruments.

2° Une coarctation ou une adhésion de ces mêmes parois, par ulcérations à la suite de plaies, d'affections vénériennes ou autres, ou enfin de gangrène, résultat d'un accouchement laborieux.

3° Un renversement en dedans de la muqueuse, par l'effet d'une congestion ou d'un prolapsus incomplet de l'utérus.

4° Des thrombus ou tumeurs variqueuses de la vulve et du vagin ; des tumeurs graisseuses, fibreuses, squirrheuses, cartilagineuses, carcinomateuses, des abcès appartenant à ces mêmes parties.

5° Enfin des tumeurs semblables se développant dans les parties voisines, puis des hernies de l'épiploon, des intestins, de la vessie.

Je me bornerai aujourd'hui à vous entretenir surtout de ces atrésies congéniales dont la nature a triomphé plutôt que l'art dans le travail de l'accouchement, et j'étudierai les moyens qu'elle met en œuvre pour arriver à cet heureux résultat. L'observation dont j'ai déjà eu l'occasion d'entretenir brièvement la Société me servira de point de départ et me fournira quelques considérations prati-

ques qui aideront à éclairer d'autres faits recueillis dans divers auteurs.

Observation.—Madame C.., âgée de 27 ans, est blonde, a la peau blanche, le teint un peu pâle, et est d'une taille moyenne, qui semble assez bien proportionnée; elle n'a jamais été atteinte de claudication. Sa constitution est bonne, et les seules maladies dont elle ait souffert sont la rougeole et des convulsions pendant son enfance; pendant l'adolescence une irritation de poitrine, et enfin vers la fin de juillet 1844, une encéphalite assez grave. Ses premières règles ont paru vers l'âge de 12 ans et sont revenues périodiquement chaque mois, pendant 2 ou 3 jours avec peu d'abondance. Elles ont cependant cessé de se montrer aux mois d'août et septembre 1844, époque de sa dernière maladie, mais ont reparu dans le commencement d'octobre et pour la dernière fois. Cette suspension des règles pendant plusieurs mois et le développement de la taille et du ventre finirent par inspirer de l'inquiétude à madame C... ainsi qu'à son mari, sans qu'il leur vînt à l'idée que ces signes pouvaient être ceux d'une grossesse, parce que depuis 5 ans qu'ils étaient mariés, il n'y avait pu avoir entre eux que des rapprochements sexuels très-incomplets. Cependant tous les autres signes d'une grossesse ne tardèrent pas à se manifester, et vers le commencement de mars, madame C... ressentit les premiers mouvements de son enfant. Un examen de son médecin, M. le docteur Cayol, acheva de la convaincre de son état. C'est le 15 mai dernier, c'est-à-dire au terme de 7 mois révolus ou au commencement du 8e, que j'examinai pour la première fois cette dame avec M. Cayol, qui voulut bien la confier à mes soins.

L'utérus offrait un développement en rapport avec l'époque présumée de la grossesse; lorsque je voulus toucher, mon indicateur, qui est d'un médiocre volume, rencontra à l'entrée du vagin et dans la hauteur de 0,010 à 0,016, un rétrécissement circulaire, assez notable pour ne le laisser pénétrer qu'avec difficulté et douleur assez vive. Les parois de cet anneau resserré me parurent n'être pas constituées par un tissu anormal, induré, rugueux, mais seulement par la substance même du vagin plus rapprochée, plus consistante et devenue plus contractile. Bientôt en effet, le spasme ayant cessé, je sentis mon doigt un peu moins étreint par l'anneau vaginal, et je pus, quoique non sans peine, explorer assez bien l'utérus et les parois du bassin, pour me convaincre que le premier se trouvait dans les conditions ordinaires au 7e mois révolu de grossesse, et que le second offrait une amplitude suffisante au détroit supérieur et dans l'excavation, ce dont je fus assuré aussi par l'engagement prématuré de la partie fœtale qui se présentait (le sommet), entraînant au-devant d'elle le segment antérieur et inférieur de l'utérus. Mais au détroit inférieur, il me sembla qu'il existait un certain degré de rétrécissement, par l'effet du rapprochement des deux tubérosités ischiatiques et de la hauteur et de la projection en arrière de la symphyse pubienne. Aussi, M. Cayol et moi, pensâmes-nous qu'il était nécessaire de procéder à un examen plus minutieux.

A l'aide de la mensuration externe j'obtins:

Du bord supérieur du pubis à la première apophyse du sacrum. . . . . 0,205 m. (7 p. 6 lig.)

D'une épine iliaque antérieure et supérieure à l'autre. . . . 0,24 c. (8 p. 6 lig.)

Pour la hauteur de l'arcade pubienne. . . . . 0,065 c. (2 p. 3. lig.)

L'indicateur porté sur la pointe du coccyx, me donna pour diamètre pubio-coccygien. . . 0,10 c. (3 p. 7 lig.)

Quant au diamètre transverse ou bis-ischiatique du détroit inférieur, il ne me fut possible de le mesurer qu'à l'aide du mensurateur bilatéral que j'ai montré à la Société (1), et qui me donna par son application aux tubérosités ischiatiques, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, de 0,07 c. à 0,76 (2 p. 8 à 9 lig).

Ainsi, il parut évident pour moi que les diamètres du détroit supérieur et de l'excavation étaient suffisamment étendus, tandis que ceux du détroit inférieur me semblaient un peu diminués, ce qui, joint au degré considérable d'étroitesse de la partie inférieure du vagin, pouvait inspirer quelques inquiétudes.

C'est à ce sujet que je consultai la Société de Médecine (2) et mon maître, M. le professeur P. Dubois, dans le but de savoir s'il n'y aurait pas lieu d'intervenir par l'accouchement prématuré artificiel, ou s'il valait mieux confier les soins du travail à la nature. Tous furent de ce dernier avis, et je m'y rangeai d'autant plus volontiers, que l'exa-

---

(1) Cet instrument consiste en une espèce de pince à anneaux, dont les branches ne sont pas croisées, et offrent au niveau de l'articulation, un coude à angle de 60° environ. L'extrémité de ces branches est garnie de deux petites olives aplaties, tandis que les manches sont traversés par un arc de cercle gradué et mobile à volonté, qui donne extérieurement la mesure de l'écartement des deux branches appliquées sur les extrémités des diamètres transverses du bassin.

(2) Voir le compte-rendu des travaux de la Société, *Revue Médicale*, cahier de juin 1845, p. 276.

men que je fis à cette époque d'un certain nombre de bassins de femmes vivantes ou mortes, me convainquit que l'étendue du diamètre bis-ischiatique entre autres, est en général mal appréciée dans les auteurs, et qu'elle est souvent beaucoup plus au-dessous qu'au dessus de la mesure de 0,11 c., qu'on lui attribue généralement ; c'est du reste ce que je me réserve de prouver dans un autre travail.

Quant à la hauteur de l'arcade pubienne ou à la barrure, il fallait compter sur l'élasticité de l'articulation sacro-coccygienne et sur celle des ligaments sciatiques, qui permettent un élargissement assez notable des diamètres antéro-postérieurs et obliques.

Le travail de l'accouchement se déclara chez madame C . le 14 juillet, à 1 heure du matin. Lorsque j'arrivai auprès d'elle, à 7 heures et demie, les douleurs devenaient déjà un peu plus vives et se reproduisaient de 4 en 4 minutes à peu près. Le toucher me démontra que l'anneau resserré du vagin permettait déjà une introduction beaucoup plus facile de l'indicateur, et était devenu plus mou, plus extensible ; que l'effacement du col et un commencement de dilatation s'étaient effectués, et que le sommet se présentait en position occipito-iliaque gauche antérieure, ce que confirma l'auscultation.

Lorsque je revins à 2 heures de l'après-midi, l'utérus se contractait énergiquement et d'une manière soutenue, et je fus étonné de ne plus rencontrer à l'entrée du vagin le rétrécissement dont j'ai parlé ; en effet, l'anneau s'était élargi, avait disparu de telle sorte que les parties génitales ne différaient nullement de ce qu'elles sont à l'état normal, et cependant le col n'était pas encore complétement dilaté,

et la tête du fœtus ne faisait que commencer à reposer sur le plancher du bassin. Les parties me parurent tellement bien disposées trois quarts d'heure après, que je crus pouvoir rompre les membranes qui étaient résistantes. En effet, les efforts de l'utérus étant réguliers et soutenus, l'occiput ne tarda pas à opérer sa rotation derrière le pubis et à s'engager entre les branches ischio-pubiennes. Mais ici le travail ne marcha plus avec la même régularité, l'engagement entre les parties osseuses fut long et pénible, une tumeur séro-sanguine, considérable, se forma sur le sommet de la tête, et je constatai que celle-ci était retenue surtout par la face interne des branches ischio-pubiennes des tubérosités ischiatiques, car je pouvais atteindre le coccyx sur lequel les parties fœtales ne reposaient pas encore; je m'assurai, en outre, qu'il m'était assez aisé de passer mon doigt entre la tête de l'enfant et les parties molles externes de la mère, et qu'ainsi l'obstacle ne venait nullement de leur part. Ces parties molles déjà légèrement distendues, ne me présentèrent du reste, qu'une disposition qu'on rencontre quelquefois chez les primipares : outre les bords de la vulve un peu amincis et un peu entr'ouverts, il existait à quelques millimètres plus profondément, un second anneau concentrique au premier et à bords minces, qui finit par s'effacer complétement, à mesure que les parties fœtales s'engagèrent davantage. L'expulsion définitive eut enfin lieu à 7 heures du soir, et ne laissa qu'une déchirure peu importante de la fourchette.

L'enfant, du sexe masculin, était fort, mais en état apoplectique tel, que non-seulement la surface du corps offrait la teinte violacée caractéristique, mais la conjonctive des

deux yeux était congestionnée au point de former autour de la cornée un bourrelet qui faisait saillie, même en dehors du bord libre des paupières. La compression latérale et la tumeur séro-sanguine qui s'était développée sur le sommet du crâne, avaient donné à la tête une forme très-conique. Après avoir laissé saigner le cordon pendant quelques instants, l'enfant se ranima, mais son cri conserva pendant quelque temps ce caractère d'altération du timbre particulier aux enfants qui ont souffert pendant le travail; le liquide amniotique qui s'écoula à la suite était en effet fortement teint de méconium. En tous cas, il est certain que la circulation fœto-maternelle ne dut éprouver de trouble véritable, que pendant les derniers efforts un peu lents d'expulsion; car auparavant, je m'étais souvent assuré de l'intégrité des mouvements du cœur fœtal; et c'est parce que je compris toute l'importance d'un dégagement naturel et spontané dans ce cas, importance sur laquelle je m'expliquerai plus loin, que je crus devoir attendre, et fus assez heureux pour obtenir un résultat satisfaisant, eu égard à la mère et à l'enfant; j'avoue cependant, que quelques minutes de retard m'obligeaient à agir dans l'intérêt de ce dernier.

La délivrance et les suites de couches n'offrirent rien de particulier, et aujourd'hui les parties génitales de cette jeune dame ne diffèrent en rien de la disposition que l'on observe à pareille époque dans l'état normal.

Ainsi, voilà encore un fait de plus qui vient prouver et que l'intromission du membre viril n'est pas indispensable à la fécondation, et que le seul travail naturel de l'accouchement a suffi pour lever les obstacles qui pouvaient s'opposer à son entier accomplissement.

Il existe dans la science d'autres observations qui peuvent être rapprochées de celle-ci, sous ce rapport que l'atrésie était congéniale et incomplète, et que le travail seul de l'accouchement fit les frais de la dilatation. Ainsi, on lit dans l'histoire de l'Académie Royale des Sciences, année 1712 : « Qu'une femme qui avait été mariée à 16 ans, avait « le vagin si étroit, qu'à peine un tuyau de plume d'oie y « pouvait entrer. Il n'était fermé par aucune membrane « particulière, comme il arrive quelquefois. Elle sentait « une tension douloureuse à la matrice dans le temps de « ses règles qui ne pouvaient s'écouler librement ; enfin « au bout de onze ans elle devint grosse. Son chirurgien « croyait qu'elle n'accoucherait jamais ; cependant vers le « cinquième mois, le vagin commença à se dilater et con- « tinua toujours depuis, de sorte qu'il prit à la fin une lar- « geur naturelle, et que la femme accoucha heureuse- « ment. » (Simon, *Mémoires de l'Acad. Royale de Chirurgie*, t. II.

M. Moreau, dit notre collègue, M. Cazeaux, dans son *Traité d'accouchements*, a observé une jeune femme enceinte de quatre à cinq mois, chez laquelle le vagin rétréci pouvait à peine admettre le tuyau d'une plume à écrire. Cette disposition qui donnait beaucoup d'inquiétudes, céda, comme cela arrive presque toujours, aux progrès naturels de la grossesse.

Plenck (1) raconte qu'appelé auprès d'une femme en travail, il trouva le vagin tellement étroit, que le plus petit doigt ne pouvait être introduit, et que depuis trois ans de

(1) Elementa artis obstetriciæ.

ménage, son mari n'avait pu consommer le coït suivant l'usage ordinaire. Cependant, au bout de dix-huit heures, la dilatation du vagin était suffisante, et l'expulsion du fœtus s'opéra sans causer aucune déchirure du vagin ou des parties externes.

Dans un cas où l'introduction du doigt était à peine possible, Merriman dit avoir vu le travail se terminer spontanément après 36 heures; mais ici la femme mourut le surlendemain, et à l'autopsie on trouva une petite déchirure du vagin.

Il est fâcheux que dans ces diverses observations, on n'ait noté ni la forme du rétrécissement, ni la profondeur à laquelle il se trouvait.

Mon ami, le docteur Chailly, rapporte dans son *Traité d'accouchements*, le fait suivant, qui s'est passé à la Clinique. Une jeune fille de 16 ans se présenta un peu avant terme; la sage-femme, en la touchant, sentit son doigt arrêté au milieu du vagin par une membrane résistante et sur laquelle on ne sentait aucune ouverture. A l'aide du spéculum, M. P. Dubois trouva au centre du diaphragme, un petit pertuis dans lequel une sonde ordinaire pouvait seulement être admise et qui pénétrait dans une chambre postérieure libre. Malgré les difficultés qu'une semblable anomalie pouvait faire craindre au moment de l'accouchement, M. P. Dubois, se confiant aux ressources infinies de la nature, et jugeant d'ailleurs qu'il serait toujours temps d'agir à l'époque du travail, ne fit aucune opération. L'événement justifia ses prévisions; un matin on vint lui annoncer que la femme était accouchée seule, presque sans douleurs. Quinze jours après, le doigt pénétrait facilement

à travers le pertuis du diaphragme, lequel, au moment de l'accouchement, s'était déchiré et offrait alors une disposition linéaire indiquée dans les dessins que M. Chailly a faits de ce vice de conformation.

Portal, dans son *Précis de chirurgie* (t. 2, p. 745), rapporte qu'une jeune fille, qui jouissait de la meilleure santé, ne présentait qu'une très-petite ouverture pour l'écoulement des urines; ses règles coulaient par l'anus. Elle devint grosse, et l'on était fort inquiet sur les suites de l'accouchement, lorsque peu de temps avant le terme de la grossesse, l'ouverture de la vulve se prononça, et elle s'agrandit assez pendant le travail, pour que l'accouchement fût heureusement terminé par Peau, accoucheur de Paris.

En citant ce fait, je n'ai pas cru tenir compte de la déviation du vagin.

Enfin Barbaut, M. Bourgeois et beaucoup d'autres ont rapporté des faits où des oblitérations du vagin dues à la persistance d'hymens plus ou moins résistants, avaient disparu d'elles-mêmes sous l'influence des seuls efforts de l'accouchement.

—Voici maintenant des cas d'atrésies congéniales où l'art s'est cru obligé ou a été obligé de venir en aide à la nature. Je serai bref.

Viardel (*Observ. sur la pratique des accouchements naturels*, chap. 5), raconte l'histoire d'une jeune femme enceinte de 4 mois environ, qui offrait à la partie moyenne du vagin (que l'on appelait alors col de la matrice) un rétrécissement dur et calleux, qui admettait à peine une bougie. Il chercha et parvint à en obtenir la dilatation à l'aide de lotions émollientes, de morceaux d'éponge in-

troduits dans le lieu rétréci, d'applications d'alun en poudre, et d'onguent suppuratif, de telle sorte que l'accouchement eut lieu à terme, heureusement et sans danger.

Benevoli, consulté par une femme qui portait un vagin naturellement rétréci, dur et calleux, admettant à peine une plume à écrire, tâcha d'assouplir les parties par des fomentations émollientes, puis de les agrandir en employant successivement des pessaires composés avec de la racine de gentiane, la moelle de maïs et l'éponge préparée; avec le temps il obtint une dilatation complète, et la femme acquit la facilité d'ajouter le titre de mère à celui d'épouse.

Le même auteur a vu deux membranes superposées dans la hauteur du vagin s'opposer à l'accouchement : il dilata le pertuis qu'elles offraient, et trois heures après la mère donna le jour à un enfant plein de vie. — Ruysch *Observationes anatomico-chirurgicæ*, p. 20, et d'autres ont vu une disposition semblable à laquelle ils ont remédié par l'incision au moment de l'accouchement.—Une jeune femme, chez laquelle la strangurie, la chaleur des parties génitales, et la sécrétion abondante de mucosités avaient fait soupçonner une affection vénérienne, et à laquelle on avait administré le mercure, fut examinée par Denman qui trouva le vagin n'offrant que 6 lignes, sur 18 de profondeur. Les efforts de copulation avaient déterminé une inflammation considérable qu'il chercha à dissiper, puis il obtint à l'aide de tentes une dilatation suffisante pour que les rapports conjugaux devinssent faciles, et que l'accouchement, quoique lent, ne fût accompagné d'aucune difficulté extraordinaire.

Deux incisions n'ayant pas suffi pour dilater une bride

circulaire, placée à une certaine profondeur dans le vagin, Barbaut, *Cours d'accouchements*, t. 2, p. 76, prit le parti de la couper en différents sens pour faciliter l'engagement de la partie fœtale. Notre honorable collègue M. Duparcque a lu à la Société médicale d'émulation, en 1834, un mémoire où il cite le fait d'une dame chez laquelle le rétrécissement était si prononcé qu'il était très-difficile de pénétrer avec une sonde cannelée jusqu'au col. De simples dilatations suffirent cependant pour que l'accouchement s'opérât sans secours et sans accidents.

Maygrier (*Nouvelles démonstrations d'accouchements*, p. 362) a vu le centre de la vulve n'offrir qu'une petite ouverture permettant l'introduction seule du doigt au moment où la tête, descendue au détroit inférieur, faisait bomber le périnée, il n'eut qu'à inciser cette membrane qui était très-épaisse (et représentait sans doute l'hymen) pour voir de suite la tête se dégager.

M. Rougier fils rapporte (*Journal général de médecine* année 1778, t. 1, p. 353) qu'au moment de l'accouchement il fut contraint d'inciser d'abord, puis de dilater avec les doigts un hymen qui ne présentait qu'un pertuis à son centre, était simplement membraneux en arrière, mais offrait en avant une consistance cartilagineuse et l'épaisseur d'un travers de doigt.

Beaucoup d'autres faits d'incisions ou de déchirures artificielles d'hymens plus ou moins résistants au moment de l'accouchement se rencontrent dans Mauriceau, *Observ.* 439. Armaud, *Nouvelles observations sur la pratique des accouchements*, 1715, etc.

J'aurais pu multiplier les citations au sujet des atrésies congéniales dont la dilatation a été spontanée ou effectuée

mécaniquement; mais celles-ci me suffisent pour faire ressortir les considérations dans lesquelles je vais entrer.

La 1re série de faits offre quelques exemples d'atrésies congéniales et incomplètes, effacées, ou détruites par les seuls efforts de l'accouchement; il paraît évident ici, en s'en rapportant du moins aux observations dont les détails sont suffisants, que le rétrécissement était constitué par des parties qui, malgré leur résistance, jouissaient cependant d'une certaine élasticité, s'étaient laissées pénétrer par une certaine quantité de liquides qui l'avaient assoupli, si l'on veut me passer cette expression, quelle que fût d'ailleurs sa forme.

Dans la 2e série, l'art est intervenu probablement parce que les parties paraissaient trop résistantes pour que l'accouchement pût se faire ou du moins parce que, craignant qu'il n'en pût être ainsi plus tard, on avait cru nécessaire de préparer convenablement les voies. Je ne veux pas nier ici que les moyens dilatateurs employés par des hommes éminents n'aient eu pour effet de favoriser l'expansion des parties molles; mais à l'exception des cas où la longueur du travail, la crainte ou l'imminence d'un danger du côté de la mère ou de l'enfant, au moment du travail, ont contraint de hâter ou favoriser la terminaison de l'accouchement, je ne crois guère me tromper en soutenant que si ces parties molles n'étaient pas réduites à un état de dureté, de callosité presque semblable au cartilage, la nature aurait pu faire et a peut être fait une bonne partie des frais de dilatation. Je m'explique :

Lorsque l'on considère les phénomènes de l'accouchement d'une manière superficielle, on a peine à compren-

dre comment les parties génitales peuvent subir une distension assez excessive pour se laisser traverser par un corps aussi volumineux qu'un fœtus à terme ; on ne voit en général dans ce fait qu'une dilatation, un tiraillement considérable exercés mécaniquement par les parties fœtales qui cherchent à se faire jour au dehors, sous l'influence des contractions énergiques de l'utérus et des muscles accessoires. Cependant le travail physiologique qui s'accomplit dans toute la hauteur du conduit vulvo-utérin et dans l'épaisseur des parties externes pendant les derniers mois de la gestation, et surtout au moment du travail, est digne de fixer l'attention tout autant que celui qui s'est effectué dans les tissus de l'utérus depuis le moment de la conception.

Que l'on examine par exemple l'apparence des parties génitales externes chez la femme enceinte de quelques mois seulement ou chez celle qui est arrivée au terme de la gestation, et l'on verra que la première ne s'éloigne guère sous le rapport de la forme de celle qui est en état de vacuité; tandis que la seconde offre des grandes lèvres plus saillantes, comme plus épaisses, plus imprégnées de liquides, plus molles, quelquefois plus colorées; elles sont enfin dessinées à plus grands traits; l'ouverture de la vulve elle-même est plus flasque, plus ample. Mais ces changements, souvent assez appréciables, sont loin d'être aussi prononcés que ceux qui s'observent du côté du vagin, organisé d'une manière bien plus favorable à un développement, une évolution évidente pendant la grossesse.

Quel est celui qui, ayant un peu d'habitude du toucher, n'a pas constaté pendant la gestation, outre des différences dans la longueur du conduit vulvo-utérin, des variétés

dans la consistance, l'épaisseur, la flexibilité de ses parois. Celles-ci, au 9e mois, ne sont-elles pas ramollies au point que la muqueuse donne parfois au doigt la sensation d'une gelée. Tous ceux qui ont été contraints d'introduire la main dans la cavité vaginale au commencement ou à la fin de la grossesse chez la même femme, savent à quoi s'en tenir à l'égard de son extensibilité; et ce n'est pas là, comme on a pu le croire, le résultat d'une sécrétion abondante de mucus qui viendrait humecter sans cesse et ramollir les tissus. Il y a plus :

Quel que soit le point de vue sous lequel on considère l'organisation du vagin, soit qu'avec MM. Velpeau, Maygrier et autres, on regarde son tissu propre comme de nature cellulo-fibreuse et contenant des fibres musculaires, continuation de quelques-unes de celles de l'utérus, soit qu'avec M. Cruveilhier on le croie fibreux érectile assez analogue aux corps caverneux, enveloppé en dehors d'un tissu fibreux semblable au dartos et à sa surface interne d'une muqueuse, il n'en est pas moins vrai que ce conduit offre entre ses lamelles fibro-celluleuses lâches une quantité considérable de ramifications vasculaires provenant des hypogastriques et des utérines, et beaucoup plus abondantes à son tiers inférieur où elles forment ce que l'on a appellé le plexus rétiforme ainsi que le bulbe du vagin, corps véritablement semblable aux corps caverneux de la verge; ses nerfs, comme ceux de l'utérus, viennent des plexus sacré et hypogastrique. Or, le plus simple raisonnement n'indique-t-il pas que des parties qui se trouvent dans des rapports si intimes de circulation, d'innervation et de fonctions avec l'utérus, qui ont une organisation analogue, doivent nécessairement subir avec lui des

modifications importantes pendant la grossesse? Et c'est réellement ce qui a lieu ; un accroissement, une nutrition très-actifs se font dans l'épaisseur des parois vaginales; toutes leurs parties, les vaisseaux entre autres, acquièrent des dimensions considérables en longueur et en diamètre, au point que quelques-uns de ceux-ci, dont le calibre était fort médiocre, excèdent en volume l'épaisseur du petit doigt; leurs flexuosités augmentent très-notablement, et c'est surtout sur les veines que porte l'accroissement que l'on doit rapporter sans doute à la gêne, à la stase qu'y éprouve le sang par l'effet de la compression qu'exerce l'utérus. Il n'est pas rare, comme on sait, de rencontrer de ces nodosités variqueuses, qui font saillie à travers les parois vaginales, et de sentir les artères elles-mêmes donner par leurs pulsations un indice de leur développement ; c'est même là pour Osiander de Gœttingue, un signe diagnostic important de la grossesse auquel il a donné le nom de pouls vaginal ; la muqueuse du vagin a acquis cette teinte violacée sur laquelle a insisté notre collègue, M. Jacquemin ; elle est devenue plus molle, plus veloutée, pour ainsi dire, les glandules qu'elle renferme dans son épaisseur subissent aussi un accroissement et une excitation qui se décèlent par la quantité de mucus plus abondante qu'elles sécrètent surtout dans les derniers temps. Toutes les parties constituantes du canal vulvo-utérin éprouvent donc une nutrition beaucoup plus active, une augmentation considérable de molécules qui leur permet de devenir plus extensibles, plus flexibles qu'elles ne l'étaient auparavant. Comment pourrait-on d'ailleurs s'expliquer cette élasticité d'une manière satisfaisante par le seul déploiement des rides du vagin, rides qui en appa-

rence, plus abondantes, plus prononcées à l'endroit le plus resserré de ce canal, c'est-à-dire à son orifice inférieur, n'offrent cependant qu'une profondeur médiocre, parce que leur saillie est constituée par un développement plus prononcé en cet endroit des papilles qui les couronnent et qui ne s'effacent nullement au moment de la dilatation, comme je m'en suis assuré en prenant une portion de membrane muqueuse, sur une femme morte enceinte près du terme, et en l'étalant et la distendant en différents sens, les rides ne serviraient donc que médiocrement à l'ampliation du vagin soit en largeur, soit en longueur, mais plutôt dans ce dernier sens à cause de leur disposition.

Je conclus de tous ces faits d'observation anatomique, que dans les atrésies congéniales, là où les tissus composant le rétrécissement ne s'éloigneront pas trop, par leur structure, de ceux qui se voient à l'état normal, là aussi on devra espérer que la nature, employant les mêmes procédés d'accroissement, de ramollissement, de nutrition, pourra donner aux parties mal conformées une souplesse assez grande pour permettre dans quelques cas une dilatation suffisante au passage du fœtus, sans lésion trop considérable.

Dans la 1re série des faits anormaux que j'ai cités plus haut, on trouve la preuve entière des opinions que je viens d'émettre relativement au travail physiologique qui se passe dans les parties molles de l'excavation et du détroit inférieur. Ainsi dans les observations tirées de l'histoire de l'Académie des sciences comme dans celles de M. Moreau, citées par M. Cazeaux, dans celle de Portal, et enfin, dans le fait rapporté dans le traité de M. Chailly, il est évident que des modifications particulières avaient dû

être apportées préalablement dans des tissus qui n'auraient pu subir tout d'un coup une extension et une pression si considérables de la part des parties fœtales sans se rompre. Les auteurs eux-mêmes ont noté dans divers cas ce commencement de ramollissement et de dilatation spontanée à partir d'une certaine période de la grossesse, et quant au fait dont j'ai été témoin, voici ce que j'ai pu constater d'une manière positive. Lorsque je touchai pour la première fois, le 15 mai, c'est-à-dire à la fin du 7e mois ou au commencement du 8e, je trouvai l'entrée du vagin rétrécie au point de serrer assez mon doigt pour gêner notablement ses mouvements. Le 3 juin, par conséquent vers la fin du 8e mois, le rétrécissement offrait toujours la même disposition, mais l'indicateur éprouvait moins de résistance à le traverser, bien moins de constriction lorsqu'il était introduit. Enfin le 14 juillet, à 7 heures du matin, lorsque le travail était commencé depuis 6 heures, l'introduction du doigt était devenue infiniment plus facile, bien qu'encore un peu douloureuse, et l'on se rappelle qu'à deux heures de l'après midi, il ne restait plus d'autre trace de l'anneau vaginal, jadis si resserré, que ce repli tranchant concentrique à l'anneau vulvaire et presque aussi large que lui. Ainsi la dilatation de cet anneau avait été préparée, pour ainsi dire, de longue-main et on a pu remarquer que son effacement avait commencé à s'opérer avant que les parties fœtales vinssent dilater le canal vulvo-utérin, ce qui n'eut lieu d'une manière sensible que lorsque la tête, distendant la partie inférieure de ce canal voisin du rétrécissement, en effaça les bords si bien disposés que, plus tard, ils se laissèrent traverser sans opposer un obstacle bien sérieux. Aussi me gardai-je

bien d'intervenir tant que je ne constatai aucun trouble notable du côté de la mère ou de l'enfant, persuadé que j'étais que le meilleur corps dilatant pour les parties maternelles devait être la tête de l'enfant. Vous savez, en effet, que dans ces cas la nature semble avoir tout prévu, tout disposé pour que la dilatation soit mesurée, graduelle, et agisse dans le sens le plus favorable. Ainsi, non seulement le sommet, lorsque c'est lui qui se présente, circonstance toujours favorable, dirige la partie la plus acuminée, l'occiput, vers l'ouverture du canal; mais le cône qu'il forme se trouve encore augmenté par le développement de la tumeur séro-sanguine, qui se rencontre si fréquemment dans les accouchements où quelque obstacle s'oppose à la sortie rapide du fœtus, et agit à la manière d'un coin pour favoriser la dilatation. Il est évident que lorsque les contractions utérines sont suffisantes, nul autre moyen que celui que la nature emploie ne peut être préférable, et je regarde comme un précepte important de n'intervenir que lorsque l'on a à redouter quelque accident du côté de la mère ou de l'enfant. L'application du forceps, par exemple, conseillée dans les cas de résistance trop grande et bien constatée des parties externes, ne remplace, comme on sait, que très-imparfaitement les efforts naturels, parce que la pression, la dilatation que cet instrument exerce sont incomparablement plus rudes, plus brusques, plus violents, moins égaux sur tous les points où le contact est nécessaire.

Il est, j'en conviens, bon nombre de circonstances dans l'état normal où la nature ne peut procurer une élasticité suffisante aux parties, et permettre leur ampliation au-delà d'une certaine limite, et cette observation s'applique

surtout aux parties génitales externes, au périnée surtout, et aux grandes lèvres; mais leur structure n'est pas la même que celle du vagin, et les phénomènes de nutrition sont bien moins prononcés chez elles. A plus forte raison, les modifications pourront-elles quelquefois ne pas être suffisantes dans les cas anormaux, comme les atrésies; aussi ne doit-on pas donner comme précepte général de se confier toujours aux efforts naturels; mais on doit toujours attendre jusqu'au moment du travail que ces modifications physiologiques aient pu se faire complétement dans les cas où les tissus paraissent jouir d'une organisation, d'une vitalité qui les rapproche assez de celles de l'état normal.

Si, au contraire, les parois qui constituent le rétrécissement, l'atrésie, s'écartent trop de la disposition propre aux parties où elle a son siége, si par exemple, elles sont très-indurées, non élastiques, véritablement calleuses, comme cartilaginifiées, on ne pourra guère espérer de modifications favorables à la dilatation spontanée, et on sera contraint d'agir, après cependant avoir attendu jusqu'aux dernières périodes de l'évolution maternelle et fœtale; aussi ne puis-je partager l'avis des accoucheurs qui donnent le conseil de s'occuper de détruire ou modifier l'obstacle à une époque peu avancée de la gestation. En effet, agir soit par les dilatants, soit par l'instrument tranchant, soit par les caustiques, vers le 4e mois, comme le voulait Mauriceau, ou à une époque plus avancée, serait courir le risque de troubler le cours de la grossesse, sans être certain de réussir; car on sait avec quelles difficultés on obtient parfois la dilatation; agir peu de temps avant l'époque présumée de l'accouchement aurait plus de chances de

succès; mais ne risquerait-on pas, à cause de l'excitation produite, de hâter le moment du travail et d'entraver les efforts de l'organisme au lieu de les favoriser? Je crois que l'art ne doit venir en aide à la nature que dans les derniers temps, c'est-à-dire lorsque celle-ci a fait tout ce qu'il lui était possible de faire, ou lorsqu'un accident du travail oblige de hâter la terminaison.

(Je ne parle pas ici des atrésies congéniales et complètes qui exigent toujours l'opération, sauf le cas où on ne peut constater l'existence de l'utérus.)

Cette conduite doit encore être suivie lorsqu'il s'agit d'une atrésie accidentelle, mais dans des limites beaucoup plus restreintes; car ici l'altération profonde qu'ont subie les tissus les rend beaucoup plus impropres à recevoir les modifications nécessaires; mais encore cela dépend-il beaucoup du mode d'altération.

Permettez-moi, Messieurs, d'apporter quelques faits à l'appui de mon opinion.

Et d'abord Harvey, dans ses *Exercitationes de partu* (p. 545), cite un fait où malgré le peu de ressources que l'on pouvait attendre des efforts naturels, la délivrance n'en fut pas moins spontanée. Il s'agit d'une dame qui, dans un accouchement fort laborieux, avait eu une telle dilacération du vagin et des parties extérieures, que les grandes lèvres s'étaient unies jusqu'aux nymphes, et que le vagin s'était rétréci jusqu'au col de la matrice. Malgré cet état, elle devint grosse. Quand le temps de l'accouchement fut arrivé, les douleurs furent si cruelles et si longues, qu'elle perdit l'espérance d'être délivrée. Enfin la nature procura la dilatation du vagin, et la malade accoucha d'un enfant fort gros. Mais j'ai peine à croire que,

dans ce cas, le vagin fût profondément altéré. — Lorsqu'il ne s'agit en effet que de cicatrices, suite d'ulcérations peu profondes, la dilatation peut être espérée; De la Motte avait déjà observé et donné comme précepte que la callosité et la dureté d'une vieille cicatrice n'est point un obstacle invincible à l'accouchement; Murat, dans son article VAGIN du *Dict. des Sc. méd.*, dit aussi que les cicatrices du vagin diminuent presque toujours ses dimensions; mais qu'elles deviennent rarement un obstacle au passage du produit, qui, dans quelques cas, il est vrai, n'a lieu qu'avec beaucoup de peine. Mais sauf ces faits exceptionnels, je trouve que partout ailleurs le chirurgien a été obligé de prêter son ministère.

C'est ainsi que Guillemeau dit qu'il fut contraint d'inciser et d'appliquer le speculum dilatatoire chez la fermière de M^lle^ Scarron, dont la vulve et le vagin s'étaient oblitérés à la suite d'un accouchement laborieux, ce qui succéda, dit-il, si heureusement que trois heures après elle accoucha facilement.

Peu (*Pratique des accouchements*, p. 245), agit à peu près de la même façon dans deux cas d'atrésie pareille et par les mêmes causes.

De la Motte cite (*Obs.* 338 et 339) deux faits semblables et causés par des manœuvres imprudentes, où il fut contraint d'opérer. Saura (*Giornale di medicina*, t. 8), parle d'un ulcère guéri au vagin, et qui laissa une cicatrice étroite. La femme étant devenue grosse et ne pouvant accoucher, il fit une incision, et l'accouchement se termina heureusement.

Morand raconte, d'après David, qu'une jeune fille fut écorchée si vivement aux parties d'en bas par le train rude ou

le bât d'une ânesse, que les lèvres de la vulve se réunirent faute de soin ; bien qu'il ne fût resté qu'un petit trou pour l'écoulement des règles, cette jeune femme ne laissa pas que de concevoir. Mais au moment de l'accouchement David fut obligé de séparer les grandes lèvres au moyen de deux coups de ciseaux.

Le fait que vous a rapporté dernièrement M. Danyau est tout à fait analogue au précédent ; la jeune femme avait eu étant jeune les parties génitales contusionnées par le choc qu'elle avait éprouvé contre la pomme d'une rampe d'escalier en se laissant glisser dessus : il en était résulté une atrésie presque complète, une réunion des grandes lèvres avec persistance seulement d'un pertuis que M. Danyau fut contraint d'inciser en quatre sens différents au moment du travail.

M. Velpeau dit avoir été obligé de pratiquer trois sections sur une large bride sémi-lunaire dure et comme fibro-cartilagineuse qui existait à deux pouces au-dessus de la vulve et provenait d'un accouchement laborieux antérieur. Le travail, pendant lequel l'opération fut pratiquée, n'eut aucune suite fâcheuse.

Chambon raconte qu'une jeune fille dont la vulve avait été brûlée par accident dans son enfance, ne présentait qu'un pertuis qu'on fut obligé d'agrandir par incision jusqu'auprès du méat urinaire ; mais ce moyen fut insuffisant, parce que la coalition des parties s'étendait plus profondément, et le fœtus en se faisant passage déchira la partie postérieure de la vulve, qui n'avait pas été soumise à l'incision, le périnée et le rectum.

Il est des cas enfin où toutes les ressources de l'art sont impuissantes ; tel est celui, si connu, que cite Lombard de

Genève (*Archives gén.*, t. 25, p. 568), de cette femme qui, dans l'intention criminelle de provoquer un avortement, se fit dans le vagin une injection d'acide sulfurique du commerce; de là inflammation violente et adhésive à la suite de laquelle ce canal oblitéré ne put, au moment de l'accouchement, livrer passage au produit; des accidents graves survinrent, et la mort de cette malheureuse en fut la suite.

Mauriceau fut contraint de suspendre une opération qu'il avait commencée pour désobstruer un vagin oblitéré, et Peu vit un jeune chirurgien échouer pareillement dans un cas semblable malgré le conseil qu'il lui avait donné de ne pas tenter l'opération.

Je pourrais citer encore comme preuve de la difficulté qu'on éprouve quelquefois à triompher des atrésies accidentelles, le fait de cette fille publique qui entra dans le service de M. le docteur Briquet, à l'hôpital Cochin, étant atteinte d'une variole des plus confluentes dont l'extension à la surface du vagin détermina des adhérences et une oblitération progressive de ce canal, de telle sorte que non-seulement le coït, mais bientôt aussi l'écoulement des règles, devinrent impossibles. Les incisions que pratiqua M. Monod et les mèches de charpie volumineuses dont on se servit pour tenir écartés avec soin les bords de la division n'empêchèrent pas la coarctation de se reproduire presque au même degré que auparavant.

Je crois devoir conclure des considérations dans lesquelles je suis entré à l'occasion de ces différents faits :

1° Que, comme on le savait depuis longtemps, la fécondation peut avoir lieu sans rapprochement complet des sexes;

2° Que l'atrésie congéniale et incomplète de la vulve et du vagin n'exige pas toujours les secours de l'art ;

3° Que celui-ci ne doit intervenir en tous cas que lorsque les parties coarctées n'ont pu, sous l'influence du travail physiologique si remarquable qui s'opère surtout vers la fin de la grossesse et au moment du travail dans la vulve et le vagin, acquérir un degré de développement et d'élasticité suffisant, lorsqu'il est enfin bien constant que les ressources de la nature semblent épuisées de ce côté.

4° L'opération est au contraire presque toujours nécessaire lorsque l'atrésie est accidentelle, et surtout assez considérable, parce l'altération profonde des tissus laisse peu de chances d'une issue heureuse. Les cicatrices superficielles ou peu étendues semblent seules faire exception ;

Mais encore dans ces diverses circonstances faudrait-il, avant de se décider à l'opération, attendre autant que possible que les premiers phénomènes du travail aient donné la valeur des efforts de l'organisme.

5° La profondeur à laquelle se trouve le rétrécissement et sa forme peuvent influer aussi sur la détermination que l'on a à prendre. S'il est extérieur, d'une étendue médiocre en profondeur et en largeur, voisin de parties dont on n'a pas à redouter la lésion, on peut agir sans inconvénient ; mais il vaut mieux attendre. Si l'atrésie est étendue, composée de tissus très-résistants, non extensibles, il y a lieu d'opérer la dilatation. Si cette atrésie a son siége profondément, il ne faut s'y décider que s'il y a absolue nécessité, ou que si la disposition dont j'ai parlé tout à l'heure est bien constatée ;

6° La nécessité de l'opération est enfin indiquée dans tous les cas où l'atrésie met un obstacle sérieux à la

marche du travail, et produit une inertie, l'épuisement, des convulsions, ou bien lorsqu'on a à redouter la mort de l'enfant, une rupture de la matrice, ou enfin une déchirure dangereuse des parties qui constituent le rétrécissement;

7° Les présentations favorables ou défavorables du fœtus peuvent influer aussi sur la détermination à prendre, les premières pouvant permettre plus aisément, dans quelques circonstances, de reculer les limites de l'expectation.

Quant aux différents procédés à mettre en usage, ce n'est point ici le lieu d'en discuter la valeur.

DE LA CAUTERISATION

DANS

LE TRAITEMENT EXTERNE DES MALADIES DE LA PEAU,

PAR L. V. DUCHESNE-DUPARC,

ANCIEN INTERNE D'ALIBERT, PROFESSEUR PARTICULIER DE PATHOLOGIE CUTANÉE.

Cautériser c'est détruire volontairement, au moyen du caustique ou cautère, une étendue plus ou moins considérable de tissus organisés etvivants. Les anciens recouraient fréquemment à ce procédé dans le traitement des maladies: on en retrouve la preuve jusque dans les époques les plus reculées de la science. Mais il faut reconnaître, toutefois, qu'aux médecins modernes, revient l'honneur d'avoir régularisé l'application de ce puissant agent thérapeutique, et même de l'avoir employé avec bonheur dans un certain nombre de cas nouveaux et bien arrêtés.

Est-il permis de conclure des essais sur la cautérisation

appliquée au traitement externe d'un assez grand nombre de dermatoses et dus principalement à MM. Bretonneau, Serres, Velpeau, etc., que ce procédé mis en usage par une main habile et expérimentée, doit rendre à la pathologie cutanée d'incontestables services? C'est la question que nous venons examiner dans cette notice et dont la solution reste soumise à l'exposé des faits pratiques.

Pour conserver à notre sujet toute sa clarté, et ne rien lui faire perdre de son importance, nous croyons devoir l'examiner simultanément sous le triple rapport 1° de l'indication des genres morbides qui réclament l'emploi de la cautérisation; 2° du choix des agents caustiques et de leur mode d'emploi; 3° de l'action de ces derniers sur nos tissus :

Quant à l'ordre qu'il nous faut suivre dans notre exposition, il est tracé d'avance par les principes sur lesquels s'appuie notre classification : le caractère morbide reste, en effet, pour chaque dermatose le principal élément qui appelle ou repousse telle ou telle application thérapeutique : Si, pour entrer immédiatement en matière, nous prenons notre classe des *dermites* ou inflammations cutanées, laquelle figure en tête de notre cadre dermatologique, le premier genre, l'érythème, nous offre déjà l'occasion d'employer, avec un succès presque constant, la cautérisation dans plusieurs de ses formes pathologiques : ainsi dans l'*intertrigo* des oreilles, chez les enfants, lorsque les parties malades viennent à se creuser et à se couvrir d'un coagulum épais, on se trouve très-bien de les toucher avec le crayon d'azotate d'argent, ou la pointe d'un pinceau de charpie trempé dans la dissolution suivante du même caustique (azotate d'argent 5 à 10 gram., eau distillée 30 gram.).

Il en résulte une eschare mince, brune sur la peau non excoriée, blanche sur les plaies, et dont la chute laisse voir des progrès marqués vers la cautérisation. Souvent il faut recourir à plusieurs applications successives pour obtenir la guérison : mais il est rare que ce moyen, employé de manière à ne pas détruire les premiers rudiments de cicatrices qui peuvent déjà exister, ne réponde pas à l'attente du praticien.

Dans l'engelure ou érythème chronique, je me suis généralement bien trouvé de suivre le conseil donné par Gambérini, de toucher légèrement toute la région affectée avec la pierre infernale préalablement humectée ; mais pour être efficace, la cautérisation doit dépasser de quelques millimètres les limites tracées par l'engelure.

B. La cautérisation fait souvent partie du traitement de l'érysipèle, soit qu'on veuille enrayer son développement lorsqu'il occupe une région importante ou pour laquelle on redoute ses ravages, comme le scrotum, le sein, le visage, le cuir chevelu, etc., soit qu'il s'agisse de le fixer dans les cas où il se montre avec le caractère ambulant ; soit encore pour le transformer en phlegmon circonscrit, lorsqu'il s'étend aux couches profondes du derme et menace d'envahir les trames cellulaires sous-jacentes.

Les faits ne manquent pas en faveur de cette méthode : ceux que citent les docteurs Simon et John Higginbotton nous paraissent concluants pour l'érysipèle de la face. Le caustique employé est toujours le nitrate d'argent, et cette préférence ne nous surprend pas à cause de la grande solubilité de ce sel, de la facilité qu'on a de se le procurer en crayon qu'on peut tailler en pointe aussi acérée que possi-

ble; de plus, on peut en diriger l'action à volonté, en variant soit ses degrés de concentration, soit la durée de son contact avec les tissus malades : les eschares qui résultent de son application sont presque toujours minces, peu persistantes et provoquent rarement une violente réaction.

Les praticiens s'accordent sur le conseil d'étendre l'action du caustique au-delà de l'érysipèle et jusque sur les parties saines : cette conduite nous paraît la seule à tenir lorsqu'il s'agit d'enrayer la marche d'un érysipèle ambulant, et dans ce cas deux procédés sont applicables : on peut, si l'inflammation cutanée offre beaucoup d'étendue, se contenter de promener le nitrate sur tout le périmètre, de manière à intéresser autant de peau saine que de peau malade, enfermant ainsi l'érysipèle dans un cercle qu'il ne franchit presque jamais; mais on doit, dans les cas où le mal a des limites plus restreintes, en cautériser toute la surface avec la précaution d'en dépasser toujours un peu les limites : les mêmes points seront touchés à plusieurs reprises : car il ne s'agit point ici de réveiller une inflammation languissante, mais bien d'éteindre une véritable phlogose, avec d'autant plus de chance de succès qu'on l'attaque plus près de son début, et qu'on modifie plus profondément la trame dans laquelle elle a pris naissance. Nous devons dire, toutefois, que l'opinion de M. Rayer n'est pas favorable à cette manière de voir : ce savant affirme n'avoir pas eu à se louer de quelques essais de cautérisation tentés au début de plusieurs érysipèles. Mais les faits qu'il cite sont peu nombreux et se trouvent contredits par d'autres qui nous semblent tout à fait concluants. C'est surtout à propos de l'érysipèle traumatique que cette double indication se montre dans tout son jour : le baron Larrey considérait

cette affection comme produite par le mélange d'une plus ou moins grande quantité de molécules purulentes avec le sang : cette opinion est à peu de chose près celle de M. le professeur Velpeau, puisqu'il dit qu'au point de vue chirurgical, la cause efficiente de l'érysipèle est, en général, une matière venant du dehors, ou de tissus dénaturés et se mêlant aux fluides de la région malade secondairement ou de prime abord. Mais ce qui nous intéresse par dessus tout dans cette question, c'est le traitement préconisé par l'illustre chirurgien du Val-de-Grâce : les sangsues, dit-il, appliquées dans ce cas, s'adressent aux artérioles profondes et refusent de piquer la couche veineuse imprégnée des produits de l'inflammation : les émollients augmentent l'atonie locale : les répercussifs et les rubéfiants exaltent d'une manière fâcheuse les propriétés vitales ; ce qu'il faut, c'est recourir immédiatement au *cautère actuel* que Pelletan, sur la fin du siècle dernier, avait déjà vanté comme un puissant résolutif contre l'érysipèle.

Appliqué sur les points les plus rouges et sur ceux qui sont les plus rapprochés de la plaie, le *fer incandescent* arrête à l'instant même la marche de la phlegmasie. Cette application est très-peu douloureuse : elle est suivie 1° d'une effluve gazéiforme d'une odeur animale ; 2° de la disparition de la chaleur et de la douleur tensive ; 3° de l'extinction de la rougeur et du gonflement. Aucune suppuration ni cicatrices sensibles n'en sont la suite ; les parties brûlées tombent par petites écailles charbonneuses ; comme résultat, réaction heureuse sur la marche de la plaie et l'état général.

Larrey attribue l'absence de douleur au commence-

ment de désorganisation de l'épiderme et à l'épaisseur du réseau des vaisseaux injectés; l'absence de suppuration, à ce que le cautère a épargné la couche nerveuse de la peau. (Le cautère doit toujours être posé légèrement et promptement, de manière à n'intéresser en quelque sorte que les vaisseaux injectés et déjà privés de vie); enfin, l'absence de cicatrice, à ce que le derme lui-même n'a pas été entamé.

Pour nous, l'efficacité du cautère actuel dans le traitement de l'érysipèle traumatique n'est pas douteux; mais ce moyen effraie beaucoup de malades; aussi n'est-il pas toujours possible d'y avoir recours : en cas de refus ou de répugnance trop vive de la part du malade, on peut lui substituer une dissolution d'azotate d'argent : cette application a plusieurs fois complétement réussi, et entre autres faits en sa faveur, nous devons rappeler le cas cité par M. Tanchou, d'un érysipèle traumatique grave, chez une dame opérée d'un polype utérin et qui fut avantageusement combattu par l'application, renouvelée chaque deux heures, de compresses trempées dans une dissolution d'azotate d'argent portant un gram. d'azotate pour deux cents gram. d'eau.

C. Le *pemphix* réclame, dans certains cas, l'emploi de la cautérisation; MM. Serres et Velpeau ont démontré que l'application directe du nitrate d'argent faite dans les trois premiers jours de l'apparition des bulles du pemphix, en arrête nettement et constamment le développement : ce moyen convient encore pour hâter la cicatrisation des ulcères superficiels souvent si douloureux qui résultent du déchirement de la bulle pemphigoïde, et par suite, de l'exposition à l'air ou au contact des vêtements, des papilles cu-

tanées : dans le cas où il s'agit de faire avorter une bulle de pemphix par la cautérisation, on doit l'ouvrir et n'en cautériser que le fond.

D. On a plus souvent l'occasion d'employer le caustique dans le traitement externe de la *vésiculite* (Herpès. W.) : que les vésicules caractéristiques de cette inflammation cutanée superficielle et presque toujours sans gravité, soient éparses ou réunies en groupe (*herpes labialis, præputialis*) ; qu'elles forment des anneaux concentriques ou qu'elles s'allongent en zône (*herpes iris, id. zoster*), l'action du caustique conserve la même efficacité. Mais ici, le même procédé de cautérisation ne peut pas être appliqué dans tous les cas. Lorsque les vésicules sont peu nombreuses et suffisamment distancées, il est plus avantageux de les cautériser isolément avec la pierre infernale taillée en crayon, après avoir ouvert ou incisé le sommet de chaque vésicule ; il est même utile, lorsque la matière sécrétée est abondante, de l'exprimer avec un linge fin comme l'a pratique plusieurs fois M. Audibert fils : cela fait, on touche légèrement l'intérieur de la vésicule avec le caustique, de manière à ne produire qu'une petite croûte très-superficielle ; car si la cautérisation était faite avec peu de soin et trop profonde, l'éruption, loin d'en être abrégée, se prolongerait au contraire davantage.

Lorsque les vésicules sont confluentes et agglomérées, outre qu'il serait très-long et souvent même très-difficile de les cautériser séparément, on se trouve tout aussi bien de couvrir en même temps toute la plaque éruptive d'une légère couche de nitrate d'argent, soit au moyen de la pierre imbibée et promenée à plusieurs reprises sur la surface ma-

lade, soit en la touchant avec une dissolution suffisamment concentrée d'azotate d'argent.

Dans l'affection qui nous occupe, une cautérisation bien faite a presque toujours pour résultat, 1° d'abréger la durée de l'éruption; 2° d'éviter les excoriations et les eschares que l'on voit se produire, surtout chez les vieillards, dans les vésiculites abandonnées à elles-mêmes, et principalement lorsqu'elles sont situées à la partie postérieure du tronc; 3° enfin, de prévenir, dans la grande majorité des cas, les douleurs souvent très-vives qui persistent quelquefois fort longtemps après la disparition du zôna.

Une preuve irrécusable de l'influence de la cautérisation sur l'éruption de l'herpès, existe dans ce fait aujourd'hui démontré, qu'il suffit de toucher légèrement avec le crayon de nitrate d'argent la surface des taches rouges qui précèdent les vésicules, et notamment celles qui se montrent après les premiers groupes, pour en arrêter le développement, sans toutefois modifier les douleurs vives qui les accompagnent.

Malgré ces résultats sur la réalité desquels il n'est plus permis d'élever aucun doute, nous pensons avec M. Rayer, qu'on ne doit pas recourir à la cautérisation dans tous les cas de vésiculite : lorsque l'éruption est discrète et peu abondante, on peut sans inconvénient l'abandonner à elle-même; mais il n'en est point ainsi lorsque des eschares sont à redouter sur un ou plusieurs groupes, au tronc, au visage, etc., et lors même que l'application du caustique ne serait pas indifférente sous le rapport de la douleur qu'elle occasionne, les bons effets qu'elle produit dans la majorité des cas et son influence presque immédiate sur la vive sensibilité qui complique l'éruption, en feront toujours

un moyen précieux et qui doit rester acquis à la science.

E. Dans le *phlysacia* (*cethyma*, *rupia. W.*), dont le développement coïncide toujours avec un certain état cachectique de tout l'organisme et qui n'est plus par conséquent une inflammation aussi franche et aussi indépendante que celles qui viennent d'être énumérées, MM. Cazenave et Schedel considèrent cependant dans la cautérisation comme le meilleur moyen pour modifier les surfaces malades dans les larges ulcérations arrondies qui succèdent si souvent à certains *phlysacia* (*rupia proeminens*).

Mais alors les indications relatives au choix des caustiques et aux précautions à prendre dans leur application, se retrouvent celles que présente le traitement des ulcères chroniques.

F. Si l'urticaire aiguë spontanée et à forme exanthémateuse contre-indique toute pensée de cautérisation, il n'en est plus de même lorsqu'elle est accidentelle et qu'elle se compose de boursouflements isolés comme en détermine la piqûre de certains insectes et plantes vireuses : on sait qu'alors le meilleur moyen de couper court au gonflement et à la démangeaison consiste à cautériser la partie malade avec l'ammoniaque.

G. M. Velpeau affirme que l'application directe du nitrate d'argent arrête nettement et constamment, lorsqu'elle est faite dans les trois jours de son apparition, le développement de la tumeur furonculeuse; de son côté, M. Rayer dit que l'emploi du caustique, même au début des furoncles, les fait rarement avorter : laquelle de ces deux propositions émanées l'une et l'autre de savants d'égal mérite, devons-nous maintenir? Si nous nous en rap-

portons à notre expérience personnelle, nous trouvons vraie dans la grande majorité des cas l'opinion de M. le professeur Velpeau, et nous expliquerons peut-être une partie des insuccès dont se plaignent d'autres praticiens par la timidité avec laquelle ils appliquent le caustique : pour agir efficacement, il faut employer une dissolution concentrée d'azotate d'argent, ou mieux, promener à plusieurs reprises la pierre suffisamment mouillée sur tous les points envahis par l'inflammation furonculeuse : ce qui ne veut pas dire que la cautérisation puisse suffire, dans tous les cas, au traitement du furoncle; car cette inflammation se présente parfois avec un caractère diathésique ou même dépuratoire qui doit fixer assurément l'attention du praticien et devenir l'indice de prescriptions particulières; mais ce que nous avons surtout à constater ici, c'est la résolution locale due à l'action de l'agent caustique, et que nous avons obtenue chaque fois qu'il nous a paru convenable de traiter le furoncle par la cautérisation.

H. 1. Quand au charbon et à la pustule maligne, il est évident que la cautérisation leur est applicable, mais avec des chances de succès qui doivent nécessairement varier en raison du genre morbide et du degré de développement de la maladie : nous avons depuis longtemps établi entre ces deux inflammations essentiellement gangréneuses de la peau des distinctions fort importantes et dont l'utilité se retrouve à propos de leur traitement.

Dans la pustule maligne qui est constamment due à l'action extérieure et toute locale du virus charbonneux, l'indication la plus pressante à remplir n'est-elle pas d'attaquer le mal aussitôt qu'il a été reconnu et de l'éteindre avant qu'il ait pu devenir un foyer d'infection pour l'éco-

nomie entière; car on sait que malgré les cautérisations les plus étendues, la pustule maligne est toujours mortelle lorsque, par ignorance ou incurie, on a laissé s'établir la résorption purulente; mais d'un autre côté, la guérison est pour ainsi dire certaine dans le cas où, appelé à temps, on peut détruire par le feu ou le caustique toute la partie infectée.

Tandis que dans le charbon, qui n'est plus que le reflet d'une contamination interne et générale, la cautérisation de la tumeur gangréneuse, même pratiquée dès les premiers instants de sa formation, n'empêche pas que les malades ne succombent fréquemment à une lésion de même nature développée dans l'estomac ou les voies respiratoires: malgré ces conditions défavorables, on n'en doit pas moins alors même cautériser, pour empêcher la tumeur de devenir à son tour un nouveau centre d'infection et par conséquent de danger.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur le choix du caustique auquel on doit, en pareil cas, donner la préférence : les uns adoptent le beurre d'antimoine (chlorure d'antimoine) à cause de sa consistance oléagineuse et de la facilité avec laquelle il se prête à la manipulation : d'autres préconisent la potasse caustique : MM. Caron-Duvillars et Bourguier d'Étampes se prononcent pour cette dernière substance : de son côté, M. Payan conseille dans le premier degré et au commencement du second degré de la pustule maligne, principalement lorsqu'elle siége sur des parties habituellement découvertes, de cautériser avec ce qu'il appelle : pâte de vitriol bleu (sulfate de cuivre délayé avec un jaune d'œuf), comme le meilleur moyen pour obtenir une cicatrice toujours superficielle. Sans vouloir

contester ici la justesse du conseil de notre honorable confrère, j'avoue que dans une maladie de cette gravité, je m'attache beaucoup plus à comprendre tous les points affectés dans une première et vigoureuse cautérisation qu'à exposer le malade à des récidives toujours fâcheuses par la crainte de compromettre la régularité d'expression dans les régions affectées : voilà pourquoi je pense, contrairement à l'opinion de M. le docteur Bourguier, qu'il est utile d'aider l'action des caustiques par des incisions convenablement pratiquées.

Ici l'essentiel est que la cautérisation atteigne toute la masse charbonneuse : une parcelle échappée à l'action annihilatrice rend l'opération inutile : c'est à propos de cette redoutable affection qu'on peut dire : on *ne fait assez que lorsqu'on fait trop*.

Ainsi nous venons de voir l'ordre des *dermites* fournir, dans chacun des genres qui le composent, l'occasion de recourir avec succès à la cautérisation, comme moyen, sinon de guérison suffisante, du moins d'amélioration rapide et toujours favorable : ici, l'emploi du caustique établit une véritable *méthode substitutive* laquelle trouve son application logique dans le traitement d'affections presque toujours locales, dues à l'influence des agents extérieurs, et dont la persistance et les progrès peuvent entraîner des conséquences plus ou moins fâcheuses ;

2. L'ordre des *exanthémes* ne nous fournit qu'un très-petit nombre d'occasions de recourir à la cautérisation : les affections qu'il réunit ont toutes cependant, comme celles du groupe précédent, le caractère aigu et inflammatoire ; mais c'est qu'ici, l'inflammation ne joue plus le rôle principal ; elle est suscitée par la nature elle-même pour ren-

dre plus rapide et plus certain son travail élaborateur; on doit par conséquent s'abstenir de tout moyen capable d'en enrayer le développement. Toutefois, il est dans certains cas nécessaire de lutter soit contre l'accumulation exagérée des produits exanthémateux sur telle région (visage) qui en conserverait inévitablement des traces plus ou moins repoussantes, soit d'empêcher tout développement des mêmes produits sur tel organe dont les importantes fonctions pourraient être sinon complétement détruites, du moins gravement compromises (tels les yeux).

A. Le genre *variole* est celui qui nous fournit le plus souvent occasion d'appliquer ces préceptes : telle opinion qu'on se fasse sur la nature du produit varioleux, qu'on le regarde comme le résultat d'une sécrétion *sui generis* opérée dans les dépressions folliculeuses, ou qu'on l'attribue à la présence sous l'épiderme d'animalcules parasites analogues à l'acarus de la gale, ce qu'admet M. Seigneurgens, et ce que suppose M. Gruby, il n'en reste pas moins démontré par les faits nombreux dus à MM. Bretonneau, Serres, Velpeau, et autres, que son développement est enrayé dès qu'on le cautérise an s les trois premiers jours de son développement, ou mieux dans les deux premiers jours, comme l'affirme M. Meyranx.

MM. Damiron et le Noble veulent même que la cautérisation, pour être constamment efficace, soit pratiquée dès le premier jour de l'éruption; quoi qu'il en soit, le pouvoir d'enrayer dans son développement la pustule variolique est un fait acquis à la science et qui trouve son heureuse application toutes les fois que des plaques éruptives accumulées sur le visage font craindre de voir cette partie défigurée par de hideuses cicatrices; le danger de-

vient plus grand encore si les paupières ou le globe de l'œil lui-même sont menacés de cette confluence : c'est alors qu'il faut se hâter de cautériser. Mais il existe plusieurs procédés de cautérisation : l'un, celui de M. Serres, consiste soit à porter le crayon de nitrate d'argent sur chaque pustule isolée, sans en ouvrir aucune; soit à promener à plusieurs reprises sur des plaques éruptives entières un petit pinceau de charpie chargé d'une dissolution d'azotate d'argent plus ou moins concentrée : lorsque la cuisson qui succède à cette cautérisation superficielle se fait sentir, on arrose la partie d'eau froide ou on la recouvre de compresses imbibées de décoctions émollientes; un peu plus tard, on y fait des embrocations avec l'huile d'olives; plus tard, encore, il est quelquefois utile de faire au cou une ou plusieurs applications de sangsues; ce traitement a pour but : 1° de prévenir les encéphalites, l'occlusion des yeux; 2° par l'avortement des pustules, les cicatrices du visage, les ophthalmies rebelles qui entraînent chez certains sujets le ramollissement de la cornée et la perte de l'œil.

Dans le procédé de M. Bretonneau on traverse le sommet des pustules, et on les épointe avec une aiguille d'or ou d'argent, chargée d'une solution de nitrate d'argent : ce savant praticien observe toutefois qu'il est plus sûr d'enlever la pointe des pustules et d'en cautériser le fond avec un crayon de pierre infernale plus ou moins aigu ou un stylet chargé du même corps en poudre. Ce dernier procédé nous a toujours paru préférable ; c'est celui que nous n'hésiterions pas à employer, non pour faire avorter toute une éruption variolique, ce qui serait à la rigueur possi-

ble, mais dangereux; seulement dans l'intérêt d'une région ou d'un organe qu'il importerait de préserver.

B. Quant à la vaccine, il est superflu d'indiquer que le même moyen employé dans les premiers temps du développement de la pustule qui la caractérise, en déterminerait aussi sûrement l'avortement. Il faudrait, pour que l'indication d'y recourir se présentât, supposer une inoculation accidentelle sur une partie qui pourrait souffrir de sa présence.

3. Aucun autre exanthème ne présentant semblable indication, nous passons à notre classe des *gourmes :* dans ce groupe, le seul genre morbide qui réclame parfois la cautérisation est le *favus*. On sait combien cette affection est rebelle, qu'elle a plusieurs fois résisté au barbare traitement par la calotte, entièrement rejeté aujourd'hui de notre thérapeutique : ne soyons donc pas surpris de voir MM. Baudelocque et Rayer conseiller de cautériser les points affectés avec le crayon de nitrate d'argent, après avoir fait tomber les croûtes au moyen de cataplasmes émollients. D'autres médecins ont employé dans le même but différents acides plus ou moins concentrés : on cite t. 3, p. 300 de la *Revue médicale*, l'observation d'un favus scutiforme, guéri par une seule cautérisation avec le nitrate acide de mercure, employé de manière à ne pas intéresser la peau. L'efficacité du traitement local s'explique facilement, lorsqu'on se rappelle que le favus est surtout une gourme parasite, due à la présence dans les cellules épidermiques, d'un végétal microscopique. La substance que nous préférons, en pareil cas, est l'ammoniaque, soit en pommade (graisse de mouton, ammoniaque, par parties égales), soit sous forme de liniment (huile d'olives, une partie; am-

moniaque, *idem*, ou même deux parties, selon l'effet qu'on veut produire). Une heure de contact avec la région malade nous a toujours paru nécessaire pour produire une suffisante cautérisation, dans la seconde enfance et chez l'adulte; mais chez les très-jeunes sujets, nous conseillons de diminuer les proportions d'ammoniaque et le temps d'application du caustique : sans ces précautions, on s'exposerait inévitablement à la formation d'eschares pouvant comprendre toute l'épaisseur de la peau, et dont l'inutilité serait alors le moindre des inconvénients. Mais à part ces fâcheuses conséquences qu'il est toujours facile d'éviter, nous persistons à affirmer que la cautérisation des points qui ont supporté les croûtes faveuses, et n'importe le moyen employé pour en obtenir la chute, n'est pas un conseil à négliger, car l'expérience nous prouve qu'il suffit d'un atome de matière morbide oublié pour servir de base à de nouvelles incrustations.

4. L'importante classe des *maladies dartreuses* nous fournit de nombreuses occasions de recourir à l'emploi des agents caustiques, sinon comme moyens suffisants de traitement, du moins comme autant de précieux *adjuvants :* ainsi, dans l'herpès furfureux et squameux (*pythyriasis*, *psoriasis*, *le pra vulgaris*, *ichthyose*) on a souvent modifié très-avantageusement la vitalité des parties malades par des cautérisations légères avec le nitrate d'argent, par la solution iodurée caustique de M. Lugol, par l'acide hydrochlorique plus ou moins concentré. On reproche généralement à Alibert d'avoir abusé de la cautérisation dans le traitement externe des dartres; mais ceux qui lui font ce reproche ne disent pas les nombreux succès obtenus par ce procédé; et d'ailleurs en le réservant pour les

dartres de causes externes, et pour celles qui, bien que liées à une diathèse herpétique constitutionnelle ou héréditaire, résistent à un traitement dépuratif approprié et suivi avec persévérance, on ne s'expose à aucun danger de répercussion et l'on a pour soi toutes les chances favorables à la guérison. Pourquoi ne pas tenir compte des conséquences de l'habitude : elles sont surtout patentes dans les maladies chroniques : une sécrétion morbide est d'autant plus difficile à supprimer qu'elle existe déjà depuis longtemps, et cette ténacité qui fait souvent le désespoir du malade et du praticien a sa source évidente dans les altérations de tissu qu'entraîne une surexcitation fonctionnelle prolongée : de là parfois, comme le dit avec raison M. le docteur Rust, la nécessité de porter l'action des caustiques jusqu'à la suppuration et à la cicatrisation, pour obtenir la guérison de certaines dartres.

B. Dans l'*herpès vésiculo-squameux* (eczéma des Anglais, dartre humide d'Alibert), lorsqu'il s'agit de plaques circonscrites et d'une date déjà ancienne, on se trouve généralement bien de les traiter par la cautérisation ; mais ici, le crayon de nitrate d'argent doit faire place à des caustiques plus pénétrants : ceux que dans ce cas nous employons plus volontiers sont le nitrate acide de mercure et l'acide hydrochlorique. Le premier donne lieu à une eschare rouge sanguin sur l'épiderme, et d'un gris pâle sur les chairs, demi-coriace et d'une épaisseur moyenne : celle qui succède à l'action de l'acide chlorhydrique n'a pas plus d'épaisseur, mais plus de dureté; elle est tout à fait blanche. Ces substances agissent d'autant plus sûrement qu'elles sont plus concentrées : leur action ne doit pas dépasser les limites du mal, et pour cela il suffit d'en graduer les

proportions en raison du degré d'épaississement et d'altération des parties sur lesquelles on les applique. Je trouve dans mes notes de clinique deux observations d'herpès vésiculo-squameux traités et guéris par la cautérisation, ce qui prouve que MM. Schédel et Cazenave ont émis une proposition trop absolue quand ils disent : « Les cautérisations ne doivent jamais être employées dans l'*Eczema* : l'emploi des pommades excitantes leur est préférable, etc.

L'une des observations citées est celle d'une nommée Eugénie.... demeurant rue du Four Saint-Germain, âgée de 35 ans, mère, et portant depuis deux ans, sur les mains et les avant-bras, une éruption vésiculeuse confluente, reposant sur des tissus vivement injectés et d'où s'exhale avec abondance une sérosité roussâtre et pleine d'âcreté; les parties malades sont le siége d'une chaleur brûlante mêlée de picotements et parfois de démangeaisons tellement insupportables que la malade ne peut résister au besoin de se gratter, malgré qu'elle sache qu'il en résultera une cuisson des plus douloureuses. C'est à la surexcitation produite par l'action des ongles qu'il faut attribuer les quelques bulles de phlysacia que l'on trouve mêlées aux groupes vésiculeux et au développement desquelles se prête, d'ailleurs, le tempérament lymphatique de la malade : elle était sujette avant cette maladie de peau à de fréquentes douleurs rhumatismales, lesquelles n'ont pas reparu depuis son invasion. Nous trouvons, comme causes probables de ces deux ordres d'altérations, le séjour de Paris, un travail disproportionné avec les forces et d'autres conditions hygiéniques peu favorables.

Nous n'opposâmes d'abord à cette affection par déplacement qu'un traitement local antiphlogistique, aidé de

quelques purgatifs : plus tard, nous dûmes recourir à de légers astringents (préparations de plomb, id : sulfureuses); en même temps, nous faisions prendre un sirop d'iodure de fer et de daphné-mezereum : la malade suivait nos prescriptions avec la plus scrupuleuse exactitude, et malgré tout, nous n'obtenions qu'un demi-succès, puisque l'herpès se remontrait après 15 à 20 jours de guérison apparente : cette extrême ténacité jointe à ce que l'éruption restait constamment limitée aux mêmes parties, me fit admettre que la peau des mains et des avant-bras était profondément altérée, et que la cautérisation était le meilleur moyen de lui faire perdre son excessive irritabilité et par suite de favoriser son retour à l'état normal. Nous eûmes recours à une solution de nitrate d'argent (dans les proportions d'un quart de sel sur trois d'eau distillée) : trois applications faites à 10 jours d'intervalle nous donnèrent un succès complet et qui ne s'est pas démenti depuis plusieurs mois.

La seconde observation est celle d'une jeune fille de 17 ans, demeurant aux environs de la barrière Saint-Jacques, et qui portait, depuis 4 ans, au jarret droit une plaque d'herpès vésiculo-squameux : au début, une plaque semblable s'était montrée au front, mais elle disparut d'elle-même au bout de peu de temps : celle du jarret n'a jamais pu être guérie malgré les topiques les plus variés, et bien qu'on l'eût touchée deux ou trois fois avec le crayon de nitrate d'argent. Les vésicules caractéristiques étaient peu nombreuses et se montraient principalement au pourtour de la plaque; celle-ci se composait de lames épidermiques brunes et grisâtres entre les interstices desquelles sortait une sérosité abondante : touchée à travers ces produits

lamelleux, la peau semblait épaissie et très-inégale, du reste peu sensible à la pression.

La malade offrait, à un degré peu prononcé, les attributs du tempérament lymphatique : ses parents avaient eux-mêmes été affectés de dartres : il nous était difficile de ne pas admettre chez elle une disposition herpétique héréditaire : cependant, l'intégrité des principales fonctions jointe à un air de vigueur assez prononcé ; la guérison spontanée et rapide de la plaque vésiculo-squameuse du front, mais surtout l'immobilité et l'extrême ténacité de celle du jarret, me donnèrent à penser qu'ici le principe virulent avait peu de prise sur la constitution et que la persistance du mal local tenait à quelque vicieuse disposition favorisée sans doute par la négligence et entretenue par l'habitude.

En conséquence, après les prescriptions relatives au régime et à l'usage interne de quelques dépuratifs, nous portâmes surtout notre attention sur le traitement externe : d'abord, chute des squames à l'aide de cataplasmes émollients ; ensuite, diminution des sécrétions au moyen des préparations saturnées, puis, cautérisation avec l'acide hydrochlorique ; celle-ci n'eut besoin d'être répétée que trois fois à 10 jours d'intervalle, et la guérison fut obtenue : depuis six mois, elle ne s'est pas démentie.

C. Dans la mélitagre ou impétigo, la cautérisation n'est applicable qu'aux plaques isolées et tout a fait passées à l'état chronique : encore, disent MM. Gibert et Rayer, est-ce moins, dans ce cas, une cautérisation véritable qu'une simple stimulation des parties qu'il faut obtenir : je dois cependant rappeler un fait bien remarquable qui prouve contre l'*absolu* de cette proposition, que j'ai suivi pendant mon internat à l'hôpital Saint-Louis et dont le sujet est

resté depuis lors soumis à mon observation. Il s'agissait d'une jeune personne issue de parents herpétisés et chez laquelle des traces de mélitagre se montrèrent peu de mois après la naissance : tout fut inutilement mis en usage pour détruire cette malheureuse affection dont les progrès, quoique lents, ne furent jamais complétement suspendus, et qui avait fini par envahir la majeure partie de la surface cutanée lorsque la malade fut admise dans le service d'Alibert : là, de nouvelles médications furent tentées sans plus de succès, et ce fut, pour ainsi dire, en désespoir de cause, qu'il fut décidé qu'on emploierait la cautérisation. On donna la préférence à l'acide hydrochlorique : chargé de l'application du caustique, je l'employais affaibli d'environ un cinquième; je le mis successivement en contact avec toutes les parties malades, n'en cautérisant chaque jour qu'une zone de la largeur de la main : les vives cuissons que cette application déterminait étaient tempérées par des compresses imbibées d'eau froide : elles étaient d'assez courte durée : mais à mesure que les croûtes se détachaient, on voyait la peau perdre son épaississement et son injection : il ne s'y montrait plus que de rares pustules qu'il suffisait de toucher isolément pour les faire promptement disparaître : par ce seul moyen de traitement, la peau se nettoya, la malade qui appartient à une honorable famille put rentrer dans le monde, et pendant les années suivantes, nous n'eûmes plus à combattre que quelques éruptions passagères et développées dans le pli des articulations.

D. A propos des différentes formes de varus ou acné, on a souvent occasion de recourir à l'emploi des caustiques; mais cette indication n'est pas nouvelle, puisque Pline lui-

même signalait les dangers qui peuvent accompagner leur usage : ici, le mode d'application est de la plus haute importance : il est aussi essentiel de savoir à quel degré de développement du varus on peut employer la cautérisation : il est certain qu'au début de la maladie, et quelle que soit son espèce, on ne peut songer à cautériser. Agir autrement, serait imposer au malade des souffrances inutiles, puisque, comme l'observe avec raison M. Emery, cette affection, lorsqu'elle est légère, guérit très-bien par les seuls émollients; mais quand, par suite des progrès de l'inflammation vareuse, les follicules sont distendus au point de perdre toute élasticité, ou même déchirés et tout à fait rompus, il en résulte de petits phlegmons diffus que ne résolvent pas plus les antiphlogistiques que les préparations astringentes, mais auxquels on oppose avec beaucoup d'avantage une cautérisation méthodique soit avec le crayon de nitrate d'argent, soit avec une solution saturée de foie de soufre. Nous préférons de beaucoup cette dernière; mais dans tous les cas, le caustique ne doit être appliqué que sur la pointe du produit pustuleux ou tuberculeux : l'étendre à toute sa périphérie est en compromettre le résultat. Voici la marche que j'ai adoptée depuis un certain nombre d'années et dont je n'ai qu'à me louer. Je fais toucher soit l'orifice dilaté du follicule malade, soit le sommet du bouton vareux avec la pointe d'un pinceau à miniature suffisamment imbibé d'une solution concentrée de *sulfure* de *potasse*. Le contact du médicament doit être maintenu pendant quinze à vingt secondes : il en résulte dans la partie malade un sentiment de cuisson assez vif lorsque la liqueur a dû être simultanément appliquée sur un grand nombre de points. Toutefois, comme la douleur n'est pas

au-dessus de la sensibilité la plus ordinaire, et qu'elle est généralement de courte durée, je donne le conseil de la supporter pendant un quart d'heure, et de n'employer qu'après ce laps de temps les lotions et les topiques adoucissants, toujours utiles contre l'inflammation des parties avoisinant le follicule enflammé ou dégénéré. Ce procédé, pour être efficace, demande à être continué longtemps et sans interruption : nous préférons le soir pour notre application caustique, afin que le repos de la nuit procure au malade toute l'amélioration qu'il doit espérer de son traitement. Ce moyen nous a complétement réussi dans plusieurs cas de couperose et de mentagre fort anciens et contre lesquels avaient déjà échoué des essais de traitement nombreux et variés; le mode d'influence qu'il exerce est, du reste, des plus faciles à apprécier : il n'exclut, en aucun cas, les indications fournies soit par l'état général de la constitution, soit par certaines diathèses virulentes à la présence desquelles peut se lier l'éruption vareuse : dans cette dernière hypothèse, en effet, il ne suffit plus de combattre le produit morbide; c'est surtout le principe de la maladie qu'il faut attaquer; car sans sa destruction complète on aura toujours à craindre la récidive.

5. L'ordre des *dégénérescences* nous offre deux séries d'altérations d'une égale gravité, mais n'étant pas toutes susceptibles d'être traitées par la cautérisation. Il en est une, le *cancer*, dont ce procédé, lorsqu'il est appliqué à temps et avec une énergie suffisante, constitue l'un des plus sûrs moyens de guérison : nous n'avons à rappeler ici ni les pâtes du frère Côme, ni les poudres de Rousselot, leur composition se trouve dans tous les formulaires : le célèbre Dupuytren employait dans le traitement des

ulcérations cancéreuses deux préparations dont il se louait beaucoup: l'une, sous forme pulvérulente, comprenait sur 100 parties : 94 à 96 calomel, 4 à 6 acide arsénieux ; l'autre formant dissolution, renfermait les mêmes substances dissoutes dans l'eau distillée et avec des proportions un peu plus fortes d'acide arsénieux. Dupuytren reconnaît que ces deux médicaments agissent moins, peut-être en cautérisant, qu'en modifiant l'état des surfaces malades; et ce qui les lui faisait préférer, c'est qu'ils sont peu adhérents et causent moins de douleur et de tuméfaction que la plupart des autres préparations arsenicales.

Des préparations aussi puissantes que celles d'arsenic, et qui sont exemptes des dangers que peut entraîner l'absorption d'une partie du médicament, ont été préconisées par M. Canquoin : on sait que le chlorure de zinc et le beurre d'antimoine en font la base. Il existe pour ces préparations plusieurs numéros correspondant à différents degrés de concentration du caustique : ainsi, n° 1, chlorure de zinc, une partie, farine deux parties; n° 2, farine trois parties, chlorure de zinc, une partie; n° 3, farine, quatre parties, chlorure de zinc, toujours une partie. L'addition du beurre d'antimoine se fait dans les proportions suivantes : chlorure d'antimoine, une partie; chlorure de zinc, deux parties. On mélange avec le moins d'eau possible et l'on donne à la couche de pâte une épaisseur variable selon le volume et l'étendue des parties que l'on veut détruire.

Plusieurs observations publiées par M. le professeur Trousseau militent en faveur du caustique de Vienne, qu'on sait être un mélange de chaux vive et de potasse à l'alcool, dans le traitement externe du cancer; quant à la créosote vantée par M. Marchal de Lorquin (Meurthe) et

au suc de mancellinier (hippomane mancinella) conseillé par le docteur Germon, nous dirons que le fait relatif à la créosote est incomplet puisque d'autres caustiques ont été conjointement employés; et pour le suc de mancellinier, nous le regardons comme plus dangereux encore que les préparations arsenicales; et si un praticien se décidait à l'employer ce qu'on paraît faire d'ailleurs journellement en Amérique, il devrait garantir avec soin les parties dénudées par lesquelles l'absorption pourrait avoir lieu. D'autres ont vanté le perchlorure de mercure mêlé au mucilage de gomme arabique comme excellent caustique dans la carcine cutanée.

Quelle que soit, du reste, la substance dont on ait fait choix, l'essentiel est d'en étendre l'action à toutes les parties atteintes du cancer : c'est une maladie dans laquelle il faut détruire plutôt plus que moins; aussi, nous rangeons-nous de l'avis de M. Auguste Bérard qui veut qu'on réunisse, dans le traitement du cancer, l'excision et la cautérisation, pensant qu'on ne saurait prendre trop de précautions contre un ennemi aussi redoutable. Ce praticien préfère la poudre arsenicale suivante : cinabre 10 parties; sang-dragon, six parties; arsenic blanc, une partie : — Tels sont les principaux moyens auxquels nous en sommes réduits contre la carcine, à moins que M. Jobert n'ait le bonheur, en poursuivant ses habiles expérimentations, de démontrer qu'on peut en suspendre les progrès par la ligature des vaisseaux sanguins et la section des filets nerveux qui se distribuent à la partie malade. Mais dans les dégénérescences lèpreuses, on n'a même plus ces chances de suspendre ou de guérir un mal qui, dès le

début, condamne à une mort certaine : à quoi sert-il, en effet, de détruire par la cautérisation les tubercules et les taches de l'éléphantiasis, puisque de nouvelles taches et de nouveaux tubercules ne tardent pas à se développer sur d'autres points?

6. *Ordre des scrofules* : la maladie scrofuleuse ne se compose pas seulement, comme on le sait, des symptômes qui la caractérisent à la peau et dans son voisinage ; mais ces derniers se présentent parfois avec des conditions d'isolement ou de gravité telles qu'il est possible ou urgent de leur appliquer un traitement direct et de chercher à en obtenir la guérison par un certain ordre de moyens au nombre desquels figure la cautérisation : c'est ainsi que M. Gœlis, médecin de l'hôpital des Enfants malades à Vienne, traite avec avantage les tumeurs lymphatiques sous-cutanées, avec le nitrate d'argent dont on les touche et dont on aide l'effet par des fomentations émollientes. Le même moyen est fort souvent employé pour favoriser la cicatrisation des ulcères scrofuleux, des dartres rongeantes : dans ce but, M. Godard, de Troyes, préconise le nitrate acide de mercure; il est certain que ce caustique est fort utile dans presque toutes les ulcérations de mauvaise nature, surtout lorsqu'elles se rapprochent comme celles de la scrofule, du caractère syphilitique.

Mais c'est principalement contre l'esthiomène, ou lupus, forme de scrofule sans contredit la plus redoutable, qu'il est possible d'utiliser la cautérisation. Sans admettre avec MM. Boucher (du Rhône) et Scipion Payan (d'Ax) que l'esthiomène n'est pas la signification d'un vice spécial ou constitutionnel, nous pensons comme ces honorables praticiens, qu'on doit porter sur le traitement local sa princi-

pale attention, et que les médicaments doivent être choisis parmi ceux qui ont assez d'action pour modifier l'état morbide de la surface ulcérée, ou pour la désorganiser.

Les pommades anti-esthiomène que nous avons publiées ont pour effet de convertir en surfaces suppurantes louables des tissus dégénérés d'où s'exhale un ichor sanieux et corrosif; nous devons à M. Beaugrand deux observations d'esthiomène prises toutes deux dans le service d'Alibert et traitées heureusement par les seules cautérisations avec le nitrate d'argent. Le n° d'octobre 1843 des *Annales des maladies de la peau* nous fournit un autre cas d'esthiomène guéri par des cautérisations répétées avec le chlorure de zinc.

Ces faits nous prouvent qu'on ne doit pas craindre d'agir avec énergie dans ces affections graves, toujours de longue durée, et dont le moindre des inconvénients, lorsqu'elles sont abandonnées à elles-mêmes, est la défiguration des parties qu'elles occupent.

7. 8. 9. Si l'on excepte l'indication de cautérisations légères avec le nitrate d'argent pour combattre la démangeaison dans certains cas de prurigo chronique et particulier à quelques régions, il nous faut descendre jusqu'au dixième ordre, celui des *hypertrophies*, pour retrouver ce procédé mis en usage avec certitude et souvent même comme seul élément de succès et de guérison.

A. La dermatolysie, en supposant qu'on la rencontre sur une région habituellement découverte, et qu'on tienne à la faire disparaître, réclamera bien plus souvent l'emploi du bistouri que l'application des caustiques; il n'y aurait toutefois aucun inconvénient à recourir à ces derniers, si la disposition des tissus hypertrophiés en autorisait l'usage.

B. La même incertitude n'existe plus pour le nævus. Ne devons-nous pas, en effet, rapprocher déjà de la cautérisation le procédé du docteur Lafargue, de Saint-Émilion, lequel consiste à traiter le nævus en introduisant jusque dans ses interstices de l'huile de croton, au moyen d'une aiguille à cataracte?

N'en serait-il pas de même si, au lieu d'employer l'huile de croton, on recourait à la créosote ou à la teinture d'iode? Des auteurs n'ont-ils pas été jusqu'à injecter dans la tumeur de véritables caustiques?

Macilwain conseille de les détruire avec des aiguilles rougies au feu : Wardrop préfère l'application du caustique de Vienne ramené en pâte à l'aide d'un peu d'alcool; mais nous pensons, avec le docteur Bouchacourt, qu'il est préférable de réunir l'excision et la cautérisation chaque fois que la disposition des parties le permet : on sait avec quelle facilité se reproduisent ces singulières altérations, et le plus prudent, ce nous semble, est de limiter ou restreindre le plus possible les parties dont la destruction reste confiée aux caustiques.

Ces différentes considérations s'appliquent tout aussi bien à la kéloïde, que nous rattachons aux hypertrophies capillaires, qu'à la tumeur érectile et aux nævus proprement dits.

C. Qu'avons-nous à dire de plus pour ce qui concerne les différentes espèces de verrue? N'est-il pas d'une pratique vulgaire de s'en débarrasser par les caustiques? Pour cela, on préfère avec raison les acides concentrés : ils réussissent surtout lorsqu'on a eu le soin d'enlever avant leur application, à l'aide de l'instrument tranchant, toutes les parties qui dépassent le niveau des téguments.

II. L'ordre des syphilides n'est pas lui-même sans fournir d'assez fréquentes indications de l'emploi des caustiques : non pas que nous songions qu'on puisse y recourir comme moyen abortif de certains accidents primitifs : une telle pratique nous semble avoir contre elle l'expérience des faits, et ce serait aller contre nos convictions que d'hésiter à la proscrire entièrement, jusqu'à ce que d'autres mieux inspirés ou plus téméraires en aient précisé la valeur.

M. le professeur Desruelles attache une haute importance à l'emploi du nitrate d'argent, comme moyen de traitement externe dans les maladies syphilitiques ; son action, dit ce praticien distingué, est, en dernière analyse, hyposthénisante : on le voit se comporter tantôt comme astringent sur les parties muqueuses ou cutanées frappées d'érythème aigu, et lors même qu'une membrane muqueuse est atteinte d'érythème profond avec altération du corps muqueux, il n'en conserve pas moins ce caractère : tantôt il agit comme destructeur ou modificateur, c'est lorsqu'on le porte soit sur une surface externe hypertrophiée ou végétante, soit sur les végétations ou les papules des membranes muqueuses internes. Sur les surfaces dénudées, il cautérise en ne produisant qu'une légère cicatrice ; par lui, les ulcères sont toujours plus ou moins profondément modifiés : légèrement appliqué sur les surfaces fongueuses, il provoque une hémorrhagie peu abondante qui en favorise le dégorgement ; maintenu en contact plus longtemps, il forme une eschare noirâtre sous laquelle les tissus se contractent et perdent leur mollesse et ce que leur perméabilité a de morbide et d'exagéré.

La thérapeutique des maladies syphilitiques, malgré ses

incontestables richesses, n'est cependant pas encore arrivée à un degré de perfection et de certitude tel qu'on puisse dédaigner de semblables résultats.

D'un autre côté, le nitrate d'argent n'est pas le seul agent caustique qu'il soit utile d'opposer aux produits extérieurs de la syphilis. Le docteur Malapert a démontré qu'on se trouvait souvent bien de recourir au deuto-chlorure de mercure contre les accidents syphilitiques externes, qu'ils soient primitifs ou consécutifs. Le cyanure et le nitrate acide de mercure sont encore des agents précieux, d'une grande énergie il est vrai, mais qui, maniés par une main prudente et exercée, rendent dans bien des cas de signalés services; enfin, les heureux effets obtenus par notre confrère et ami M. le docteur Huguier, en traitant les tubercules muqueux (pustules muqueuses) par des applications répétées de vinaigre verdet, ne rentrent-ils pas dans le sujet qui fait l'objet de ce travail, et dont il nous paraîtrait superflu de pousser plus loin l'examen et l'étude.

Si les considérations qui viennent d'être exposées nous démontrent qu'il serait illogique de contester à la cautérisation son utilité pratique comme moyen de traitement externe des maladies de la peau, elles nous apprennent également qu'on ne pourrait sans danger en faire l'application à tous les cas donnés, et qu'il importe d'autant plus d'en régulariser l'action qu'on doit recourir à un agent plus actif et plus pénétrant. Il me semble facile de formuler, à cet égard, un petit nombre de propositions bien nettes, et dont il ne serait pas, je crois, prudent de s'écarter. Ainsi : 1o on doit tenir compte, dans toute cautérisation, du siége pathologique de la dermatose.

En effet, les régions dont la peau est fine, abondam men

pourvue de vaisseaux sanguins et de filets nerveux, demandent à être traitées avec ménagement; pour elles, doivent être réservés les caustiques les plus doux, ceux qui fournissent les eschares les plus minces et provoquent les réactions les moins violentes : l'azotate d'argent procure une grande partie de ces avantages, et le visage est peut-être, de toutes les régions cutanées, celle qui les réclame le plus.

2° On ne doit traiter par la cautérisation, avec la pensée de les guérir par cet unique procédé, que les affections cutanées (aiguës ou chroniques), dépourvues de tout caractère dépurateur, qui ne sont liés à aucun état diathésique, et qu'on doit, par conséquent, envisager comme autant de foyers morbides isolés et accidentels.

Cette proposition résulte évidemment de l'exposé des faits qui précèdent : il ne serait, en effet, pas plus logique de prétendre guérir la variole ou la syphilis, en cautérisant dans la première quelques pustules, et, dans la seconde, l'un ou l'autre des symptômes cutanés qui mettent sa présence hors de doute, que de nier qu'il soit facile d'enrayer dans leur marche à l'aide des seuls caustiques, et même de faire entièrement disparaître, soit la pustule maligne, soit le furoncle, soit certains herpes, etc.

3° La cautérisation, lors même qu'il ne serait pas démontré qu'elle suffit à la guérison d'un assez grand nombre de dermatoses, n'en devrait pas moins être conservée dans la thérapeutique des maladies de la peau, en raison des services journaliers qu'elle rend au praticien, lorsqu'il s'agit, soit d'activer une inflammation languissante ou de raviver des tissus mous et sans réaction, soit de réprimer des exubé-

rances, soit enfin de rappeler à l'état normal une innervation en désordre.

4° Chaque caustique exerçant sur nos tissus, sains ou altérés, une action qui diffère par son intensité son mode d'influence et la réaction qu'elle entraîne, il importe de ne pas les confondre dans une commune prescription.

5° Le mode de cautérisation doit varier nécessairement en raison du but qu'on se propose : s'il s'agit de l'employer comme adjuvant d'une médication, son application sera le plus souvent superficielle et bornée à quelques points du tissu malade; si, au contraire, ce procédé constitue tout le traitement, l'action du caustique devra s'étendre à toute la partie affectée et souvent même en dépasser un peu les limites.

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

ANALYSES D'OUVRAGES.

Des hallucinations ou histoire raisonnée des apparitions, des visions, des songes, de l'extase, du magnétisme et du somnambulisme. Par A. BRIERE DE BOISMONT, docteur en médecine de la Faculté de Paris, directeur d'un établissement d'aliénés, Chevalier des ordres de la Légion-d'Honneur et du Mérite militaire de Pologne, Lauréat de l'Institut et de l'Académie royale de Médecine, etc., 1 fort vol. in-8° Paris, 1845. Chez Germer Baillière, libraire-éditeur, rue de l'Ecole de médecine, n° 17.

« Voir ce qu'aucun œil ne contemple, entendre ce qu'aucune oreille ne perçoit, être convaincu de la réalité

de sensations qui ne trouvent que des incrédules, n'y a-t-il pas là matière à des recherches pleines d'intérêt?»

Il n'existe pas en effet dans la psychologie, science si remplie de grands mystères, de sujet plus digne de fixer l'attention. Si le témoignage des sens a pu être considéré par quelques philosophes comme un criterium de la vérité, ne devient-il pas curieux autant qu'instructif de rechercher les conditions au milieu desquelles se produit le délire de ces sens? N'est-il pas utile de rechercher le mode d'existence et les lois de développement de cette sensation à la fois réelle et illusoire? réelle, car elle est perçue et appréciée d'une manière nette et positive par le malade; illusoire, car elle n'existe pas en réalité, ou du moins, elle n'existe pas pour l'observateur dans les conditions ordinaires de la sensation. Je vais essayer de faire connaître l'opinion de M. Brière de Boismont sur ces phénomènes vraiment extraordinaires, et pourtant communs dans l'aliénation mentale.

Et d'abord, une question préliminaire se présente naturellement ici : qu'est-ce qu'une hallucination? « Pour nous, dit l'auteur, nous fondant sur la symptomatologie des hallucinations et des illusions, nous définirons l'hallucination, la *perception des signes sensibles de l'idée* ; et l'illusion l'appréciation fausse de sensations réelles, p. 22. Cette définition n'est pas exacte, puisqu'elle s'applique à la sensation physiologique et normale ; or, ce n'est pas ce que l'auteur a voulu soutenir. La perception du signe sensible de l'idée ne suffit pas pour constituer l'hallucination; car tous, tant que nous sommes, nous percevons ce signe, et cependant nous ne sommes pas hallucinés. Nous différons des hallucinés sous ce rapport, que nous percevons un signe réel,

tandis qu'ils ne perçoivent rien, et c'est précisément ce qui constitue le délire de leur sens. Si donc on tient à conserver dans la définition le mot de perception, il faut nécessairement lui adjoindre une épithète, et dire par exemple, « perception fausse, ou mieux encore, perception *illusoire*. Sans cette modification le vague et l'incertitude règnent dans la question, et il est impossible de s'entendre. Au surplus, je ferai remarquer que tous les auteurs français font consister essentiellement l'hallucination dans la non-existence des objets perçus.

M. Brière de Boismont partage les hallucinations en dix sections. La *première* est consacrée aux hallucinations compatibles avec la raison : la *seconde* comprend les hallucinations marquées du sceau de l'aliénation. Dans la *troisième* section sont réunies les hallucinations qui se compliquent d'une autre erreur des sens à laquelle on donne le nom d'illusion. La *quatrième* section renferme celles qu'on observe dans la monomanie et les autres variétés de l'aliénation mentale. Les hallucinations qui se manifestent dans le delirium tremens, l'ivresse, après l'ingestion des substances narcotiques vénéneuses font le sujet de la *cinquième* section. Dans la *sixième* section sont comprises les hallucinations qui compliquent assez fréquemment la catalepsie, l'épilepsie, l'hystérie, l'hypochondrie, etc. Les hallucinations du cauchemar et des rêves constituent la *septième* section. Les hallucinations, qui sont un des caractères distinctifs de l'extase sont rangées dans la *huitième* section. La *neuvième* comprend les hallucinations qui compliquent assez souvent les maladies fébriles, inflammatoires aiguës, chroniques et autres.

Enfin dans la dernière section se trouvent réunies les hallucinations et les illusions épidémiques.

Cette division est à peu près celle qui a servi de plan général à l'ouvrage. Après avoir étudié ainsi l'hallucination dans plusieurs combinaisons pathologiques, M. de Boismont passe en revue les causes, la symptomatologie, l'anatomie pathologique, la marche, la durée, le diagnostic, le pronostic et le traitement. Deux chapitres spéciaux sont consacrés, l'un, à l'étude psychologique de l'hallucination, l'autre, à l'hallucination considérée sous le rapport médico-légal. Chacun de ces chapitres présente un développement complet, c'est-à-dire que l'auteur, mettant en œuvre les matériaux fournis par la science ainsi que ceux qui lui sont propres, a étudié le sujet sous tous les points de vue, et l'a complétement approfondi. La longue habitude des faits d'aliénation mentale, la sagacité particulière qu'on connaît à l'auteur, sa science, sa finesse d'observation, son esprit délié, son expérience, sont pour le lecteur une garantie suffisante. Un travail de cette nature ne pouvait sortir ébauché des mains d'un écrivain placé dans les conditions de M. Brière de Boismont; je ne m'arrêterai donc pas à une analyse sèche et aride des divers chapitres de l'ouvrage, je préfère envisager la question d'un autre point de vue, et signaler à l'attention les doctrines professées par l'auteur.

M. Brière de Boismont en entreprenant son ouvrage est parti de cette idée qu'il devait le rendre complet; or, voici ce qu'il entend par là: « Destiné, dit-il, à faire connaître un des phénomènes les plus curieux de la psychologie humaine qu'on retrouve mentionné dans un grand nombre d'auteurs *sacrés* et *profanes*, ce travail ne pouvait, à notre avis, se com-

poser uniquement de séries d'observations de médecine».. « Les dogmes religieux, la philosophie, l'histoire, la morale, sont intimement liées à l'étude de l'hallucination. » Préf. p. IV. Ainsi, on peut voir par cette citation que l'auteur n'a pas voulu faire un livre exclusivement médical, et qu'il a la prétention avouée de mêler à des observations de médecine pure des faits marqués du sceau de la religion. Cette idée est-elle bonne? on peut en douter. Du reste, le doute que j'exprime en ce moment se justifiera par les conséquences auxquelles l'auteur a été conduit.

Deux ordres de faits dirigent l'humanité : les uns, résultat de l'observation directe, appartiennent tout entiers à l'humanité; car c'est elle qui les a recueillis, pesés, examinés et jugés; c'est elle, avec ses seules ressources, qui en a acquis la possession véritable; elle les a passés au creuset de son expérience propre; puis, après l'épreuve, elle leur a assigné une place dans la série des connaissances : la science humaine se compose toute entière de faits de cette nature. Le second ordre de faits dont je viens de parler se distingue du premier par des caractères contraires; ainsi, ils sont transmis et acceptés par la foi, sans étude et sans examen préalable; ils sont acceptés sans avoir subi les épreuves de l'observation commune, ni celles de l'induction; ils sont acceptés, en un mot, non parce qu'on les comprend ou qu'on les explique, mais parce qu'on y croit. Or, il se trouve précisément dans l'histoire sacrée et dans l'histoire profane des observations, qui, du point de vue de la symptomatologie, sont parfaitement identiques.

Cette similitude semble donc autoriser le rapprochement tenté par M. Brière de Boismont; mais son embarras a dû

être grand quand il a fallu concilier ces extrêmes et se prononcer. Poussé par le besoin de tout confondre dans une seule étude, et par le désir avoué de faire un tableau *complet*, il doit y avoir eu un combat dans son âme entre le savant qui pèse et juge et le chrétien soumis et respectueux qui accepte l'autorité de l'Église; lequel des deux devait l'emporter? On le devine : on peut capituler avec la science, on peut en récuser l'autorité « Les systèmes scientifiques peuvent changer » p. V; mais l'homme de cœur et de conviction ne capitule pas avec sa croyance et sa foi : « Si toutes les hallucinations devaient être rangées parmi « les produits d'une imagination en délire, les livres saints « ne seraient plus qu'une erreur; le christianisme, ce puis- « sant mobile de perfectionnement social et individuel, « une erreur; les croyances de nos pères, les nôtres, celles « de nos enfants, des erreurs » Préf., p. IV. De là, donc, la nécessité de faire fléchir la science devant la foi, le savant devant le catholique : hérésie! hérésie scientifique substituée à une hérésie religieuse. S'il avait *fallu* choisir, j'aurais compris la détermination de l'auteur; mais cette nécessité existait-elle réellement? le problème ne pouvait-il pas être posé en d'autres termes, et la question amenée sur un autre terrain?

J'insiste sur ce point; car il n'y avait, ce me semble, nulle nécessité de se jeter dans une position fausse qui menât fatalement à la négation des droits de la science ou de ceux de la foi. Pourquoi vouloir associer des choses aussi disparates? A chacun son œuvre, à chacun ses droits; à la science le franc arbitre, à la religion l'autorité. C'est vouloir forcer les analogies que de mettre sur la même ligne les produits de la science et les données religieuses.

Je n'avais donc peut-être pas entièrement tort en blâmant la méthode suivie par l'auteur et les conséquences auxquelles il a été conduit. Je vais développer ma pensée.

La similitude entre les hallucinations profanes et les hallucinations sacrées étant une fois admise, il fallait reconnaître ou que les saints hallucinés étaient fous, ou que les fous hallucinés étaient saints. L'auteur a échappé au dilemme en disant que « Dans un grand nombre de cas l'hallucination n'a rien d'extraordinaire, qu'on peut la considérer comme un phénomène *presque* normal, qu'elle est compatible avec la raison, et qu'il est dès lors facile de concevoir comment tant d'hommes célèbres ont pu être hallucinés sous des influences données sans avoir été, pour cela, frappés d'aliénation. » P. 415. Quelle est la valeur de cette argumentation?

Les hallucinations sont compatibles avec la raison. Cette assertion nous donne la clef de l'opinion de M. Brière de Boismont; mais cette assertion est-elle exacte? et surtout la conséquence qu'il en a tirée est-elle juste? C'est ce que nous allons examiner.

Il est certain que les hallucinés peuvent jouir de toute l'intégrité de leur raison; c'est le cas de tous les monomaniaques dont le délire se borne à un seul objet. Mais peut-on être halluciné et ne pas être fou, c'est là une question bien différente. M. Brière de Boismont, si habile dans l'étude de l'aliénation mentale, sait aussi bien que personne que certains fous délirent dans leurs actes, sans délirer dans leurs paroles, ce qui ne les empêche pas d'être fous.

Or, si certains hallucinés ne délirent pas dans leur parole, ne délirent-ils pas dans leurs sensations? Eh quoi! un homme voit ce que personne ne voit, il entend ce que

personne n'entend, il sent des odeurs suaves ou fétides que personne ne sent, il touche des corps que personne ne peut toucher; il palpe, il sent, il voit, il goûte, il entend des choses qui n'existent pas, et cet homme ne serait pas fou? Mais alors nous sommes donc le jouet d'illusions incompréhensibles, et il nous est impossible de savoir si nous sommes ou non aliénés. Si l'halluciné peut éprouver des sensations réelles sans qu'aucun objet extérieur ne les provoque; si la sensation peut se produire presque normalement, sans objet à percevoir, il faut refaire complétement l'histoire phrénologique de la sensation, et aller demander à d'autres sources les idées qui nous sont fournies par les sens. Car comment s'entendre si l'on admet que les sensations peuvent se produire *avec* ou *sans* objet à percevoir? C'est cependant là une des conséquences forcées du système ou plutôt de l'opinion que je combats.

Je ne prétends pas que l'impression de l'objet extérieur soit le point culminant de la sensation, et qu'elle tire de ce fait son caractère proprement dit; ce serait sinon tomber dans le matérialisme, au moins y toucher de très-près. « La sensation, dit M. Lélut, prise en elle seule dans tout ce qu'elle a de plus grossier, de plus extérieur, en un mot de plus distinct de la perception, est, de l'aveu de Descartes, un fait tout aussi intellectuel que l'est le fait de conscience lui-même, différent de ce dernier, sans doute, et de tous les autres faits de la pensée, mais en même temps aussi différent qu'eux du fait purement organique. Entre les faits de cette dernière espèce et la sensation, il y a un hiatus tout aussi infranchissable que l'est celui qui les sépare des manifestations intellectuelles. » Lélut. *Rejet de l'organologie phrénologique de Gall et de ses successeurs*, p. 370.

— J'accepte tout à fait cette opinion de M. le docteur Lélut ; cependant on ne peut pas se dissimuler que la sensation est le phénomène de l'intelligence qui sert le mieux de transition, s'il était permis de s'exprimer ainsi entre les fonctions organiques et les fonctions de l'entendement pur; c'est celle qui, parmi les facultés cérébrales, se trouve la plus rapprochée des autres fonctions physiologiques, en ce sens qu'elle ne peut s'exercer que par un intermédiaire *nécessaire*, à savoir : le corps étranger existant. Cela est tellement vrai que plusieurs personnes regardent encore les mots *matérialistes* et *sensualistes* comme synonymes. Quoique attachée par son essence et sa nature intime à ce que l'homme a de plus spirituel, la sensation touche également au côté matériel de son existence, puisqu'elle ne peut jamais, dans les conditions ordinaires de la vie, se produire seule. La mémoire peut bien, il est vrai, rappeler les sensations anciennes, et ce tableau du passé peut se présenter avec des couleurs vives et tranchées ; mais il est impossible d'assimiler cette opération de l'esprit à la sensation proprement dite. Or, je crois que l'auteur a commis cette erreur dans diverses circonstances. Je conclus donc, et je dis qu'il est impossible de regarder comme sain d'esprit le malade qui voit ou entend un objet qui n'existe pas.

M. Brière de Boismont ne pouvait admettre une similitude parfaite entre les hallucinations des aliénés et celles de divers personnages historiques, saints ou autres : il ne pouvait pas admettre cette similitude, même en refusant à l'hallucination le caractère véritable de la folie. Cependant, en envisageant cette question du point de vue du symptôme, il est impossible de trouver de différence appréciable entre l'hallucination d'un maniaque de Charenton

et de Bicêtre et l'hallucination de Brutus, ou de Socrate, ou celle des Moines d'Argenteuil, qui virent la lune descendre du ciel sur la terre, ou celles de Numa, de Pythagore, de Cardan, de Luther et de tant d'autres que je pourrais citer. Comment l'auteur échappe-t-il à cette difficulté? Mettant de côté l'observation directe, il fait une théorie particulière; il recherche non plus dans l'hallucination elle-même, mais en dehors d'elle, les caractères qui la distinguent. « Nulle comparaison sérieuse, dit-il, à établir entre les hallucinations de ces hommes fameux et celle des hallucinés de nos jours. Là, des entreprises conçues, suivies, exécutées avec toute la force du raisonnement, l'enchaînement des faits, la puissance du génie: ici, des projets sans suite, sans but, sans actualité, et toujours frappés au coin de la folie! » Préf., p. VI. Ainsi, c'est d'après le but de l'halluciné que l'auteur juge de la nature de sa maladie. Le but est-il grand et noble? l'halluciné n'est pas fou; le but est-il personnel, égoïste et misérable? l'halluciné est fou. De telle sorte qu'on peut, avec les mêmes symptômes, être ou n'être pas aliéné. C'est là une singularité assez étrange; mais on va voir dans quelles difficultés inextricables l'auteur va infailliblement tomber.

Puisque le but caractérise le fait, puisque la fin sanctifie le moyen, où l'auteur ira-t-il chercher son criterium, en un mot, où prendra-t-il la base de son jugement? Ceci n'est pas difficile à trouver. Catholique, il s'appuie sur le catholicisme; catholique, il repousse tout ce qui est contraire au catholicisme. De là, une vérité relative, puisque tous les sectateurs des autres religions admettent un autre criterium. Mais avant d'entrer dans la déduction de ce système, disons quelques mots de la manière de voir de l'auteur sur la génération et la succession des idées fausses.

« Il est admis, en principe, que l'homme sortit pur, mais libre, des mains du Créateur. Si la vérité avait toujours été son guide, il n'eût eu que des connaissances précises, utiles, indispensables; mais il lui arriva ce que produit l'action du temps. Pouvant choisir, entraîné par les passions, il oublia son origine et son but, et perdit ainsi la connaissance de Dieu et de lui-même.

« Le point de départ et le but ne se présentant plus que d'une manière confuse à son esprit, l'imagination qui avait rompu les liens qui l'unissaient à la raison, le précipita dans un monde de fables, de croyances absurdes, d'illusions singulières, de rêves bizarres...

« *L'origine première* des hallucinations doit donc être cherchée dans l'oubli des deux grandes lois qui régissent l'homme : *La connaissance de Dieu et de soi-même*, d'où découlent le sentiment de l'inconnu, le besoin de croire, l'amour du merveilleux, l'ardeur de connaître, la soif des émotions. » P. 413 et 414.

Ces paroles me semblent claires pour tout le monde. Voilà donc l'hallucination rattachée à l'oubli d'un principe moral. Soit. Elle est rattachée à l'oubli du principe catholique. Soit. Ici s'ouvre un large champ à la discussion. Pour les hommes placés au point de vue de M. Brière de Boismont, toute difficulté apparente disparaît; mais pour ceux qui appartiennent à une opinion contraire, quelle valeur cette opinion a-t-elle? Les Mahométans, par exemple, peuvent-ils avoir des hallucinations sans être aliénés? Oui, répond l'auteur; si les hallucinations appartiennent au siècle dans lequel ils vivent, si leurs actes sont marqués au coin de la plus haute sagesse. Non, dirai-je à mon tour, car ils ont perdu « la connaissance de Dieu et d'eux-mêmes. » — Prenons un autre exemple. Luther était-il fou, parce

qu'en 1521 il eut des conférences avec le diable? Luther, l'ennemi le plus grand et le plus dangereux du principe chrétien, Luther, qui, dans de vastes contrées, et parmi des peuples qui prétendaient au sceptre de l'intelligence, fit prédominer la doctrine du libre examen sur celle de l'autorité, Luther, en un mot, qui fut l'adversaire le plus acharné du catholicisme, possédait-il sa raison? Partant du principe posé ci-dessus, et *conséquent* avec lui-même. M. Brière répond : « Le père de la réforme, celui dont le nom est encore prononcé aujourd'hui avec vénération par des millions d'hommes, doit être *impitoyablement rangé parmi les fous*, car il a eu une entrevue avec le diable. » p. 424.

L'objection peut être retournée contre son auteur : le mahométisme, le protestantisme, le rationalisme croient avoir des droits, je ne dirai pas égaux, mais supérieurs à ceux du catholicisme, pour juger de la vérité; et par conséquent ils se croient autorisés à dire qu'Ignace de Loyola, que M. Brière de Boismont soutient avec tant de chaleur et de zèle (pag. 419 et suiv.), que Pierre l'Hermite, saint Louis, Jeanne d'Arc, étaient de véritables aliénés, car ils n'avaient pas une bonne « connaissance de Dieu et d'eux-mêmes. » Et véritablement, nous qui ne sommes ni mahométans, ni protestants, ni rationalistes, nous pensons que l'épreuve de la science passerait difficilement sur ces grandes et nobles figures sans nous faire distinguer à travers de magnifiques clartés quelques nuages du domaine de la pathologie (1). Ceci soit dit en passant et sans altérer en rien

(1) Nous déclarons en toute sincérité que nous ne saurions comprendre les raisonnements que fait ici notre honorable collaborateur. Qu'importe, en effet, que le *mahométisme*, le *protestantisme* et le *rationalisme* considèrent les visions de nos saints comme des faits d'hal-

le respect et même la vénération que nous professons pour ces illustres personnages.

Voilà donc la vérité religieuse que chaque secte et chaque religion croit posséder intacte, la voilà, dis-je, jetée en pâture à la discussion, et par conséquent subordonnée aux opinions humaines; car toutes les religions ne peuvent pas posséder la tradition divine. Cette vérité n'a donc plus rien d'absolu, c'est dire, en d'autres termes, qu'elle n'est plus la vérité.

Si nous changeons de terrain, et descendons à la politique, les opinions ne se comptent plus tant elles sont nombreuses : c'est le cas de rappeler l'adage latin, *tot capita tot sensus*. Si Jeanne d'Arc est louée par les Français, elle a été livrée au bûcher par les Anglais; si les Croisés ont été glorifiés en Occident, ils ont été maudits en Orient, et considérés comme des conquérants rapaces dont le passage était justement redouté, même par leur armée. Or, le même fait est diversement jugé, selon qu'il est apprécié par telle ou telle nation, selon qu'il est examiné dans tel ou tel pays. M. Brière de Boismont dit que « les hallucinations de beaucoup d'hommes célèbres appartiennent à

---

lucination ? La question, ramenée à ses véritables termes, nous semble très-facile à résoudre par le dilemme suivant : Vous êtes catholique ou vous ne l'êtes pas:—Si vous n'êtes pas catholique, appréciez comme bon vous semblera les faits de la vie des saints; adoptez à votre choix l'opinion du mahométisme, du protestantisme ou du rationalisme : on pourra vous contredire sans doute, mais non pas vous taxer d'inconséquence.—Si vous êtes catholique, vous reconnaissez nécessairement l'autorité de l'église catholique, et dès-lors vous avez un *criterium* infaillible qui vous affranchit de toute incertitude. Catholique, il faut bien que vous acceptiez comme surnaturels et divins les faits que l'église catholique a jugés surnaturels et divins; il faut bien enfin que vous reconnaissiez avec nous que les faits divins ne sont pas du domaine de la pathologie, et que les visions des saints ne sont pas des hallucinations.

CAYOL.

leur siècle et non à l'individu.... Les hallucinations de ces personnages ne peuvent être comparées avec celles des fous ; ils étaient les représentants d'une époque, d'un besoin, d'une idée ; il fallait qu'ils fissent ce qu'ils ont fait ; leur mission était providentielle. » P. 445. En admettant même l'opinion de l'auteur, opinion qui n'a rien de déraisonnable, la question reste tout aussi indécise ; car il ne s'agit plus de savoir pourquoi ces hommes célèbres étaient hallucinés, mais bien si, avec leur hallucination, ils jouissaient d'une pleine et et entière raison, et surtout si leur hallucination pouvait, abstraction faite des circonstances concomitantes, n'être pas considérée comme résultat du délire; c'est ce que je conteste. Au surplus, mon opinion n'attaque en rien ni l'existence, ni même la possibilité de la hauteur de vue, de la sagesse, de l'esprit infini, du jugement admirable que ces hommes ont pu mettre au service de l'amour de leurs semblables.

Je me résume donc en disant :

1° Que l'hallucination constitue en elle-même un trait de folie palpable ;

2° Que l'hallucination est compatible, avec la faculté de raisonner, avec la lucidité de l'intelligence, mais qu'elle n'en constitue pas moins un délire véritable, le délire des sens;

3° Qu'il faut, pour éviter toute équivoque, séparer les hallucinations des livres saints de celles des ouvrages de médecine; car si nous devons croire aux unes, à celles qui, d'après l'auteur, « doivent être rapportées à l'intervention divine, » p. 442, nous avons le droit de juger les autres.

Je me suis étendu longuement sur la doctrine soutenue par M. Brière de Boismont. La position qu'il occupe dans la science, la haute portée de son livre, m'en faisaient un

devoir : j'ai pensé d'une part qu'il fallait d'autant moins accueillir cette doctrine, qu'elle devait avoir des suites plus fâcheuses appuyée comme elle l'est d'un grand talent. D'une autre part, je me suis cru autorisé à cette opposition par la bonne foi même de l'auteur, qui a noblement fait appel à la critique des honnêtes gens. Ce devoir accompli, il reste à apprécier le livre du point de vue exclusivement médical. Ce que j'en ai déjà dit précédemment suffira j'espère pour faire juger cette œuvre ; je me contenterai donc de dire que ce travail, dégagé des faits religieux, ainsi que des doctrines qui s'y rattachent, faits, à mon avis, entièrement étrangers au sujet, est aussi complet que le comportent les données actuelles de la science, une immense érudition et un talent réel ayant servi à la mise en œuvre des documents nombreux dont est pourvue l'histoire des hallucinations. J. BOURDIN.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE DE PARIS.

Incertitude des fonctions attribuées au cervelet. — Ecoulement d'un liquide aqueux par l'oreille, considéré comme signe des fractures du rocher.— Procédé pour reconnaître l'acide sulfurique dans le vinaigre.

Gazette Médicale.

(Juillet 1845).

Quelques considérations sur l'incertitude des fonctions attribuées au cervelet, et sur l'absence de symptômes ou signes propres à faire reconnaître, pendant la vie, les divers états maladifs de cet organe; par A. TOULMOUCHE, docteur-médecin, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, professeur de pathologie externe à l'école préparatoire de médecine à Rennes.

Voici les conclusions de ce mémoire.

1° Les fonctions du cervelet sont encore ignorées, les résultats des vivisections, ceux de ses divers états pathologiques étant trop contradictoires pour qu'on puisse en démontrer la nature.

2° Celles de présider à l'acte générateur, qu'une classe de physiologistes lui attribue, sont hypothétiques : les faits invoqués ou cités en faveur étant de beaucoup surpassés par d'autres tout à fait contraires.

3° La fonction de présider à la régularisation ou équilibration du mouvement de la progression, attribuée par une autre classe de médecins, est tout aussi contestable; le chiffre des observations de lésions de cet organe infirmant cette opinion et l'emportant des deux tiers sur ceux qui lui sont favorables.

4° Les signes propres à différencier les maladies du cervelet de celles du cerveau ne sont pas assez positifs pour qu'on puisse arriver à un diagnostic sûr, et il est à craindre qu'à cet égard les limites de l'art ne soient à peu près atteintes ou difficilement reculées ; car les symptômes suivants qui semblent le plus fréquemment observés sont encore bien vagues et bien insuffisants. Ce sont une céphalalgie à la partie postérieure de la tête ; un affaiblissement dans les contractions des muscles du bras et de la jambe d'un côté, suivi plus tard de paralysie, une diminution dans la sensibilité de la peau, des congestions fréquentes, une altération de la vue augmentant jusqu'à la cécité, l'intégrité des facultés intellectuelles, quand il n'y a pas de maladie concomitante du cerveau, de la tristesse ou des pressentiments sinistres, etc., etc.

5° Les seules affections morbides du cervelet relatées jusqu'ici semblent bornées à sa phlegmasie ou à celle de ses membranes, à son ramollissement, à son apoplexie et au développement des tumeurs, soit stéatomateuses,

soit squirrheuses ou encéphaloïdes, soit enfin tuberculeuses dans sa substance. Il reste à trouver les signes caractéristiques de chacune de ces lésions.

6° On parviendrait tout au plus à en découvrir de propres à indiquer l'état phlegmasique, l'hémorrhagie et la compression par une tumeur, sans en pouvoir préjuger la nature; encore faudrait-il qu'il n'y eût pas coexistence d'une maladie du cerveau, ce qui est rare, ces deux organes faisant partie d'un tout ou appareil unitaire dit cérébro-spinal, dont ils sont solidaires, en sorte que les lésions de l'un ne tardent pas à provoquer celles de l'autre. A. F.

Archives générales de Médecine.
(Août 1845).

Mémoire sur l'écoulement d'un liquide aqueux par l'oreille, considéré comme signe des fractures du crâne et en particulier du rocher; par M. Laugier.—L'auteur de ce mémoire revient sur un signe déjà indiqué par lui (1834) comme propre à déterminer, entre les fractures du crâne, celles qui affectent le rocher. Ce signe, c'est l'écoulement par le conduit auditif externe, et en plus ou moins grande abondance, d'un liquide ayant les apparences de la sérosité du sang. Il ne s'agissait plus pour M. Laugier de prouver le fait, qui est aujourd'hui constaté par un nombre considérable d'autopsies, mais d'en poursuivre l'appréciation, en démontrant son origine. L'explication que l'auteur établit et reproduit en face de chacun des cas dont il donne l'analyse est celle-ci : le liquide qui s'écoule par l'oreille, quand il y a fracture du rocher, n'est autre que la sérosité du sang épanché et contenu dans la cavité du crâne entre la dure-mère et les os. Les mouvements du cerveau expriment peu à peu la sérosité du caillot, et celui-ci est réduit, en quel-

ques jours, en un mince feuillet. Deux autres hypothèses se présentaient : l'une considérait la sérosité en question comme étant le liquide céphalo-rachidien ; l'autre comme venant du vestibule. Si peu d'accord qu'elles soient avec les faits, ces deux manières de voir ont été soutenues, l'une par M. Bodinier et l'autre par M. Robert. Des faits directement négatifs s'opposent, dit M. Laugier, à ces théories ; ainsi dans les cas qu'il cite les méninges ont été trouvées intactes. On sait, d'ailleurs, que les fractures avec sortie du cerveau et rupture de ses enveloppes ne sont pas accompagnées d'un écoulement abondant. Le même observateur a vu la fracture du labyrinthe exister sans donner lieu à la sortie d'un liquide d'abord sanguinolent et ensuite séreux. Nous ne suivrons pas l'auteur dans tous les détails de sa polémique, et nous nous bornerons à résumer rapidement les preuves de sa proposition principale. Aux trois observations tirées de son propre service il ajoute d'autres observations empruntés à MM. Diday de Lyon, Nélaton, Robert, et autres. Dans tous ces faits, aux troubles bien connus qui accompagnent, dans des proportions variables d'intensité, les lésions par contusion ou commotion de l'encéphale avec fracture du crâne, est venu s'adjoindre, du côté lésé, l'apparition d'un liquide qui passait, par degrés, de l'état de sang à l'état de sérum. L'autopsie faisait voir la membrane du tympan détruite, un caillot intérieur servant comme de source au liquide qui sortait, et le rocher fendu, mais sans déplacement. L'expérimentation a confirmé l'observation : de l'eau et du sang versés tour à tour ont suivi le trajet assigné à la sortie du liquide morbide pendant la vie. Une fois, ce même liquide a été soumis aux réactifs chimiques et reconnu pour de l'albumine.

L'analogie, enfin, établit la nature du fluide, par une

interprétation aussi simple que naturelle, en le considérant comme identique avec celui qui s'écoule dans les plaies, entre le moment de l'hémorrhagie et celui où le pus est formé. Cette manière de voir est assurément celle qui se présente tout d'abord et qui soutient le mieux la discussion. Répondant à ceux qui prennent pour une objection la différence proportionnelle des matériaux qui constituent le liquide, l'auteur s'élève contre ceux qui prennent pour point de départ la proportion numérique et supposée constante des parties, pour apprécier les faits de la pathologie. «Que devient, dit M. Laugier en terminant, la valeur de ce signe pour l'application du trépan? Il n'est pas à lui seul une indication de cette opération, puisque l'écoulement de la sérosité du caillot diminue la pression de celui-ci sur le cerveau. Aucun des blessés n'a éprouvé d'hémiplégie primitive; mais si elle se montrait consécutivement, et qu'on se déterminât à pratiquer l'opération, il y aurait plus de raison pour faire agir la couronne du trépan au-dessus du conduit auditif externe qu'en tout autre point, et s'il restait quelque incertitude, une incision préalable des parties molles dans cette région du crâne servirait à reconnaître un point déclive de la fracture. »

Z.

Journal de Pharmacie et de Chimie.

Recherches chimiques sur la Cascarille, par A. Duval de Lisieux. — On sait que l'écorce dite *Cascarille*, sur l'origine de laquelle les auteurs ont longtemps différé et qui paraît provenir surtout du *Croton Cascarilla*, fut vantée par les uns comme succédané du quinquina, rejetée par d'autres, notamment par Cullen,

comme sans efficacité. M. Duval a rencontré dans la cascarille officinale, entre autres principes, une matière amère cristallisable, peu soluble dans l'eau, soluble dans l'alcool et dans l'éther, soluble aussi dans les acides sulfurique, nitrique, et chlorhydrique qu'elle colore en rouge, vert et violet. Cette substance n'est point azotée. M. Duval propose de la classer parmi les substances analogues sous le nom de Cascarilline.

Procédé simple pour reconnaître la présence de l'acide sulfurique libre dans le vinaigre, par M. Rud Bottger.—Tous les vinaigres sont indifférents à l'action d'une solution concentrée de chlorure de calcium ; mais quand la fraude a mêlé à un vinaigre quelconque une certaine dose d'acide sulfurique, ne fût-ce qu'un millième en poids, en ajoutant au vinaigre frelaté gros comme une noisette de chlorure de chaux cristallisé, chauffant à l'ébullition et laissant refroidir, on obtient quand le refroidissement est complet, et même avant, si la proportion d'acide sulfurique est plus grande, un précipité abondant de sulfate de chaux.

A. L. P.

MOUVEMENT DE LA PRESSE MÉDICALE DES DÉPARTEMENTS.

Hydrochlorate de morphine contre les névralgies frontales. — Théorie de l'antagonisme pathogénique. — Influence des lieux marécageux sur la phthisie et la fièvre typhoïde. — Inefficacité et danger des injections de nitrate d'argent dans la blennorrhagie.

Journal de médecine de Lyon.

Mémoire sur un mode nouveau d'employer l'hydrochlorate de morphine dans les odontalgies, les névral-

gies frontales, etc.; par M. Ebrard, médecin de l'hospice de Bourg. — Ce moyen d'appliquer l'hydrochlorate de morphine consiste à l'employer en frictions sur la gencive du côté malade. C'est pour remplacer la méthode endermique, quelquefois infidèle et toujours fort désagréable quand on agit sur la face, que M. Ebrard propose ce mode d'application qu'il a presque toujours vu couronné d'un prompt succès. C'est à la dose de 0 gr., 0, 13 (1|4 de grain) qu'il donne la morphine la première fois; on frictionne la gencive avec le sel pris sur la pulpe du doigt ; puis on attend dix minutes sans cracher ni avaler sa salive, ce qui peut être difficile pour beaucoup de personnes. Si la première friction n'amène pas de soulagement, on en fait une autre deux heures après. Le lendemain, s'il n'y a pas de mieux et pas de narcotisme, on emploie en deux fois à deux heures d'intervalle 0 gr., 0 37 (2 tiers de grain) de sel. On doit s'arrêter là, quel que soit le résultat, et n'agir plus qu'en diminuant la dose.

On trouve un peu plus loin, dans le même numéro de mai 1845, un rapport de M. Nepple à la Société de Médecine de Lyon, sur un travail de M. Brunache, qui a réuni les arguments et les faits présentés par les auteurs de tous les temps, en faveur de la théorie de l'antagonisme émise par M. Boudin. Nous ne pouvons entrer dans le détail des citations faites par M. Brunache, dont le travail nous semble un plaidoyer aussi puissant que possible en faveur des idées de M. Boudin.

Journal de Médecine de Bordeaux.

En regard avec le travail de M. Brunache, dont parle le journal de Lyon, il convient de placer un *Mémoire*

sur l'influence des lieux marécageux sur le développement de la phthisie et de la fièvre typhoïde à Rochefort, par M. Lefèvre, médecin professeur à l'école de médecine navale de ce port. D'abord favorablement disposé envers la théorie de M. Boudin, M. Lefèvre a été amené à des conclusions tout-à-fait contraires, en ce qui concerne Rochefort, par sa propre observation et par les auteurs qui ont écrit antérieurement sur cette localité. Il fait ressortir les causes matérielles d'erreur qui ont pu conduire d'autres statisticiens à des résultats différents des siens ; tels sont des registres de décès faits après coup sur la demande de l'administration et remplis à l'aide des débris d'anciens cahiers lacérés, enfin portant à l'énonciation de la maladie des indications arbitraires. On sait combien de fois, depuis qu'on fait des cahiers d'hôpital et de la statistique, on a dû se défier de pareille cause d'erreur. Quoi qu'il en soit, nous ne saurions trop recommander la lecture du mémoire de M. Lefèvre, dont une première partie seulement est publiée. Quand on a parcouru ce travail et celui de M. Brunache, on est fort embarrassé de se décider sur une question si importante, et nous pensons qu'il est sage de s'abstenir jusqu'à plus ample informé à l'endroit de l'antagonisme des fièvres intermittentes et de la phthisie.

A l'article *Correspondance*, nous trouvons une lettre dans laquelle M. le docteur Issartier s'adressant à M. le docteur Vénot, dit avoir, comme lui, reconnu l'inefficacité et le danger des injections de nitrate d'argent dans la blennorrhagie chronique. Sans partager l'enthousiasme de M. Debeney pour cette méthode, nous croyons devoir présenter quelques objections à M. Issartier. Il n'a fait ses injections qu'à faible dose, 20 à 30 centigr. de sel pour 30 grammes d'eau, et il paraît croire que s'il eût

augmenté la dose de sel, les accidents inflammatoires eussent été plus graves. Nous doutons fort que cette conséquence soit rigoureuse; mais M. Issartier va plus loin, il croit trouver un argument contre les injections caustiques dans l'emploi des collyres caustiques qu'il appelle remède incendiaire, employé seulement dans quelques cas exceptionnels. Il cite une observation d'accidents survenus à la suite de l'emploi d'un collyre au nitrate d'argent; mais à quelle dose? Combien fit-on d'instillations dans les douze premières heures? Nous aussi, nous avons vu en 1834, à l'Hôtel-Dieu, employer le nitrate d'argent en collyre. On était alors fort timide, 5 à 10 centigrammes étaient en général la dose pour 30 grammes d'eau; quelques guérisons lentes, douteuses étaient plus que compensées par des insuccès. Aujourd'hui, nous employons le nitrate d'argent à la dose de 40 à 75 centigrammes pour dix grammes d'eau distillée dans les ophthalmies catarrhales graves, avec ulcération de la cornée, etc.; quand l'ophthalmie est moins grave ou dans certaines circonstances exceptionnelles, nous remplaçons le sel d'argent par l'acétate de plomb cristallisé dont l'emploi est beaucoup moins douloureux. Dans l'un et l'autre cas, dix à douze instillations d'une goutte chaque doivent être faites dans les douze premières heures, quatre le jour suivant. Nous avons depuis deux ans fait usage au moins 40 fois de ce moyen, nous n'avons pas vu survenir un seul accident ni une exacerbation du mal qui a toujours cédé en 36 heures à 3 jours, quelquefois même en 24 heures.

Cette méthode ne nous appartient pas, elle est très-connue, très-répandue dans les hôpitaux et la pratique civile; mais comme elle inspire encore de l'effroi à quelques praticiens, nous croyons devoir lui apporter notre

tribut d'éloges, en signalant toutefois le danger des demi-moyens et des faibles doses. Qu'on emploie dix ou cinquante centigrammes, la douleur est la même, l'effet caustique et réactionnaire sur la muqueuse est tout autre. Quand nous entendons parler de collyres à dix centigrammes, il nous semble voir un chirurgien qui, craignant de faire trop souffrir avec un cautère rougi à blanc, le chaufferait au rouge sombre.

Quant à la méthode de M. Debeney, nous avouons qu'elle ne nous a pas aussi bien réussi, sans toutefois qu'elle ait produit des accidents entre nos mains. Notre expérience nous fait lui préférer les injections seulement astrigentes. Ajoutons que dans les affections vénériennes, un grand élément d'erreur dans l'appréciation des moyens de traitement, c'est qu'on n'est jamais, ou presque jamais, sûr du régime des malades. A. L. P.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX ITALIENS.

Absorption de l'acide arsénieux par les plantes. — Calcul vésical ayant pour noyau du mercure. — Cure radicale des hernies. — Contagion de la peste. — Emploi de la belladone contre l'hémoptysie.

Expériences tendant à prouver que l'absorption de l'acide arsénieux n'est pas possible dans les plantes à l'état physiologique, par le professeur Antonio Targioni Tozzetti. — On sait qu'en France M. Audouart, de Béziers, a prétendu avoir trouvé de l'arsenic à l'état d'arseniate de chaux, dans les grains du froment soumis à l'opération du chaulage, opération qui consiste à les arroser d'une solution d'oxyde blanc d'arsenic avant de les semer, dans le but de les préserver de la carie. Il a

évalué à un sixième de milligramme par kilogramme de froment, la quantité d'arsenic qui y existe. MM. Orfila, Soubeiran, Chevallier Thénard, etc., en France, Vever, à Groningue, de Hemptine et Louyet, de Bruxelles, ont démontré par des expériences que ces craintes n'étaient nullement fondées et que les racines ne pouvaient absorber l'acide arsénieux. De son côté, le professeur G. Giannelli, de Lucques, voulut rétablir devant le congrès scientifique tenu dans cette ville en 1844, la faculté absorbante des plantes pour cet agent toxique.

Dans le but de contrôler ces différentes opinions, le professeur A. Targioni Tozzetti, se livra à des recherches variées pendant la saison d'été de 1844 et le printemps de 1845, et arriva à des conclusions analogues à celles de la majeure partie de ses prédécesseurs, c'est-à-dire à prouver que les végétaux étaient absolument incapables d'absorber par leurs racines l'acide arsénieux, de quelque manière qu'on le leur présentât, et cela dans l'état physiologique, ou pour mieux dire, dans l'état parfaitement normal de vitalité, parce que dans d'autres circonstances, l'absorption peut avoir lieu jusqu'à un certain point, mais par des lois bien différentes de celles ordinaires à la circulation normale.

Il résulte de ses expériences qui seraient trop longues à rapporter en détail : que les graines ne germent pas, lorsqu'on les a tenues baignées directement avec une solution d'acide arsénieux libre, ou lorsqu'on les entoure soit de verre pilé pur, soit de bon terreau de châtaignier imprégnés de cette solution et non mélangés de terre calcaire ; et cela parce que l'absorption par les semences de la solution arsenicale non altérée détruit en elles l'aptitude à germer, ainsi que l'a observé Carradori en 1808, par l'effet d'une altération chimico-organique de leur substance cotylédonaire.

Qu'au contraire, les graines placées dans la terre commune, préalablement préparées avec l'arsenic très-divisé, ou arrosées avec la solution, quand elles sont dans un terrain calcaire, peuvent germer, parce qu'il se forme alors un sel de chaux arsenical, insoluble, sans action sur les semences ou les extrémités radicellaires qui en émanent.

Que les plantes nées dans la terre commune et qui végètent bien, n'absorbent pas d'arsenic par les arrosements qu'on leur fait subir avec la solution d'acide arsénieux, ou lorsqu'on les fait développer dans un terrain préparé avec l'arsenic ; elles ne l'absorbent pas non plus, si on plonge leurs racines entières dans une solution de ce poison, tant qu'elles se maintiennent dans l'état physiologique, c'est-à-dire d'intégrité parfaite des différentes parties de leurs racines. Que toutes les fois que les spongioles absorbantes des racines ont été macérées et désorganisées par l'action énergique de l'arsenic, provenant de sa dose trop élevée ou d'un trop long contact, l'absorption de l'acide arsénieux s'effectue, et cela à un plus haut degré dans les tiges que dans les feuilles.

Il arrive aussi que toutes les fois que l'arsenic a produit sur les tiges et les rameaux la désorganisation, l'altération des parties, l'absorption a également lieu et l'arsenic se retrouve dans les parties situées au-dessus de celles qui ont été lésées, à moins que la désorganisation ait été trop rapide et trop forte, que l'arsenic n'ait pas été dissous, ou se soit rapidement séché sur les feuilles des plantes. En effet, les expériences de M. Tozzetti, lui ont démontré que l'absorption se faisait, si l'arsenic se tenait en contact avec les végétaux à l'état de solution, au point de ne désorganiser légèrement que quelqu'une de leurs parties.

Ces faits viennent au reste confirmer les expériences du professeur Link, qui n'admet d'introduction de substances hétérogènes dans le tissu des plantes, que lorsqu'il y a altération de quelqu'une de leurs parties, et qui fait remarquer que, dans ce cas, l'absorption a lieu par une action capillaire qui introduit les liquides étrangers dans les trachées, ou bien par un état de maladie, qu'occasionne la présence des liquides irritants et d'autres causes qui agissent en même temps. Towers avait observé aussi que les liquides d'une nature étrangère aux plantes ne pénétrent pas dans leur tissu cellulaire ou vasculaire, si elles sont douées de toute leur énergie vitale propre, et que dès le moment qu'une plante tombe en état de maladie, c'est alors seulement qu'elle peut absorber des substances contre nature, non pas par ses organes réguliers d'absorption, mais selon toute probabilité par les surfaces lésées ; et cet effet peut avoir lieu tant sur les racines que sur les rameaux, les tiges, etc. M. Rainey avait déjà démontré les mêmes faits en 1843, devant la Société Royale de Londres, en se servant de sublimé-corrosif, qu'il retrouva à l'état de proto-chlorure dans les parties lésées des plantes, tandis qu'il n'en existait aucune trace dans celles qui étaient saines.

Les plantes ont bien la propriété de rejeter ou de refuser les substances qui leur sont étrangères ou nuisibles; mais cette expulsion, si on l'admet pour l'acide arsénieux, comme le prétend M. Chatin dans ses études de physiologie végétale (*Journal de Pharmacie et de Chimie*, avril 1845), ne peut pas avoir lieu, suivant M. Tozzetti, dans l'état physiologique ou d'intégrité des parties, puisque, dans ce cas, son absorption ne peut avoir lieu, ainsi qu'on l'a démontré plus haut.

(*Gazetta Toscana, delle Sc. Méd.*, juillet 1845).

Calcul vésical dans le noyau duquel existait du mercure. — Le professeur P. P. Malago, ayant extrait par la lithotomie chez un jeune homme de 18 ans, un calcul pesant environ quatre onces, le présenta à l'Académie de Ferrare, demandant que les chimistes de cette Société en fissent une analyse exacte. Trois personnes furent désignées, et l'une d'elles, M. Agostino-Galli, en analysant le noyau, y trouva une substance grasse, de la matière animale, de l'urate d'ammoniaque, du phosphate ammoniaco-magnésien, de l'acide urique et de la chaux, puis enfin une matière qui résista aux agents employés; elle était d'une couleur jaune obscure. Arrosée avec de l'eau distillée, et placée sur un filtre et réunie en un seul tas, on y remarqua à l'œil nu quatre globules de mercure, puis beaucoup d'autres petits, à l'aide d'une forte loupe. Comme ce phénomène ne s'était pas offert à l'observation des autres expérimentateurs et qu'on prétendit que le mercure pouvait s'être trouvé dans un des réactifs employés, une nouvelle commission répéta les expériences et obtint les mêmes résultats, sauf que la quantité de mercure obtenu était beaucoup moindre. Après mille suppositions, le professeur Malago parvint à savoir que le jeune homme chez lequel il avait extrait le calcul avait été soumis, vers l'âge de sept ans, à l'usage longtemps prolongé des frictions mercurielles, dans le but de le délivrer d'une tumeur lymphatique.

(*Filiatre Sebezio*, juin 1845).

Considérations sur la cure radicale des hernies, d'après la méthode de M. Gerdy. — Le docteur Ranz, rend compte du résultat obtenu dans cinq cas d'opération de cure radicale de la hernie, par la méthode de l'invagination tentée par lui, et dans deux autres faits,

par le professeur Regnoli. Les opérations ont eu lieu il y a sept ans, et toutes ces hernies ont plus ou moins vite récidivé, bien que les opérés n'eussent point abandonné l'usage du bandage; il faut dire cependant, que chez deux malades qui avaient une hernie très-volumineuse, celle-ci a été réduite à un moindre volume, avantage certainement digne d'être apprécié.

L'insuccès de l'opération, qui en général est très-innocente, quoique parfois elle ait été suivie de péritonite, d'abcès ou d'érysipèle du scrotum, doit être raporté, selon l'auteur, à trois causes principales. 1° A ce que, ainsi que l'étude anatomique des parties l'a fait voir, lorsqu'on invagine avec le doigt la peau du scrotum dans le canal inguinal, le plus ordinairement, si le sac herniaire n'a pas contracté d'adhérences avec la peau, celle-ci se détache de lui et l'on pénètre entre le sac et les parois abdominales. 2° A ce que l'invagination ne bouche pas toute l'ouverture du canal inguinal, les tissus invaginés se trouvant fixés à l'aide de l'anse de fil par leur segment antérieur, de sorte que toute la partie postérieure du canal reste libre et disposée à laisser passer les viscères. 3° Enfin, à ce que la portion digitée du scrotum intro-fléchi revient à sa place 15 à 20 jours après, sans acquérir d'adhérences solides avec l'orifice supérieur du canal; (et en effet, en examinant à cette époque, avec attention le scrotum, on y voit les cicatrices dans les points traversés par l'anse); et à ce que la lymphe plastique, transsudée le long du canal même, est peu à peu résorbée.

(*Gazetta Toscana, delle Sc. Méd.*, mai 1845).

Cas de contagion de la peste. Le docteur Pezzoni, médecin attaché à l'ambassade russe à Constantinople, a adressé au docteur Davy, envoyé par S. M. bri-

tannique pour étudier en Orient la question des quarantaines, et partisan de l'opinion anti-contagioniste, une lettre dans laquelle il lui expose l'histoire de deux cas de contagion de la peste dont le docteur Davy a été témoin lui-même, en accompagnant les détails de raisonnements propres à faire ressortir leur valeur. Les faits de cette espèce sont fort nombreux dans la science; mais comme les questions de contagion ou de non contagion ont été remises en doute dans les derniers ouvrages de Clot-Bey et de Bulard, l'un anti-contagioniste, l'autre contagioniste, les deux observations que nous allons rapporter succinctement, et dépouiller des raisonnements qui les accompagnent, offriront quelque intérêt.

Un navire de commerce ottoman, *le Yazidji-Oglou-Méhémet,* part d'Alexandrie, où règne la peste. Pendant le voyage, seize personnes, tant passagers que marins, succombent au mal et sont jetés à la mer; deux autres meurent plus tard par la même cause, et le capitaine fait déposer leur corps sur une plage éloignée de trois quarts de lieue du village grec d'Itghelmès, à trois lieues des Dardanelles. Le navire poursuit sa route, et, vingt-quatre heures après, arrive à Constantinople. Il y avait trois ans qu'aucun cas de peste ne s'était montré dans cette ville ou ses environs. Les malades, l'équipage et les passagers furent débarqués et mis en quarantaine au lazaret avec leurs bagages et leurs marchandises.

Parmi les gardiens et les portefaix employés au lazaret, deux individus, Abdoullah et Méhémet Hussein, habitant depuis longtemps Constantinople, furent atteints de peste; le premier mourut, l'autre conserva des bubons pendant quelque temps et guérit. Ni l'un ni l'autre n'étaient entrés dans le navire, et n'avaient fait

que se mettre en communication avec les passagers en portant leurs effets. De plus, un moine, frère Gaetano, qui avait vécu à bord avec le père Raymond, procureur général du couvent de Terra-Santa et mort de la peste pendant la traversée, sortit du lazaret portant les atteintes de la maladie sans qu'il s'en fût aperçu, et tomba décidément malade à son arrivée à Terra-Santa, où il fut heureusement séquestré. Ce moine prétendit avoir pu contracter la peste en prenant un cornet rempli de sel qu'il venait d'acheter à l'aubergiste du lazaret, aubergiste qui lui-même en fut atteint, ainsi que son fils et sa fille, en communiquant avec les gardes de santé qui assistaient les pestiférés. Le docteur Pezzoni s'appuie sur ces faits pour démontrer la contagion de la peste et M. Davy se range à son opinion, sans admettre cependant d'une manière positive que les marchandises puissent, quelles qu'elles soient, transporter le virus.

En même temps qu'au lazaret de Constantinople se présentaient des preuves de la nature contagieuse de la peste, un fait semblable aux précédents avait lieu au lazaret de Malte et avec des circonstances presque identiques. Le docteur Gravagna, premier officier de santé de l'établisement, vit un Maltais qui avait communiqué avec les malades d'un navire provenant d'Alexandrie, être atteint de la peste. Ce médecin tire de ce fait les mêmes conclusions que M. Pezzoni et regarde cette maladie comme éminemment contagieuse.

Quelle que soit l'opinion que l'on admette sur la nature contagieuse de la peste ou sur son caractère endémique, ces nouveaux faits ne changent rien à la question des lazarets de France comme l'a posée notre collègue, M. Aubert-Roche. En effet, les navires infectés qui ont communiqué la peste à Constantinople et à Malte,

si le fait qui regarde cette dernière est bien avéré, car nous n'avons pas assez de détails pour le juger, ces navires, dis-je, portaient à leur bord des individus atteints du fléau qu'ils ont communiqué médiatement ou immédiatement, et même, cela n'eût-il pas été, que le temps qu'ils ont mis à se rendre à leur destination a été bien inférieur à celui qui est nécessaire pour aborder au premier port de France et a pu se trouver dans les limites de celui qu'on assigne à l'incubation de la peste, incubation dont la durée est de sept jours au plus, dit-on. De telle sorte qu'un navire arrivant d'Alexandrie où régnai alors le fléau, et touchant à Marseille, après une traversée de plus de huit jours, n'aurait sans doute pas apporté la maladie si les passagers avaient été exempts de toute atteinte et s'il est reconnu que le virus ne peut être transporté par le moyen des marchandises ou des effets, question qui n'est pas encore complétement jugée. (*Annali. univ. di med.*, juin 1845.)

Emploi de la Belladone comme palliatif dans l'hémoptysie. — On prend environ deux gros de feuilles de belladone séchées et coupées en petits morceaux, on les jette sur les charbons ardents et le malade doit aspirer les vapeurs qui s'en dégagent. Dans toutes les expériences que M. Schvoëder a faites sur les hémoptysiques, il a vu ce moyen si simple jouir d'une efficacité prononcée au point de procurer la cessation immédiate de l'hémorrhagie pulmonaire. Ces vapeurs ne sont nullement désagréables au malade, elles provoquent seulement assez souvent quelques efforts de toux et produisent quelquefois un sentiment de bien-être dans toute la poitrine. Ce qu'il y a de singulier, c'est qu'on n'obtient pas le moindre résultat avantageux des vapeurs qui se dégagent

d'une décoction saturée des mêmes feuilles ou de leur administration à l'intérieur. — Il y a déjà longtemps qu'on avait recommandé l'usage des feuilles de belladone fumées avec le tabac dans la toux convulsive et l'asthme, Schonlein l'a même proposée dans l'hématémèse avec l'intention seule de modérer l'irritabilité excessive de l'estomac. Ce moyen d'administratiou jouit d'un effet aussi prompt dans l'hémoptysie parce que le médicament est mis en contact immédiat avec toute la muqueuse des bronches dont la superficie est très-riche en ramifications nerveuses; il vaut donc la peine d'être expérimenté; la pratique médicale y pourra peut-être trouver un moyen d'épargner les émissions sanguines, qui, selon quelques-uns favorisent le développement de la diathèse tuberculeuse que l'on rencontre si souvent chez les hémoptoïques.

(*Annali univ. di med.*, avril 1845.)

C. DEVILLIERS.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT DE FRANCE.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Juillet et Août 1845).

Organographie végétale. — Phénomènes chimiques de la digestion. — Influence des muscles de l'œil sur la vision.

SÉANCE DU 30 JUILLET. — *Organographie végétale.* — M. Gaudichaud a lu dans cette séance la dernière partie d'un grand travail qu'il a entrepris pour réfuter les théories établies par M. de Mirbel, dans son mémoire.

L'auteur s'est proposé de démontrer, par un grand nombre de préparations anatomiques, ce fait déjà admis par la presque universalité des botanistes, que tous les végétaux vasculaires monocotylés et dicotylés augmentent le diamètre de leur tronc par l'adjonction annuelle ou incessante des filets radiculaires qui naissent dans les bourgeons et descendent plus ou moins rapidement jusqu'à l'extrémité des racines. Ces filets sont mus par une force puissante, qui agit dans toute la longueur du végétal, force qui s'exerce du sommet organique à la base, ou autrement dit, des bourgeons aux racines. Il démontre, en outre, après avoir détruit toutes les sources d'où l'on a voulu faire partir les filets ligneux, que les phytons divers naissent, croissent et fonctionnent isolément, quel que soit d'ailleurs leur mode de réunion, et qu'une fois engendré, chacun vit avant tout de sa vie spéciale, sans rien emprunter d'organisé au végétal, qui ne lui sert, pour ainsi dire, que de terrain, et dans lequel il peut envoyer ses racines. Il montre, en effet, que ces phytons se développent à la fois dans toutes leurs parties, comme êtres distincts, individuels; que rien ne les pénètre, si ce n'est la sève, et qu'il s'en échappe des tissus, ou filets radiculaires, qui descendent à l'état de simples filets ou racines, soit entre le bois et l'écorce, soit dans le sol, soit dans l'eau.

En résumé, M. Gaudichaud a cherché à établir que le végétal est, non un individu, comme on le soutient généralement, mais un assemblage d'individus uniformes dans leur nature primitive, aussi variables dans leur organisation que dans leurs fonctions; que tous naissent les uns après les autres, s'agencent entre eux par l'effet d'un double développement, l'un central et ascendant, l'autre extérieur et descendant, et qu'ils fonctionnent

individuellement, d'abord pour leur vie propre, puis pour la vitalité générale de l'être composé, résultant de la persistance de leurs parties inférieures (les mérithalles tigellaires et leur système vasculaire); les autres parties, propres à la vie individuelle(les mérithalles pétiolaires et limbaires), se desséchant dès qu'elles ont accompli les phases végétatives, alimenté l'être complexe persistant et assuré par des germes nouveaux son existence future.

M. Gaudichaud se propose d'aborder prochainement avec les nouveaux principes qui découlent de ses recherches toutes les grandes questions d'organographie et d'anatomie végétale.

SEANCE DU 11 AOUT. — *Phénomènes de la digestion.* — M. LASSAIGNE communique le résultat de nouvelles recherches qu'il a faites pour déterminer sur le cheval et le mouton les quantités de fluides salivaire et muqueux que les aliments absorbent dans la bouche pendant la mastication.

Dans de précédentes communications sur la mastication et la déglutition des grains d'avoine, M. Lassaigne a démontré que l'*amidon renfermé dans ces grains n'était pas désagrégé* par l'action des dents molaires du cheval, et que, dans ce premier acte, la salive ne pouvait exercer aucune action chimique sur lui. Cette expérience, répétée sur le mouton, a donné les mêmes résultats.

Influence des muscles de l'œil sur la vision.—M. le docteur FRESTEL adresse une note sur quelques points relatifs à la vision. M. de Haldat, dans un travail communiqué récemment à l'Académie sur le même sujet, s'appuyant sur des expériences physiques, a cherché à prouver le défaut d'influence que les muscles de l'œil exercent dans l'acte de la vision. M. Frestel se propose,

dans cette note, de combattre l'opinion de M. de Haldot à l'aide de documents cliniques.

Le bulbe oculaire placé dans l'orbite, entouré de plans fibreux, de graisse et d'organes qui s'assujettissent dans cette cavité, a une forme sphéroïdale dont le grand diamètre est antéro-postérieur. Débarrassé de ces liens et de leur capsule fibreuse qui l'entoure, il tend à se rapprocher de la forme sphérique, et par conséquent à diminuer dans le sens antéro-postérieur et à augmenter selon ses diamètres transverses. Si on exerce sur la coque oculaire des pressions latérales et opposées, la distance qui sépare le centre de la cornée du point opposé de la sclérotique augmente d'étendue aux dépens des diamètres transverses. C'est sur la possibilité d'allonger le diamètre antéro-postérieur, en comprimant l'œil parallèlement à son axe et par la propension qu'il a à revenir sur lui-même et à se rapprocher de la forme sphérique, lorsqu'il n'est point comprimé, que M. Freslet croit qu'on peut expliquer, tout en tenant compte de certaines modifications innées et acquises, la myopie et la presbytie.

Les faits que M. Frestel cite à l'apui de son opinion et qu'il emprunte à des cas cliniques tendraient effectivement à prouver l'influence de la disposition dont il s'agit sur les diverses altérations dans la portée de la vue. Ainsi, dans la paralysie de l'oculo-moteur commun, l'œil est presbyte, et la presbytie diminue en même temps que la maladie marche vers sa terminaison heureuse. Chez 5 malades affectés de paralysie de l'oculo-moteur commun, et sur lesquels l'auteur a employé les lunettes biconvexes, il a vu la presbytie disparaître malgré la persistance de la dilatation de l'iris, preuve que ce n'est point à cette dernière circonstance qu'est due la prebytie.

On a vu, à la suite de maladies graves, des individus myopes devenir presbytes. L'auteur dit avoir observé des individus atteints de tubercules pulmonaires, qui, à leur entrée à l'hôpital, se servaient de lunettes de myope d'un fort numéro. A mesure que la maladie a fait des progrès, et que les forces musculaires ont diminué, ils ont employé des numéros de moins en moins forts, et ont abandonné leurs lunettes primitives.

Chez le myope, le système moteur oculaire est ordinairement très-développé. La tension des muscles de l'œil peut produire la myopie, ainsi que l'auteur en cite quelques exemples. Beaucoup de maladies désignées sous le nom d'amblyopies amaurotiques, siégeant sur des individus dont l'œil a été fortement mis en jeu ou condamné à un repos prolongé, ne sont rien autre chose, pour lui, qu'un commencement de myopie ou de presbytie dont la cause est due ou à un excès ou à un défaut d'exercice dans les muscles de l'œil.

Comme conséquence de ces faits, l'auteur signale les bons résultats que devrait avoir une compression graduée exercée sur l'œil pendant un certain temps, dans les cas de myopie accompagnée d'une légère exophthalmie, et l'indication de la section des quatre muscles droits s'ils pouvaient être divisés sans inconvénient grave.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

(Juillet et Août 1845).

Fièvre typhoïde. — Emploi des vésicatoires dans les fièvres continues. — Eaux chaudes arsénicales.

SÉANCE DU 21 JUILLET. — *Fièvre typhoïde.* — M. Renaudin : M. Gaultier de Claubry a dit que la fièvre ty-

phoïde et le typhus n'étaient point susceptibles de récidive. Cette opinion me paraît un peu trop absolue; je crois, au contraire, qu'elles sont, dans quelques cas, susceptibles de récidive. J'en ai vu plusieurs exemples dans les armées à l'époque où régnait le typhus; j'ai vu douze ou quinze malades atteints deux fois sous mes yeux du typhus, mais je n'en ai jamais vu aucun l'avoir trois fois. Je ferai remarquer, toutefois, que ces cas de récidive ne s'observent guère que dans les grandes épidémies.

M. Gaultier de Claubry : J'ai posé en principe que la fièvre typhoïde, comme le typhus, n'étaient point, en général, susceptibles de récidive; mais je n'ai pas prétendu dire que cette récidive fût absolument impossible. Je suis d'autant plus éloigné de professer une opinion aussi exclusive, que j'ai vu plusieurs cas de récidive du typhus, et que j'en ai été atteint moi-même deux fois. J'ai voulu dire seulement que ces récidives n'étaient qu'exceptionnelles, que dans la généralité des faits on ne les observait point. Quant à ce qui est de la fièvre typhoïde, M. Chomel dit qu'il n'a point vu d'exemple de récidive; il écrit du moins que s'il en existe ils doivent être très-rares. Je crois que c'est aussi l'opinion de M. Louis.

M. Castel : Il y a quelque chose de physiologique dans la perplexité que les praticiens les plus exercés éprouvent, lorsqu'ils voient une fièvre, sans phlegmasie manifeste, persister au-delà du deuxième jour. Ils ont acquis la certitude qu'une réaction de quelques heures n'a pas suffi pour dompter un agent délétère, et que la lutte qui a commencé n'admettra aucune trêve avant son dénouement. Dans les intervalles qui séparent les accès d'une fièvre intermittente, l'organisme répare ses forces. Si les fonctions ne sont pas revenues à leur état normal,

elles ont du moins recouvré une partie de leur équilibre, à la suite d'un surcroît d'activité dans les sécrétions et les excrétions. Si l'issue de chaque accès n'est qu'une victoire passagère et incomplète, il prépare une guérison spontanée où il rend plus facile et plus fructueuse l'intervention de la médecine. Il en est autrement dans une fièvre continue ; la réaction est moins vive et ses résultats se font attendre davantage ; ce n'est pas seulement à l'inertie ou au peu d'énergie de la réaction que doit être attribuée la lenteur avec laquelle les fièvres continues parcourent leurs périodes. Cette lenteur vient principalement du ferment fébrile, qui a plus de vénénosité, qui est plus oppresseur (pardonnez-moi ces expressions) dans la continue que dans l'intermittente. Je ne dirai point avec *Torti* que dans la première il est devenu un des éléments du sang, tandis que dans l'autre il n'y a pas pénétré, distinction à mon avis fort subtile ; mais il est plus difficile à expulser et cette expulsion exige plus de travail, des moyens plus compliqués. En effet, si les exanthèmes, les abcès, ne sont pas exclusivement propres aux continues, ils interviennent dans ces fièvres plus souvent que dans les intermittentes. Ils sont aussi une excrétion qui porte au dehors la matière morbifique. Aussi les fièvres accompagnées d'exanthèmes sont-elles plus transmissibles que les fièvres qui en sont exemptes. Il ne suit point de là que celles-ci ne se communiquent jamais ; cette induction renfermerait deux hypothèses : la première, que les émanations qui se font par la peau sont les seules qui d'un corps malade puissent passer dans un corps qui ne l'était point ; la deuxième que, lorsque dans une fièvre il existe un principe contagieux, il ne reste jamais *intrà muros*.

Dans le dessein de prouver que la contagion est inhé-

rente à certaines fièvres, et contrairement à l'opinion que j'avais émise sur son existence, toujours relative, jamais absolue, soit dans le typhus, soit dans les autres fièvres, un de nos collègues a cité la contagion de la variole; ce rapprochement est fort hétéroclite. Poussé à des conséquences extrêmes, il placerait sur la même ligne toute inflammation aiguë et toute affection fébrile, la pneumonie, par exemple, et les fièvres dites essentielles. La variole a pris place entre les maladies viruleutes, avant de trouver place dans le cadre des fièvres. La fièvre qui la précède cesse ou se modifie, dès que l'éruption est accomplie. L'éruption reste contagieuse, après la cessation ou pendant l'interruption de la pyrexie. L'élément contagieux est donc dans le virus. Plusieurs affections cutanées, exemptes de fièvre, sont éminemment contagieuses. Ce n'est point en considérant la variole comme une maladie fébrile qu'on découvrira comment elle est contagieuse; pour reconnaître des analogies et des contrastes, il faut la considérer comme maladie éruptive. Si les fièvres, même celles qui sont accompagnées d'une éruption, sont moins contagieuses que la variole, on doit l'attribuer : 1° à ce que l'infection variolique rencontre une prédisposition constitutionnelle ; 2° à ce que tous les exanthèmes n'ont pas le même degré de malignité (1); toutefois, ils attestent la présence d'un ferment septique, qui est développé dans le corps ou qui s'y est introduit. Qu'il soit issu d'un marais ou d'une prison, qu'il soit le produit d'une mauvaise alimentation, toujours est-il qu'une altération du principe excitateur en sera la conséquence immédiate.

---

(1) *Diversus autem in his petechiis malignitatis gradus observatur.* Van Swieten.

C'est par un surcroît de septicité dans ce ferment que le typhus est, non exclusivement, mais plus contagieux que les autres genres de fièvre. Il existe entre tous une étroite connexité sous le rapport des causes et des phénomènes; sous le rapport des causes, la plus commune de toutes est la diminution de la contractilité; elle est le prélude de toutes les fièvres qui ne dépendent point d'une phlegmasie locale et circonscrite. Sous le rapport des phénomènes, tels que la chaleur, la céphalée, l'accélération du mouvement du sang, est-il besoin de faire remarquer que les diverses fièvres diffèrent d'autant moins entre elles, quant aux symptômes et quant aux lésions que l'autopsie révèle, qu'elles sont plus redoutables? Et, par exemple, entre les fièvres qui ont de la malignité, serait-il possible d'en désigner une dans laquelle ne se rencontrent jamais ni proéminence dans les follicules muqueux, ni taches rouges dans le canal intestinal, ni engorgement des glandes mésentériques? Je cherche vainement des caractères tranchés qui séparent le typhus de la prétendue typhoïde. Admettre dans l'un un principe contagieux et le contester à l'autre, c'est oublier que ces deux fièvres ne diffèrent que sous le rapport du degré d'altération dans les liqueurs animales et du plus ou moins d'intensité dans les phénomènes. Hildenbrandt a dit du typhus que, dans sa première période, il laissait voir les symptômes d'une fièvre bilieuse. On est autorisé à le dire aussi de la typhoïde; on est autorisé à le dire des autres fièvres. Dans presque toutes, la sécrétion de la bile est troublée la première. Pourquoi? Parce que les fonctions du foie s'exécutent plus difficilement que celles de la plupart des autres viscères. L'influence de l'atonie est plus prompte sur le foie; aussi ses maladies sont plus fréquentes dans les climats

chauds. Dans toutes les fièvres, des symptômes gastriques se manifestent. Pourquoi ? Parce que la diminution de la tonicité exerce beaucoup d'influence sur l'absorption. Les viscères possèdent moins de contractilité que les muscles. En appréciant cette différence, on concevra comment, dans une maladie, le danger est d'autant plus grand que le système musculaire est frappé d'impuissance. Voyez combien il est facile de rendre raison même des phénomènes pathologiques, cela n'exige qu'une condition : comprendre l'organisme.

En résumé, la contagion est subordonnée à la nature des émanations qui sortent d'un corps malade. Le genre de fièvre étant le même, les émanations varient selon le lieu, la saison, le climat, et aussi selon la période à laquelle la fièvre est arrivée. L'influence des émanations sera plus ou moins active, selon l'âge, l'idiosyncrasie et les dispositions de l'individu qui les reçoit ; d'où il suit :

1o Qu'une fièvre qui n'est pas contagieuse aujourd'hui pourra devenir contagieuse demain ;

2o Que, dans le cours d'une fièvre, l'élément contagieux peut naître, se développer spontanément dans le corps du malade ;

3o Qu'il peut être communiqué à une partie des assistants, les autres restant sains et saufs.

La contagion suppose toujours l'infection, tandis que l'infection n'est pas toujours suivie de contagion. C'est des fièvres seulement, et non des maladies en général, que j'ai osé dire : il n'en est aucune qui soit toujours contagieuse ; il n'en est aucune qui ne le soit jamais.

M. Rochoux : Quant à la fièvre typhoïde, j'ai dit tout ce que j'en savais, et j'ai vidé mon sac. M. Gerdy ayant parlé de la contagion et de l'infection, il me faudrait revenir sur cette question ; mais la discussion trouvera

tout naturellement sa place lors du rapport sur la peste. Je me bornerai à parler de quelques petits accidents, qui ont quelques rapports avec la discussion actuelle.

D'abord, M. Dubois (d'Amiens), lui troisième, m'accuse d'avoir jugé trop sévèrement les ouvrages sur l'anatomie pathologique des fièvres publiés avant 1804. Eh bien! je défie M. Dubois de me citer le titre d'un seul livre sur ce sujet antérieur au travail de Prost, et j'annonce à l'avance qu'il ne réussira pas mieux sur ce point que n'ont fait MM. Ferrus et Mérat. Notre collègue, oubliant ce précepte de la logique d'Aristote, savoir : que de deux propositions contradictoires l'une est nécessairement vraie, l'autre nécessairement fausse, a également condamné les opinions de M. Gaultier de Claubry et les miennes. On peut donc hardiment conclure que notre savant secrétaire a condamné une opinion vraie, soit celle de M. Gaultier, soit la mienne.

Ce que M. Louis m'accuse d'avoir dit M. de Bretonneau ne se trouve pas dans nos comptes-rendus; sa critique est donc sans objet.

M. Castel m'accuse de ne vouloir que l'absolu; ce n'est pas ma faute, mais celle du bon sens et de la bonne philosophie. Cette philosophie est celle d'Epicure, qui repose sur un seul principe, aussi clair que possible : l'atome est pourvu d'activité.

M. Mérat fait remarquer que c'est la première fois que M. Rochoux parle d'ouvrages antérieurs à 1804. Il avait parlé de ce qui se passait dans les diverses cliniques, et c'est sur ce point seulement qu'on lui a répondu.

M. Gaultier de Claubry : Je n'ai rencontré jusqu'à présent d'adversaire sérieux à mes opinions que dans M. Rochoux, car à part lui toutes les personnes qui ont pris part à cette discussion se sont en général très-peu

écartées de ma manière de voir; je n'aurai donc à répondre qu'à M. Rochoux. Notre collègue a établi une distinction fondée sur les caractères du délire qui seraient différents, suivant lui, dans le typhus et dans la fièvre typhoïde; sur les caractères de l'exanthème, sur la durée des deux maladies, et enfin sur l'anatomie pathologique. A l'égard du délire on ne trouvera rien dans les auteurs qui puisse servir de base à une opinion, car soit dans les dictionnaires, les compendium ou les traités généraux, ils se copient tous les uns les autres. J'ai dû, en conséquence, me borner à consulter les ouvrages cliniques, où j'ai trouvé, en faisant le relevé des observations consignées dans l'ouvrage de M. Chomel, que rien n'était moins constant que les caractères du délire dans la fièvre typhoïde. Chez un certain nombre de malades la typhomanie ne consiste qu'en un délire tranquille, en rêvasseries, tandis que chez d'autres on a constaté un délire agité, bruyant, avec effort pour sortir du lit. J'ai consulté l'onvrage de M. Louis, et j'ai constaté les mêmes observations. Il en résulte donc qu'on ne peut pas assigner un genre de délire particulier à la fièvre typhoïde, et qu'on ne peut, par conséquent, baser sur ses caractères une distinction avec le délire du typhus.

Relativement à l'éruption, les auteurs confondent souvent les taches rosées avec les pétéchies, ce qui a dû contribuer à induire M. Rochoux en erreur dans la distinction qu'il a voulu établir entre ces deux éruptions. Il est de fait que les éruptions rosées existent dans le typhus comme dans la fièvre typhoïde, et que celle-ci présente souvent aussi des pétéchies comme le typhus. Dans la fièvre typhoïde il peut y avoir d'ailleurs une éruption très-abondante sans que cette éruption soit en rapport avec la gravité de la maladie, elle ne constitue pas par

conséquent un caractère essentiel de la maladie. Je me suis rendu tout récemment, sur l'invitation de M. Rostan, à l'Hôtel-Dieu, où ce professeur m'a fait voir un malade typhoïde couvert d'une éruption des plus abondantes, bien que sa maladie fût des plus légères. J'ai consulté encore l'ouvrage de M. Chomel, et il résulte pour moi, du relevé qu'il a fait des taches, de leur fréquence, de leur époque d'apparition, etc., qu'elles ne diffèrent en rien des taches du typhus.

Quant aux lésions anatomiques, je reconnais avec M. Rochoux qu'on examinait peu ou pas les cadavres sous ce rapport en 1811. Mais il a été fait depuis des recherches qui ne laissent rien à désirer à cet égard, et je rappellerai l'opinion de M. Cruveilhier, que j'ai déjà cité, et qui affirme avoir ouvert, de 1810 à 1814, un grand nombre de sujets morts de typhus et avoir constaté des lésions parfaitement identiques à celles qui ont été décrites depuis comme constituant les caractères anatomiques de la fièvre typhoïde. Je ne vois pas dès-lors, puisque les altérations sont les mêmes, que les symptômes et la marche de la maladie sont les mêmes, qu'on puisse sérieusement contester l'identité de ces deux affections.

Je ne reviendrai pas sur la question de contagion, à l'égard de laquelle je conserve les mêmes convictions; je ne pourrais que répéter ce que j'ai déjà dit.

M. Honoré vivement : Je ne peux pas admettre la dernière proposition de M. Gaultier de Claubry. La contagion de la fièvre typhoïde n'est qu'un fait tout à fait exceptionnel. On ne peut pas émettre en principe que cette maladie soit contagieuse. J'attends pour l'admettre que M. Gaultier de Claubry vienne me démontrer l'existence de la contagion dans mes salles.

M. Desportes ne croit pas non plus à la contagion de la fièvre typhoïde. Cette question est d'ailleurs une des plus difficiles à résoudre à raison des influences atmosphériques dont il faut tenir compte, et qui, agissant sur les personnes placées dans les mêmes conditions, doivent produire des états morbides analogues sans qu'on doive en accuser la contagion. Il cite un exemple d'une famille dont tous les membres tombèrent successivement malades sous l'influence d'une constitution médicale particulière; l'un eut une fièvre typhoïde, un autre une fièvre muqueuse, etc., et tous avec la fièvre. Il est évident qu'il ne pourrait y avoir contagion dans ce cas. Tous les faits qu'a cités M. Gaultier de Claubry en faveur de la contagion sont, à mon avis, du même genre. Je ne vois dans ces faits, comme dans ceux dont a parlé M. Bricheteau dans son rapport, comme dans ceux de M. Louis, que des faits qui s'expliquent tout simplement par l'influence des choses environnantes.

Séance du 12 août. — *Traitement des fièvres muqueuse et typhoïde.* — M. Collineau, rapporteur, lit un second mémoire de M. Thomas, ayant pour objet le traitement des fièvres muqueuse et typhoïde. Dans des considérations préliminaires, l'auteur émet, entre autres idées théoriques, l'opinion que les fièvres se communiquent par contagion. En ce qui concerne le traitement, il signale les bons effets des applications chaudes et des vésicatoires sur les extrémités, comme moyens qui conviennent également dans les fièvres muqueuses, dans la fièvre typhoïde et dans la dysenterie, sauf à recourir concurremment aux moyens antiphlogistiques, suivant les indications et le degré de réaction déterminée par les révulsifs, etc.

M. le rapporteur, laissant de côté les considérations

théoriques auxquelles se livre l'auteur sur ce sujet, se borne à reconnaître que le traitement dont il s'agit, traitement auquel les anciens médecins recouraient quelquefois, peut effectivement être utile. Il conclut en proposant le dépôt aux archives et des remercîments à l'auteur pour sa communication.

M. Rochoux : Je regrettais de n'avoir pas demandé la parole sur le premier rapport (on rit); mais cette fois je ne puis me taire plus longtemps. S'il y a une chose démontrée en thérapeutique, c'est l'inefficacité et le danger des vésicatoires, dont les anciens faisaient un si fréquent usage dans le traitement des fièvres graves. C'est cependant là le moyen que préconise l'auteur. Ce travail méritait, à mon avis, une critique plus sévère.

M. Collineau : Je n'ai fait que rapporter l'opinion de l'auteur, sans l'approuver ni l'improuver. D'ailleurs, est-il vrai, comme le dit M. Rochoux, que l'usage des vésicatoires soit toujours inutile et pernicieux, et qu'il faille l'exclure du traitement des fièvres? Je ne suis pas de cet avis. Je crois qu'il y a des cas où ils peuvent être utiles; M. Louis, qui a fait un très-bon travail sur ce sujet, le reconnaît aussi. M. Rochoux pense-t-il donc que les médecins d'il y a vingt ans, qui faisaient un grand usage des vésicatoires, fussent moins bons praticiens que ceux d'aujourd'hui? Allons donc! (Le ton avec lequel ces dernières paroles sont prononcées excite l'hilarité générale.)

M. Louis : Puisque M. Collineau m'a interpellé, je dirai mon sentiment sur cette question. Je crains que M. Collineau n'ait mal compris ou mal interprété les résultats des recherches qu'il a mentionnées. J'ai fait avec tout le soin que je suis capable d'apporter à des recherches de cette nature l'analyse d'un grand nombre

de cas de fièvre typhoïde dans lesquels j'avais fait usage de vésicatoires. Les résultats de cette analyse m'ont porté à croire que les vésicatoires sont inutiles et funestes; funestes, en ce qu'ils tendent à dégénérer en plaies ulcéreuses et à prolonger ainsi indéfiniment la convalescence.

M. Collineau : Je répondrai d'abord à M. Rochoux que, s'il entend parler de l'abus que les anciens pouvaient faire des vésicatoires, je suis de son avis; mais je serai moins absolu en ce qui concerne leur usage. Quant à M. Louis, je dirai oui, les vésicatoires sont quelquefois dangereux, mais ils ne le sont pas toujours, ils sont quelquefois utiles, et c'est précisément en cela que consiste le grand art des praticiens, de distinguer les cas où ils peuvent être utiles, et ceux où ils seraient nuisibles.

M. Castel : Il est convenu que « nul n'aura de l'esprit hors nous et nos amis. » Nul n'aura été bon médecin hors les médecins d'aujourd'hui; les anciens médecins n'ont rien fait de bon. Vous savez, Messieurs, que ces prétentions ne sont guère de mon goût. Quant au point en discussion, je crois qu'on s'est déjà engagé dans une mauvaise voie en considérant les vésicatoires comme un moyen de traitement principal, au lieu de ne les considérer, ainsi que le faisaient les anciens, que comme des moyens auxiliaires. On ne voit pas d'ailleurs que condamner les vésicatoires, c'est bannir la méthode du traitement des fièvres. Par une singulière inconséquence que je ne saurais comprendre, tandis qu'il y a quelques jours nous établissions qu'il existait de grands rapports entre la fièvre typhoïde et le typhus, aujourd'hui nous voulons isoler entièrement le traitement de l'une du traitement de l'autre. Nous semblons oublier aujourd'hui que, dans le typhus de 1813, une plaie, un phlegmon,

qui survenaient pendant le cours de la maladie en modifiaient à ce point l'intensité, que tantôt ils l'aggravaient, tantôt, au contraire, ils en déterminaient la solution; et vous voulez que les vésicatoires, c'est-à-dire des plaies artificielles, n'aient aucune action! On a le grand tort de vouloir toujours individualiser les faits au lieu de les rapprocher pour en déduire des lois générales; on ne voit la science que par un point, et l'on se conduit d'après des données aussi imparfaites. Qu'est-ce que de ne vouloir, pour chaque maladie, qu'un seul traitement, toujours le même, sans tenir compte des constitutions, des tempéraments et des mille circonstances environnantes qui peuvent faire varier les indications? Il y a du reste un résultat d'après lequel on peut juger cette pratique, c'est la nécrologie; à entendre chaque médecin, il guérirait toujours; mais consultez les tables nécrologiques, et vous trouverez le plus souvent une pratique malheureuse.

M. Louis : Je n'ai nullement l'intention d'examiner la question de prééminence entre les anciens et les modernes, je crois inutile de suivre M. Castel sur ce terrain. Je me bornerai seulement à faire remarquer que si les résultats diffèrent, ce n'est pas que les anciens n'aient été aussi bons observateurs qu'on peut l'être de nos jours, peut-être cela ne dépend-il que des moyens d'investigation. Toujours est-il que jusqu'à ce qu'on nous oppose des résultats et des preuves qui détruisent les nôtres, nous nous croirons autorisés à penser que les faits recueillis de nos jours l'ont été avec plus de soin et d'exactitude que ceux que nous ont transmis nos prédécesseurs, et nous persisterons dans nos convictions. Eh mon Dieu! on nous parle beaucoup des doctrines des anciens sur les fièvres; mais n'est-ce pas Lieutaud qui

a dit, il y a longtemps, qu'il fallait faire table rase de tout ce qu'on avait fait sur les fièvres jusqu'à lui ?

Quant à l'emploi des vésicatoires, jusqu'à ce qu'on m'ait démontré le contraire par l'analyse de faits nombreux et bien observés, je persisterai à les considérer comme nuisibles dans le traitement de la fièvre typhoïde, ou tout au moins inutiles.

M. Castel : Je n'ai pas voulu contester aux modernes le droit de faire de nouvelles recherches; mais je dis que toutes celles que l'on a faites récemment sur les fièvres n'ont abouti qu'à la confusion, au chaos. On parle de faits, d'observations ; mais est-ce que chacun de nous n'en fait point des observations? N'avons-nous pas tous ici des services d'hôpitaux, des malades à soigner? Et pourquoi voulez-vous que nous reconnaissions vos observations supérieures aux nôtres? Je déclare, pour mon compte, que je n'abdique pas mon jugement, et je ne vous reconnais pas le droit de subjuguer mon intelligence et mon raisonnement.

M. Louis dit que les vésicatoires sont nuisibles dans la fièvre typhoide ; mais quelqu'un a-t-il prétendu qu'ils fussent toujours utiles? Non, sans doute ; les anciens n'étaient pas aussi exclusifs qu'on affecte de le croire ; ils reconnaissaient que les vésicatoires étaient utiles dans certaines circonstances. et ils les employaient comme un moyen auxiliaire ; mais ils savaient très-bien s'abstenir au besoin. Au lieu de cela, que voit-on aujourd'hui? des médecins qui veulent faire beaucoup, qui veulent agir toujours, et qui semblent ignorer ce que l'expérience nous a depuis longtemps appris, que souvent le meilleur traitement des fièvres est l'expectation.

VARIÉTÉS.

CONGRÈS MEDICAL A PARIS.

La Commission permanente du Congrès médical aux docteurs en médecine et en chirurgie, aux officiers de santé, aux pharmaciens et aux médecins vétérinaires de la France.

La commission permanente du Congrès médical, nommée dans la séance générale des délégués des Sociétés de médecine, de pharmacie et de médecine vétérinairede Paris, le 2 août 1845, a l'honneur d'informer :

1° Les docteurs en médecine et en chirurgie,

2° Les officiers de santé,

3° Les pharmaciens,

4° Les médecins vétérinaires diplomés,

qu'un congrès général s'ouvrira à Paris, le 1er novembre prochain.

Ce Congrès a pour but de discuter le programme des questions relatives à l'organisation de l'enseignement et de l'exercice de la médecine, de la pharmacie et de l'art vétérinaire.

La solution de ces questions, expression des vœux de la majorité, sera transmise à M. le ministre de l'instruction publique, à M. le ministre de l'agriculture et du commerce, et aux membres de la Chambre des pairs et de la chambre des députés.

Les Sociétés de médecine, de pharmacie et de médecine vétérinaire de Paris, dont *la Commission permanente* n'est que l'interprète, ont adhéré à l'institution d'un Congrès général avec l'espérance que cette institution aurait pour résultat :

1° De favoriser dans le corps médical le développement de l'esprit d'association;

2° De faire connaître aux ministres et aux Chambres l'état réel de nos souffrances et l'expression réelle de nos vœux;

3° De hâter, sans doute, la présentation d'un projet de loi qui réponde à nos désirs et à nos espérances.

Pour que ce triple résultat soit obtenu, le concours de toutes les lumières et de toutes les bonnes intentions est indispensable.

Il est nécessaire aussi que tous les intérêts soient représentés au Congrès général.

Aussi a-t-il été adopté en principe que l'appel au Congrès serait fait de la manière la plus large et la plus libérale, et la *Commission permanente* a-t-elle reçu pleins pouvoirs pour faire connaître cet appel à toutes les personnes exerçant la médecine, la pharmacie et l'art vétérinaire.

Elle remplit cette mission aujourd'hui en faisant connaître, par la voie des journaux, l'existence, le but et l'époque de la réunion du Congrès médical.

Cet appel est distinct de l'appel direct et spécial qui est fait aux Sociétés de médecine, de pharmacie et de médecine vétérinaire du royaume, aux Facultés et Écoles, pour lesquelles seulement ce dernier mode pouvait être adopté.

Pour faire acte d'adhésion au Congrès il suffit, pour les personnes éloignées de Paris, d'adresser (*franco*) à M. le docteur Richelot, trésorier de la Commission, rue Neuve-des-Mathurins, n. 10, à Paris, un bon sur la poste, de la somme de cinq francs, somme destinée à couvrir les frais de toute nature qu'exige la réunion du

Congrès, avec un bulletin indiquant le nom, la demeure et la profession de l'adhérent.

Chaque adhérent des départements trouvera, à son arrivée à Paris, chez M. le docteur Richelot, une carte d'entrée au Congrès, signée de M. le président et de la Commission.

MM. les médecins, pharmaciens et vétérinaires de Paris, qui sont dans l'intention d'adhérer au Congrès, peuvent s'inscrire chez M. le docteur Richelot, qui leur remettra la carte d'entrée, ou bien lui adresser leur adhésion par lettre affranchie. La cotisation sera alors touchée à domicile.

La Commission a donc l'honneur d'inviter les personnes qui exercent l'une des trois professions désignées, à vouloir bien concourir à l'institution du Congrès général qui intéresse les besoins généraux de ces professions, et, par conséquent, le bien-être personnel de chacun de ceux qui les exercent.

Les membres de la commission permanénte sont :

MM. Villeneuve, D. M. P., membre de l'Académie royale de médecine, président.

Boullay, ancien pharmacien, membre de l'Académie royale de médecine, vice-président.

Amédée Latour, D. M. P., secrétaire.

Malgaigne, D. M. P., agrégé à la Faculté de médecine de Paris, secrétaire-adjoint.

Richelot, D. M. P., membre de la Société de médecine du département de la Seine, trésorier.

Moreau, D. M. P., professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Auguste Bérard, D. M. P., professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Ségalas, D. M. P., membre de l'Académie royale de médecine.

E. Boudet, pharmacien, agrégé à l'Ecole de pharmacie, membre de la Société de pharmacie.

Battaille, D. M. P., président de la Société médico-pratique.

Hamont, vétérinaire, membre associé de l'Académie royale de médecine.

Blatin, D. M. P., secrétaire de la Société médicale d'émulation.

Dubail, pharmacien, membre de la Société de pharmacie.

Leblanc, vétérinaire, membre de la Société de médecine vétérinaire et comparée.

Collignon, idem.

Nota. La Commission permanente regrette vivement de ne pouvoir adresser à chacun des membres qui exercent l'une des trois professions désignées, un exemplaire du rapport et du programme des questions; mais les frais qu'exigeraient une telle publication et une telle distribution seraient énormes. Elle a dû nécessairement se borner à en envoyer un exemplaire à chaque Société de médecine, de pharmacie et de médecine vétérinaire, à toutes les facultés, écoles préparatoires de médecine, écoles de pharmacie et écoles vétérinaires, à tous les journaux s'occupant spécialement de l'une de ces trois sciences, avec prière de le faire connaître aux personnes qui désireraient en prendre communication.

Cette distribution pourra être terminée vers le 15 septembre au plus tard. Si quelque erreur ou quelque omission involontaire était commise à cet égard, on est prié d'en prévenir M. le docteur Amédée Latour, secrétaire de la Commission, rue Richer, n° 44, à Paris, qui s'empresserait de la réparer.

Pour que ce Congrès ait toute la valeur et obtienne

tous les résultats qu'on est en droit d'en attendre, la *Commission permanente* croit devoir émettre le vœu que dans les départements où n'existent encore ni Sociétés scientifiques, ni Associations de prévoyance, les médecins, pharmaciens, ou médecins vétérinaires se réunissent par arrondissement et nomment, à la pluralité des suffrages, les délégués auxquels ils voudront accorder l'honneur de les représenter au Congrès. Ces nominations seront pour tous une garantie que les choix auront été faits parmi les hommes les plus capables et animés de bonnes intentions.

La Commission émet expressément le vœu que les personnes qui adhéreront au Congrès lui fassent connaître, sous le couvert de son secrétaire, et avant le 1er octobre prochain, leurs opinions sur la solution qu'elles croiraient convenable de donner aux questions proposées. Cette mesure, si elle est généralement exécutée, accélérera et abrégera beaucoup les travaux du Congrès.

EAU VERTE DE MONTMIRAIL PRÈS VACQUEIRAS (VAUCLUSE).

Nous appelons l'attention des médecins sur une source minérale récemment découverte dans le voisinage des eaux sulfureuses de Montmirail.

L'eau de cette source est limpide, transparente; elle offre une teinte verdâtre; son odeur est nulle; sa saveur est légèrement amère; sa température est de 16° 50.

L'analyse qui en a été faite en 1843 par M. le professeur Blanchet a donné les résultats suivants :

Eau verte (1 litre).

Bi-carbonate	calcique.	0 gr. 05 cent.
—	sodique	2 40
—	magnésique	1

Chlorure magnésique.	5	00
Sulfate sodique.	6	90
Acide silicique.	0	07
Matière organique.	0	04
	0	04
	16 gr.	06 cent.

Nous nous serions contentés de faire connaître cette analyse, nous en rapportant aux lumières des médecins éclairés pour l'appréciation des cas où l'Eau verte de Montmirail pourrait être conseillée. Mais son action sur l'économie dépasse tellement toutes les prévisions, que quelques renseignements nous paraissent indispensables. Ainsi, notre eau minérale, qui contient un peu moins de sels que l'eau de Sedlitz, purge beaucoup plus sûrement que cette dernière; elle est aussi beaucoup moins désagréable à boire, et occasionne si peu de fatigue, que des personnes d'une constitution délicate ont pu la prendre à dose purgative (trois verres) pendant vingt jours consécutifs. Cette différence est faite pour étonner ceux qui jugent de l'action thérapeutique des eaux par la manière d'agir de chacun de leurs principes constituants; mais elle n'est point de nature à surprendre le médecin qui sait que les éléments minéralisateurs sont réunis, mêlés, combinés par la nature, de manière à donner ensemble une espèce de vie, ce qui a fait dire à Chaptal *que les chimistes ne peuvent analyser que le cadavre des eaux.*

Les médicaments purgatifs ont tous un goût plus ou moins mauvais; plusieurs sont irritants.

Les médecins conseillent souvent l'eau de Sedlitz à ceux de leurs malades qu'ils veulent purger. Mais de deux choses l'une : ou c'est l'eau naturelle de Sedlitz qui est administrée, ou bien c'est une eau artificielle.

Dans le premier cas, le malade paye très-cher un purgatif dont l'effet est très-incertain; et, dans le second cas, il est obligé de se gorger d'un liquide nauséabond.

L'eau verte de Montmirail n'a aucun de ces inconvénients.

Nous ne voulons point faire l'énumération des maladies dans lesquelles on peut la conseiller; mais nous ne pouvons nous dispenser de parler des fièvres intermittentes anciennes, qui résistent rarement à l'emploi de notre eau répété pendant une dizaine de jours.

Mode d'administration. — L'Eau verte se prend à jeun, chaude ou froide, à la dose d'une bouteille, par verre de quart-d'heure en quart-d'heure. Elle se conserve indéfiniment.

Nous ne terminerons pas cette notice sans dire un mot de la source sulfureuse de Montmirail qui a déjà une vieille réputation, et qui attire chaque année à cet établissement de nombreux malades. L'eau en a été analysée en 1818 par Vauquelin, qui y a découvert les principes suivants :

Sulfate de chaux.	1 gr. 208
Carbonate de chaux.	0 3717
Sulfate de magnésie.	0 425
Sulfate de soude.	0 291
Carbonate de magnésie.	0 100
Gaz hydrogène sulfuré.	Un centilitre.
Acide carbonique.	Deux décilitres.

On peut remarquer qu'indépendamment de l'hydrogène sulfuré et des sels qu'elles renferment à l'instar des eaux des Pyrénées dont elles partagent toutes les propriétés, les eaux de Montmirail tiennent en dissolution

une forte proportion d'acide carbonique, ce qui les rapproche de celles de Vichy, de Bourbon-l'Archambault, de Bussang, etc.

NOMINATIONS ET NOUVELLES DIVERSES.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique en date du 21 juillet, un concours public sera ouvert le 1er décembre 1845, devant la Faculté de médecine de Paris, pour la chaire d'anatomie vacante dans ladite Faculté, par la mort de M. Breschet.

— Le concours ouvert devant la Faculté de médecine de Strasbourg, pour la chaire de pathologie et de thérapeutique générales, s'est terminé le 9 août. Les trois dernières épreuves ont consisté dans la soutenance des thèses. M. Hirtz a eu pour sujet de dissertation : Des principes généraux qui se sont perpétués à travers les révolutions des doctrines médicales; M. Christophe : Appréciation comparée du vitalisme, du solidisme et de l'humorisme; M. Stœber : De l'influence que l'analyse chimique et la micrographie ont exercée sur la pathologie générale.

M. Stœber a été nommé professeur à la majorité de cinq voix sur sept.

— A la suite du dernier concours, MM. les docteurs Voillemier et Gosselin ont été nommés chirurgiens du bureau central des hôpitaux de Paris.

— M. Auguste Bérard, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, vient d'être nommé chirurgien-consultant du roi, en remplacement de M. Breschet, décédé.

— Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'Honneur, (officier) M. Viollet, chirurgien-major en retraite;

(chevalier) M. Marbotin, chirurgien-major de 2e classe, au 10e cuirassiers.

M. Malgaigne a été nommé chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, en remplacement de M. Ph. Boyer. M. Nélaton, chirurgien de l'hospice de Bicêtre, a été nommé à Saint-Antoine, en remplacement de M. Malgaigne.

— M. le docteur Pasquier père, vient de prendre sa retraite de la place de membre du Conseil de santé des armées. M. Pasquier fils, membre adjoint, lui succède comme membre titulaire; M. Baudens a été nommé membre adjoint en remplacement de M. Pasquier fils.

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Histoire de la phthisie pulmonaire, par E. BERNARDEAU, 1 petit vol. in-8°.

Dans cet opuscule, qui s'adresse aux gens du monde aussi bien qu'aux médecins, l'auteur passe successivement en revue les causes prédisposantes de la phthisie, ses causes primordiales, les signes diagnostiques de la maladie, enfin la médication spéciale aux divers âges; mais son but principal est d'établir la curabilité des tubercules, ce que les travaux de Laennec, Rogée, etc., avaient depuis longtemps démontré par des preuves irrécusables. Ce qui domine ensuite dans ce travail est l'étude de l'étiologie et de la théorie des tubercules. Au nombre des causes de la phthisie, l'auteur place en première ligne l'hérédité, le défaut d'exercice et la viciation de l'air; puis, au nombre des maladies qui peuvent devenir le point de départ de la tuberculisation, on voit figurer surtout le mauvais état du tube digestif. Les causes premières des tubercules, dit l'auteur, sont l'anorexie et la dyspepsie, d'où résulte une chymification vicieuse, l'altération du chyle, et partant la viciation du sang veineux.

Le sang veineux ainsi altéré par son mélange avec le chyle imparfait, se divise en deux parties. dont une partie fluide, qui seule reçoit encore l'influence de l'air ; l'autre portion cesse de s'artérialiser et se dépose dans la trame pulmonaire à l'extrémité des vaisseaux, ou, en d'autres termes, se sécrète dans le tissu cellulo-vasculaire, ce qui explique pourquoi le tubercule s'accroît par juxtà-position et non par intus-susception. De cette artérialisation incomplète du sang veineux résulte encore une prédominance du système veineux et particulièrement du système veineux abdominal, qui paraît très-importante à considérer, selon l'auteur. Enfin, sous l'influence de cette hématose vicieuse, le sang artériel lui-même s'altère dans sa partie globulaire, et quand la phthisie est arrivée au 3e degré, elle présente, sous le rapport du sang, la plus grande analogie avec la chlorose; c'est ce qui fait croire que la chlorose n'est pas sans action sur le développement des tubercules. Partant de ce point de vue, l'auteur devait nécessairement proscrire les évacuations sanguines, et s'attacher aux toniques, parmi lesquels il préconise surtout la poudre de cascarille et les feuilles de noyer, et pour les enfants, l'iodure de potassium. Mais en vain chercherait-on quelque preuve à l'appui de ces doctrines comme de ces médications. La plupart des faits sur lesquels ces idées sont appuyées sont des faits encore en discussion, et que l'auteur admet *à priori* sans contrôle, de même qu'il rejette d'une manière absolue tous les moyens de traitement qui ne concordent pas avec sa théorie. Nous devons donc attendre de nouveaux documents pour juger ces hypothèses qui sont souvent si nuisibles au lit du malade.

S.

Traité pratique d'auscultation, suivi d'un *Précis de percussion*, par MM. Barth, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et H. Roger, médecin du bureau central des hôpitaux. — 2e édition, revue et considérablement augmentée; grand in-18 de 680 pages; chez Labé, place de l'Ecole de médecine, 1844.

Voici un petit ouvrage qui, par l'écoulement rapide de sa première édition, a prouvé quelle était sa valeur. Tous ceux qui

l'ont eu entre les mains ont pu l'apprécier. Il serait donc superflu de s'étendre ici sur les qualités de ce Traité, dont le contenu n'est pas susceptible d'être analysé d'une manière convenable dans une courte notice. Nous rappellerons seulement que les auteurs ont eu le bon esprit de conserver dans cette nouvelle édition les divisions et la marche qu'ils avaient adoptées, et qui étaient un des principaux mérites de l'ouvrage; qu'ils ont comblé quelques lacunes importantes qu'ils y avaient laissées et ont perfectionné certaines autres parties restées incomplètes par suite des progrès de la science. C'est ainsi que le chapitre qui a rapport aux bruits du cœur et à leur théorie a subi des additions notables, etc. Un des reproches que l'on avait adressés à MM. Barth et Roger avait été, que, tout en donnant à l'étude de l'auscultation une extension suffisante, ils avaient presque entièrement mis en oubli celle de la percussion qui en est le complément indispensable; aussi n'ont-ils pas manqué de combler cette lacune en ajoutant, dans un appendice, un précis de ce qui est relatif à cette branche de nos moyens diagnostiques.

C. Devilliers.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

PUBLICATIONS NOUVELLES.

De la Pellagre; de son origine, de ses progrès, de son existence en France, de ses causes et de son traitement curatif et préservatif; par Théophile Roussel, D. M. P., ancien interne et lauréat des hôpitaux, lauréat de l'Institut. 1 vol. in-8°.

Au bureau de l'Encyclographie médicale, 7, rue de l'Université.

Compendium de chirurgie pratique, ou *Traité complet des maladies chirurgicales et des opérations que ces maladies réclament*; par M. A. Bérard, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie royale de médecine, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, membre de la Société de chirurgie de Paris, etc.; et M. Denonvilliers, agrégé et chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de l'Oursine, membre de la Société de chirurgie de Paris, etc. — La 5e livraison vient de paraître.

En vente chez Labé, libraire de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

MODE DE PUBLICATION.

Le *Compendium de chirurgie pratique* sera publié par livraisons de 100 pages de texte, format grand in-8°, équivalant à 40 feuilles, imprimées en caractères ordinaires et de format in-8°, c'est-à-dire à 640 pages d'impression; toutes les fois que des planches seront jugées nécessaires pour faciliter l'intelligence du texte, elles seront ajoutées. Les livraisons, au nombre de douze à seize, formeront trois ou quatre volumes grand in 8°, imprimés sur deux colonnes.

Le prix de chaque livraison est fixé à 3 fr. 50 c. pour Paris, et 4 fr., franc de port, par la poste. — On souscrit à l'adresse ci-dessus et chez les libraires de province.

Etudes thérapeutiques sur la pharmacodynamie au point de vue de la solution de ces questions: Pourquoi, quand et comment le médecin doit-il employer les agents pharmacodynamiques; par H. Golfin, professeur de Thérapeutique et de matière médicale à la Faculté de médecine de Montpellier, in-8°, prix, 4 fr.

Paris. — Chez J. B. Baillière, libraire de l'Académie royale de Médecine, rue de l'Ecole de Médecine, 17.

Montpellier.— Chez L. Castel, Grand'Rue, 32.

Londres. — Chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

Mémoires de Médecine pratique, 1° de la fièvre typhoïde et de son traitement; 2° de la saignée chez les vieillards comme condition de santé; 3° considérations étiologiques et thérapeutiques sur les maladies de l'utérus; 4° de la goutte et de son traitement spécifique par les préparations de colchique; par le docteur Fulgence Fiévée de Jeumont, chevalier de la Légion-d'Honneur et de plusieurs ordres, membre de l'Académie royale de médecine de Belgique, de la Société de pharmacie de Paris, et de plusieurs autres Sociétés savantes; in-8°, prix, 2 fr. 50 cent.

J'ai trop vu pour ne pas croire.

Paris. — Chez J. B. Baillière, libraire de l'Académie royale de Médecine, rue de l'Ecole de Médecine, 17.

Londres.—Chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

Traité de l'art de formuler, ou des notions de pharmacologie appliquées à la médecine, par le docteur Mialhe, professeur agrégé et pharmacien en chef à l'hôpital Saint-Antoine. — Chez Fortin, Masson et comp., place de l'Ecole de Médecine, 1.

Traité de Toxicologie médico-légale, et de la falsification des aliments, des boissons et des médicaments; par le docteur M. C. P. Galtier, professeur particulier de pharmacologie, de matière médicale, de thérapeutique et de toxicologie, 2 vol. in-8°. A Paris, chez l'auteur, rue de l'Ecole de Médecine, 18, et chez J. B. Baillière, libraire, même rue, 17 bis.

Le premier volume, contenant les Poisons inorganiques ou Minéraux, est en vente. Le deuxième et dernier volume va paraître incessamment.

TABLES.

TABLE ANALYTIQUE DES MATIERES.

1845. TOME II.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

Coup-d'œil sur l'histoire de la médecine, depuis son origine jusqu'à nos jours; par M. Renouard (suite). 5-321
Histoire des sciences de l'organisation et de leurs progrès comme base de la philosophie; par MM. de Blainville et Maupied. 161
— Note de M. Cayol sur la philosophie des causes finales, comme moyen de régénération des sciences id.

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

Traitement de la leucorrhée. — Nouvelles remarques sur l'emploi de l'alcool tannique dans le traitement de la leucorrhée et des ulcères du col de l'utérus; par M. Gibert. 45
Mémoire sur les phénomènes physiologiques qu'on observe en s'élevant à une certaine hauteur dans les Alpes; par M. Le Pileur. 55, 196 341
Mémoire sur l'efficacité des frictions mercurielles dans le traitement de la variole; par M. Gobelin. 173
Note sur l'épidémie varioliique de Stains; par M. Fauconneau-Dufresne. 177
Observation par M. Gobelin. 179
Observation par M. Louvel. 180
Recherches pratiques sur les fistules de la face, dans leurs rapports avec les maladies dentaires; par M. Olivet. 182
Résultat d'expériences sur les effets du sulfate de quinine; par le docteur Desiderio, de Venise. 368
Mémoire sur un cas d'amputation sus-malléolaire; par le docteur Lucien Boyer. 371
Maladies de la peau (classification et généralités). — Discours d'ouverture du cours de M. Gibert, à l'hôpital Saint-Louis, prononcé le 13 mai 1845. 481
De quelques espèces d'atrésies du vagin et de la vulve, considérées sous le point de vue obstétrical, par M. C. Devilliers fils. 494
De la cautérisation dans le traitement externe des maladies de la peau, par L. V. Duchesne-Duparc. 521

LITTERATURE MÉDICALE FRANCAISE.

Analyse d'ouvrages. — Du climat et des maladies du Brésil, ou statistique médicale de cet empire; par M. Sigaud (analyse par M. Devilliers), suite et fin. 85
Exposition des attributs du système nerveux, réfutation de la doctrine de Charles Bell, et explication des phénomènes de la paralysie; par M. Castel (analyse par M. Lagasquie). 224

Recherches sur la nature et le traitement d'une cause fréquente et peu connue de rétention d'urine ; par M. A. Mercier (analyse par M. Bourdin).

Des hallucinations, ou histoire raisonnée des apparitions, des visions, des songes, de l'extase, du magnétisme et du somnambulisme ; par M. Brière de Boismont (analyse par M. Bourdin). 552

— Note de M. Cayol. 563

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE DES JOURNAUX DE MEDECINE DE PARIS.—Anatomie pathologique de la trompe d'Eustachi.—Coagulation du sang veineux dans les cachexies.— Angeioleucite utérine puerpérale. — Procédé nouveau pour fixer les dents à pivot. — Traitement de la dysenterie bilieuse par l'ipécacuanha. — Extrémité céphalique du grand sympathique dans l'homme et les animaux. 98

Abrasion de la cornée.—Emphysème traumatique spontané. — Traitement des plaies par la suture entortillée.— Urine dans les fièvres intermittentes.— Action de la salive sur l'amidon. — Empoisonnement par l'acide oxalique et par l'acide tartrique.—Arsenic dans les poudres bleues de cobalt. — Fraude sur les sangsues. — Angioleucite utérine puerpérale. — Influences de certaines altérations du lait. — Calculs des fosses nasales. 245

Cautérisation vaginale multiple. — Traitement de la bronchite capillaire par l'émétique. — Phlébite à la suite d'une saignée. — Rupture du cœur. — Double hydrocèle. — Opération de la cataracte sur un œil. — Stomatite mercurielle. — Recherches sur la tanaisie. — Danger des injections arsenicales dans les cadavres, et des grains chaulés à l'arsenic. 410

Transformation du chlorure mercurique en chlorure mercureux.—Procédé pour camphrer les vésicatoires. — Moyen d'expulser les corps étrangers des voies aériennes. — Traitement de la colique des peintres par l'huile de croton-tiglium. 410

Incertitude des fonctions attribuées au cervelet. — Ecoulement d'un liquide aqueux par l'oreille, considéré comme signe des fractures du rocher. — Procédé pour reconnaître l'acide sulfurique dans le vinaigre. 566

MOUVEMENT DE LA PRESSE MÉDICALE DES DÉPARTEMENTS. — Corps étrangers dans l'articulation du genou. — Tumeurs blanches articulaires. — Apoplexie nerveuse. — Opération césarienne pratiquée avec succès à Nantes. 115

Tatouage de la peau et coloration du tissu inodulaire. — Chloro-anémie métrorrhagique avec hystérie.— Pellagre.—Chorée.— Fièvres intermittentes pneumoniques. 251

Empoisonnement par le gaz d'éclairage. — Scarlatine suivie d'angine gangréneuse. — Maladies régnantes à Lyon dans l'hiver de 1844-45. Hydro-pneu-

mo-thorax suivi de pleurésie chronique et de tubercules pulmonaires. — — Difficultés et erreurs de diagnostic des tumeurs. — Travaux de la société de médecine du département d'Indre-et-Loire. 425

Hydrochlorate de morphine contre les névralgies frontales. — Théorie de l'antagonisme pathogéniqne. — Influence des lieux marécageux sur la phthisie et la fièvre typhoïde. — Inefficacité et danger des injections de nitrate d'argent dans la blennorrhagie. 571

LITTÉRATURE MÉDICALE ETRANGERE.

REVUE DES JOURNAUX ITALIENS. — Achilleïne contre les fièvres intermittentes. — Etat de la fibrine du sang dans les inflammations. — Expériences electro-physiologiques. — Origine du calorique dans les eaux thermales. Emploi de la ciguë conte le tænia. — Epilepsie guérie par l'opération du trépan. 121

Expériences tendant à prouver que l'absorption de l'acide arsénieux n'est pas possible dans les plantes à l'état physiologique. — Calcul vésical dans le noyau duquel existait du mercure. — Considérations sur la cure radicale des hernies, d'après la méthode de M. Gerdy. — Cas de contagion de la peste. — Emploi de la belladone comme palliatif dans l'hémoptysie. 575

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ALLEMANDS. — Défense de l'accouchement prématuré artificiel; par M. Hoffmann. 253

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ANGLAIS. — Amputation de la cuisse dans l'articulatiou ilio-femorale, pratiquée avec succès. — Abcès sous-muqueux au pharynx, ouvert spontanément. — Mort par hémorrhagie. — Anus artificiel à la région lombaire établi avec succès pour un rétrécissement du colon. — OEsophagotomie et plus tard trachéotomie pour un retrécissement de l'œsophage avec fistules tracheo-œsophagiennes. 434

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT DE FRANCE (Académie des sciences.) — Théorie de la vision. — Du diapason comme instrument de diagnostic. 134

Effets physiologiques de l'ascension sur les lieux élevés. Indiens Ioways. — Application des diapasons au diagnostic. — Observation sur la théorie de la vision. — Quarantaine contre la peste. — Action de la salive sur la fécule. — Anatomie artificielle. — Anévrysme artérioso-veineux faux consécutif. — Blessures des vaisseaux. — Cyanose des nouveau-nés. — Formation de la graisse des nouveau-nés. 263

Effets de l'essence de térébenthine. — Anthropologie. — Emploi de l'ergotine dans les cas d'hémorrhagie externe. — Caractères

secondaires. — Epidémies périodiques. — Traitement des fistules vésico vaginales. 446
Organographie végétale. — Phénomènes de la digestion. — Influence des muscles de l'œil sur la vision. 584
ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE. — Rapport de l'étendue du cerveau avec l'intelligence. — Traitement des pertes séminales par la compression. — Médecine vétérinaire. — Influence des manufactures de tabac sur les ouvriers. — Bandages à extension graduelle pour les ankyloses incomplètes de l'articulation cubito-humérale. 136
Préparations d'anatomie artificielle. — Pellagre. — Plaie du foie. 273
Typhus et fièvre typhoïde. — Anatomie pathologique du temps de Corvisart, relative aux lésions intestinales. — Tumeurs fibreuses. — Nomination de membres étrangers. 455
Fièvre typhoïde. — Eaux chaudes arsénicales. 588
SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. Cas remarquable d'étroitesse du bassin chez une primipare. — Discussion sur l'accouchement prématuré. — Trachéotomie. — Modification au céphalotribe de Baudelocque. — Vésicules ovariques. — Siége de la pneumonie. — Etranglement des hernies. 276

VARIÉTÉS.

NÉCROLOGIE. — Obsèques de M. le professeur Breschet. 148
NOMINATIONS ET NOUVELLES DIVERSES. — Inspection générale microscopique des écoles de médecine. — Cours publics. — Sociétés médicales. 154, 301, 606
Prix proposés. 300
Réclamation de M. Lepileur. 469
Congrès médical à Paris. 602
Eau verte de Montmirail (Vaucluse). 599

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

MULLER. — Manuel de physiologie. Traduction avec des notes, par M. Jourdan. 151
DURAND (de Lunel). — Nouvelle théorie de l'action nerveuse, etc. 152
L. BERTRAND. — Art de soigner les malades. 155
CORNAY. — Nouvelles recherches sur le traitement du typhus, etc. 156
A. JAMAIN. Manuel de petite chirurgie. — J. LEBOINDRE-DELALANDE. Traité élémentaire de physiologie végétale. — A. BÉRARD. Compendium de chirurgie pratique. — FABRE. Bibliothèque du médecin praticien. — L. MORAND. Mémoires et observations cliniques de médecine et de chirurgie. — AUBIN-GAUTIER. Traité pratique du magnétisme et du somnambulisme. 503
BERNARDEAU. — Histoire de la phthisie pulmonaire. 610
BARTH et ROGER. — Traité pratique d'auscultation, suivi d'un précis de percussion. 614
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE. 157
CHAILLY (Honoré). Traité pratique des accouchements. 475

Fiévée de Jeumont. Mémoires de médecine pratique. 478
Cazeaux. Traité théorique et pratique d'accouchements. 361
Tables des matières de 1845. 616

TABLE ALPHABÉTIQUE.

A.

Abcès du col. 441.
Abrasion de la cornée. 234.
Accouchement prématuré artificiel. 255.
Accouchements (traité d'). 472.
Idem. 477.
Achilléine dans les fièvres intermittentes. 121.
Adam de Glascow. 441.
Alcoolé tannique 45.
Amidon (action de la salive sur l'). 241.
Amputation sus-malléolaire. 571.
Amussat. 269.
Anatomie artificielle. 268.
Anatomie pathologique du temps de Corvisart. 459.
Angine gangréneuse suite de scarlatine. 425.
Angioleucite puerpérale. 243.
Angioleucite utérine puerpérale. 103.
Antagonisme pathogénique. 573.
Anthropologie. 450.
Anus artificiel dans la région lombaire. 442.
Ankyloses incomplètes du coude (extension pour les). 147.
Appolexie nerveuse (?). 117.
Assalon. 453.
Arsenic dans le cobalt. 241.
Arsénieux (absorption de l'acide). 575.
Art de soigner les malades. 135.
Articulation du genou (corps étrangers dans l'). 115.
Atrésies du vagin et de la vulve. 494.
Aubin Gaulthier. 344.
Auber (*Edouard*). 477.
Aubert-Roche. 266.
Auscultation. 607.

B.

Baillarger. 136.
Barth. 607.
Bassin (étroitesse du). 276.
Belladone contre l'hémoptysie. 583.
Bernardeau. 606.
Bertrand. 155.
Bianconi. 127.
Bibliothèque du médecin praticien. 309.
Blainville. 161.
Blennorrhagie. 573.
Blessures des vaisseaux. 269.
Bonnafont. 98.

Bonnafont. 265.
Bouchut. 99.
Botrel. 103.
Bouchardat. 449.
Bourdin. 396. 430. 552.
Bourgery. 111.
Boussingault. 272.
Bousson. 107.
Brume. 443.
Brésil (climat et maladies du). 85.
Breschet (nécrologie de). 149.
Breventani. 125.
Bricheteau. 139.
Brière de Boismont. 552.
Brôme (action du). 433.
Bronchite profonde capillaire. 412.
Brûlures (pansement des). 423.
Brunache. 572.

C.

Cachexies (coagulation du sang veineux dans les). 99.
Calculs des fosses nasales. 248.
Calcul vésical dans lequel existait du mercure. 579.
Calorique dans les eaux thermales. 127.
Cascarille. 570.
Castel. 224, 263. 459, 468, 589, 599.
Cataracte. 417.
Cataractes secondaires. 432.
Causes finales considérées comme le moyen de régénération des sciences. 161.
Caustication contre le cancer. 430.
Cautérisation de la peau. 521.
Cautérisation vaginale multiple. 410.
Cayol. 161 563.
Cazeaux. 477.
Céphalotribe (modifications au). 276.
Cervelet (fonctions attribuées au). 566.
Chailly. 472.
Chambert. 412.
Charles Bell (réfutation de) 224.
Chaulage des blés à l'arsenic. 422.
Chaumet. 116.
Chirurgie pratique (*Compendium*). 307.
Chloro anémie avec métrorrhagie. 252.
Chlorure mercurique (transformation du) en chlorure mercureux. 422.
Chorée. 253.
Ciguë. 130.
Climat et maladies du Brésil. 85.
Classification des maladies de la peau. 481.
Cliniques (observations). 311.
Coagulation du sang veineux. 99.
Cobalt (existence de l'arsenic dans le). 241.
Cœur (rupture du). 414.
Colique des peintres. 424.
Collineau. 597. 598. 599.
Coloration artificielle persistante du tissu inodulaire. 251.
Colson. 253.
Compendium de chirurgie pratique. 307.
Contagion de la peste. 580.
Cornay. 136.
Cornée (Abrasion de la). 234.
Cours sur les maladies mentales. 150.
Cours sur les maladies de la peau. 151.
Crâne (signes des fractures du). 508.
Croton-tiglium contre la colique des peintres. 424.
Cyanose des nouveau-nés. 271.

D.

Dartreuses (affections). 608.
Delasiauve. 103, 413.
Demarquay. 248.
Dents à pivot. 107.

Désarticulation ilio-fémorale. 434.
Desiderio. 568.
Devergie. 151.
Devilliers. 85, 120, 276, 505, 494, 608.
Diapason. 135.
Diapasons appliqués au diagnostic. 265.
Digestion. 586.
Discours d'ouverture. 481.
Donné. 150.
Duchesne-Duparc. 521.
Duparcque. 474.
Durand (de Lunel). 152.
Duval. 570.
Dysenterie bilieuse. 110.

E.

Eau verte de Montmirail (Vaucluse, dép.). 603.
Eaux minérales. 608.
Eaux thermales (calorique dans les). 127.
Ebrard. 672.
Electro-physiologiques (expériences). 125.
Emphysème traumatique. 235.
Empoisonnements par les acides oxalique et tartrique. 241.
Epidémie de Stains. 173, 177.
Epidémies périodiques. 453.
Epilepsie. 131.
Ergotine. 151.
Essence de térébenthine. 449.
Etendue du cerveau et l'intelligence (rapports entre l'). 136.
Etranglement des hernies. 284.
Evans. 442.
Expériences sur le sulfate de quinine. 368.
Extension graduelle. 147.

F.

Fabre, 309.
Face (fistules de la), 182.
Fauconneau-Dufresne, 177.
Fécule (action de la salive sur la). 267.
Fibrine du sang, 123.
Fièvres intermittentes (achilléine dans les), 120.
Fièvre typhoïde, 588, 597.
Fièvre typhoïde (contagion de la), 455, 460.
Fièvre typhoïde (identité de la) avec le typhus, 455, 460.
Fistules de la face, 182.
Fleuret, 115.
Flueurs blanches, 45, 111.
Foie (plaie du), 275.
Fosses nasales (calculs des), 248.
Frestel, 586.
Frictions mercurielles contre la variole, 173.
Fraude exercée sur les sangsues, 242.
Fulgence-Fiévée, 475.

G.

Gabillot, 251.
Gaudichaud, 584.
Gaultier de Chaubry, 455. 589, 594.
Gaz d'éclairage (empoisonnement par le), 425.
Gerdy, 275.
Gibert, 45, 481.
Gintrac, 117, 253. 428.
Girard, 247.
Goblin, 173.
Gosselin, 284.
Graisse (formation de la), 272.
Grand sympathique (extrémité céphalique du), 111.
Grapin, 419.

H.

Haime, 432.
Haldat (de), 266.
Hallucinations, 552.
Handyside, 434.

Hémoptysie (belladone contre l'), 583.
Hémorrhagies externes, 451.
Héreau, 608.
Hernies (cure radicale des), 579.
Hernies (étranglement des), 276.
Histoire de la médecine, 321.
Histoire des sciences de l'organisation comme base de la philosophie, 161.
Hoffmann, 235.
Hôpital St-Louis.
Hydrocèle double, 416.
Hydrochlorate de morphine, 571.
Hydro-pneumo-thorax, 428.

I.

Identité du typhus, de la fièvre typhoïde, de la petite vérole, etc., 156.
Ilio-fémorale (désarticulation). 434.
Injections arsenicales (danger des). 421.
Injections uréthrales au nitrate d'argent. 573.
Inspection des écoles de médecine. 150.
Intermittentes - pneumoniques (fièvres). 254.
Intermittente (urine dans la fièvre). 240.
Ioways. 265.
Ipécacuanha contre la dysenterie bilieuse. 110.

J.

Jamain. 303.
Jolly. 273.
Jourdan. 151.

L.

Lafargue. 428.
Lagasquie, 224.
Lait (altérations du), comme cause de maladies chez les nouveau-nés, 247.
Lassaigne. 241, 267, 586.
Latour (Amédée). 135.
Laugier. 568.
Leboindre-Delalandre. 305.
Lefèvre. 573.
Legrip. 422.
Lepage. 422.
Lepileur. 55, 152, 196, 341, 311, 468.
Leroy. 421.
Lesauvage. 462.
Levrat. 427.
Londe. 462.
Louis. 498, 600.
Louvel. 180.
Lucien-Boyer. 571.
Leucorrhée et ulcères du col de l'utérus. 45.

M.

Magnétisme et somnambulisme. 544.
Malago. 579.
Maladies (climat et) du Brésil. 85.
Maladies de 1844 - 45, à Lyon. 427.
Maladies dentaires dans leurs rapports avec les fistules de la face. 182.
Maladies mentales (cours sur les).
Malgaigne. 234, 235.
Manlucci. 130.
Marécageux (influence des lieux) sur le développement de la phthisie, etc.). 573.
Marcé. 254.
Martins. 151.
Médecin praticien (bibliothèque du). 309.
Meigs. 271.
Membres associés de l'Académie de médecine, 462.
Mercier. 397.

Mercure dans un calcul vésical. 579.
Millet. 110.
Montagnes (Phénomènes physiologiques sur les hautes). 55, 196, 341.
Morand. 341, 429.
Muller. 151.
Muqueuse nasale (cautérisation de la). 429.
Muqueuses (fièvres). 597.

N.

Névralgies (Hydrochlorate de morphine contre les). 571.
Nouveau-nés (altérations du lait comme cause de maladies chez les).
Nouveau-nés (cyanose des). 271.

OE.

OEsophage (rétrécissement de). 444.
OEsophagotomie, 444.
OEil (muscles de l').

O.

Olivet, 182.
Opération césarienne pratiquée avec succès. 118.
Optique. 266.
Oreille (écoulement d'un liquide par l'). 568.
Organisation (histoire des sciences de l') comme base de la philosophie. 161.
Organographie végétale. 584.
Ouvriers en tabac. 139.
Ovariques (vésicules). 276.
Oxalique (empoisonnement par l'acide), 241.

P.

Pansement des brûlures. 423.
Paralysie (explication de la). 224.
Passot. 252.
Peau (maladies de la). 482, 521.
Pellagre. 253, 273.
Percussion. 607.
Peste (contagion de la). 480.
Peste (quarantaines contre la).
Petite chirurgie (manuel de). 303.
Petrequin. 182.
Pezzoni. 380.
Phénomènes physiologiques sur les hautes montagnes. 55, 196, 341, 263.
Philosophie (histoire des sciences de l'organisation comme base de la). 161.
Phlébite, 413.
Plegmasia alba dolens. 99.
Phthisie pulmonaire. 606.
Physiologie (manuel de). 151.
Physiologie végétale (traité élémentaire de). 303.
Pietro Peretti. 240.
Piorry. 466.
Pitre-Aubinais. 118.
Plaie du foie. 275.
Plaies traitées par la suture entortillée. 233.
Pneumoniques (fièvres intermittentes). 254.
Pneumonie (siége). 276.
Polli. 123.
Procédé nouveau pour les dents à pivot. 107.
Puerpérale (angioleucite). 243.
Puerpérale (angioleucite utérire). 103.
Puppi. 121.

Q.

Quarantaines. 266.

R.

Ranz. 580.
Rault. 147.
Réclamation. 468.
Réfutation de Charles Bell. 224.
Régénération des sciences par

la philosophie des causes finales. 161.
Régime pénitenciaire. 432.
Regnoli. 580.
Renaudin, 588.
Renouard. 5, 321.
Rétention d'urine (nature et traitement d'une cause peu connue de). 396.
Roché. 414.
Rocher (fracture du). 568.
Rochoux. 455, 460, 465, 593.
Roger. 607.
Rousseau (Emma). 432.
Roussilhe. 255.
Roux. 275.
Rud Bottger. 571.
Rupture du cœur. 414.
Ruthénium. 243.

S.

Saint-Hilaire (Auguste). 450.
Salive (action de la) sur l'amidon. 244.
— (action de la) sur la fécule. 267.
Sangsues, (fraude exercée sur les). 242.
Sardaillon. 268.
Scarlatine suivie d'angine gangréneuse. 425.
Sigaud. 85.
Société du 10e arrondissement. 151.
Spinelli. 131.
Sulfate de quinine (expériences sur le)
Sulfurique (acide) dans le vinaigre. 571.
Surdité. 98.
Sus-malléolaire (amputation). 571.
Suture entortillée. 255.
Système nerveux (attributs du). 224.

T.

Tanaisie. 421.
Tartrique (empoisonnement par l'acide). 241.
Tatouage de la peau. 251.
Tavignot. 442.
Théorie sur l'action nerveuse. 132.
Thomas. 597.
Tænia (ciguë contre le). 130.
Toulmouche. 567.
Tozzetti. 579.
Trachéotomie. 276.
Trépan (épilepsie guérie à la suite du) 131.
Trompe d'Eustachi et surdité. 98.
Tumeurs blanches. 416.
Tumeurs (difficultés et erreurs dans le diagnostic des). 428.
Tumeurs fibreuses. 462.

U.

Urine dans la fièvre intermittente. 240.

V.

Vaisseaux (blessures des). 269.
Vaginales (cautérisations) multiples. 410.
Vagin (atrésies du). 494.
Vallée. 134.
Vapeurs mercurielles. 419.
Variole (frictions mercurielles contre la). 173.
Végétale (organographie). 584.
Vésicatoires dans les fièvres. 603.
Vésicatoires (procédé pour camphrer les).
Vésicules ovariques. 276.
Vignolo. 235 309.
Vinaigre (acide sulfurique dans le). 571.
Vision. 586.
Vision (théorie de la). 134.
Voies aériennes (moyen d'expulser les corps étrangers des). 423.
Vulve (atrésies de la) 494.

W.

Watson. 444.