Bibliothèque numérique
medic@

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

Tome 1. 1861 - 42ème année. - Paris : Au bureau de la Revue médicale, 1861.
Cote : 90219

PARIS biu Santé

Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé (Paris)
Adresse permanente : http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90219x1861x01

LA REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

1861. — TOME I.

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.

(F. Bérard : *Discours sur le génie de la médecine*, p 14) 1840).

Il n'existe en dernière analyse, pour la science zoologique en général, comme pour la médecine en particulier, que deux écoles :

L'une qui considère les organes sains ou malades, comme les instruments de la vie ; les maladies, comme des réactions ou fonctions anormales de l'organisme, et ses altérations organiques comme des effets des produits et des résultats éventuels de ces réactions ou fonctions anormales ; c'est la nôtre, c'est l'école vitaliste ou spiritualiste.

L'autre qui cherche et prétend découvrir dans les organes, dans leur contexture, dans les molécules dont ils se composent, et dans leurs altérations matérielles, la raison, le *pourquoi* de la vie, et de tous les phénomènes physiologiques et pathologiques par lesquels elle se manifeste ; c'est l'école matérialiste, anatomique, anatomo-pathologique, organique, éclectique, comme il vous plaira de l'appeler ; car c'est tout un.

Cayol : Revue médicale, t. IV de l'année 1842, p 465.

Paris — Imprimerie Moquet, rue des Fossés-Saint-Jacques, 11.

42e Année.

LA

REVUE MEDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE,

JOURNAL

DES PROGRÈS DE LA MÉDECINE HIPPOCRATIQUE

Fondé par le Professeur **CAYOL**,

PUBLIÉ

Par le Docteur SALES-GIRONS, Chevalier de la Légion d'Honneur,
Rédacteur en chef.

PARAISSANT DEUX FOIS PAR MOIS.

—

TOME I.

1861

ON S'ABONNE, A PARIS, AU BUREAU DE LA REVUE MÉDICALE.
Rue Bonaparte, 66,
et chez tous les libraires.
1861

COLLABORATEURS.

MM.

BAZIN, médecin à l'hôpital Saint-Louis.

BUSSEMAKER, membre correspondant de l'Académie de médecine.

BONNAFONT, médecin principal à l'hôpital du Gros-Caillou.

BOYS DE LOURY, secrétaire-général de la Société de médecine de Paris.

DEVILLIERS, D. M. P., membre de la Société de médecine de Paris, chef de clinique d'accouchement à la Faculté.

DUCHENNE, de Boulogne, D. M. P.

FAGET, D. M. P. à la Nouvelle-Orléans.

FAUCONNEAU DUFRESNE, D. M. P.

GIBERT, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital St-Louis.

GENDRIN, D. M. P., médecin de l'hôpital de la Pitié.

GUETTET, D. M. P.

MM.

HOULÈS, de Sorèze, D. M. P.

JOLLY, membre de l'Académie de médecine.

JOIRE, médecin de l'Asile d'Aliénés de Lomelet.

MARTINS, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

KÉRÉDAN (Amédée), docteur en médecine de la Faculté de Paris.

NONAT (Auguste), médecin du bureau central des hôpitaux, membre de la société de médecine de Paris.

PÈCHOLIER, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier.

De PIETRA SANTA, médecin de l'Empereur, médecin des Madelonnettes.

PÉTREQUIN, D. M., chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

RENOUARD, D. M. P.

TISSOT (Jh), professeur de philosop.

TURCK, inspecteur des eaux de Plombières.

VIGNOLO, D. M. P.

M. SALES-GIRONS, D. M. M., rédacteur en chef.

LA REVUE MÉDICALE
FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE
(15 Janvier 1861.)

RAPPORT DE M. LE PROFESSEUR BOUILLAUD

SUR LA DIÈTE DE LA RESPIRATION

DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES DE POITRINE,

Par le Docteur **Sales-Girons.**

L'Académie de médecine à ouvert les travaux de l'année 1861 par la lecture d'un savant rapport de M. le professeur Bouillaud sur un mémoire présenté par nous sous ce titre : *De la diète respiratoire dans la thérapeutique des lésions de poitrine.*

Ce rapport trop au dessus de nos prétentions d'auteur appartient de droit au *Bulletin de l'Académie*; lorsqu'il sera publié dans son prochain fascicule, nous en reproduirons peut être ce que les convenances de la modestie nous permettront d'en prendre. En attendant, notre lecteur peut en lire plus loin un résumé (voir aux Académies, séance du 2 janvier) qui ne porte en substance que ce qui a matériellement trait à notre communication.

Comme tout ce que touchent les esprits éminents en porte l'empreinte ou le cachet, le rapport de M. Bouillaud se distingue par quelques considérations d'un ordre supérieur. Sans entrer dans aucune des discussions philosophiques qui ont si vivement occupé le monde médical en ces dernières années, le rapporteur a trouvé place pour faire passer les idées qu'il se fait de notre science, lorsqu'on la considère de plus haut que ne le font ceux qui pensent que toute la médecine est dans l'observation de la matière et dans le tracé exact de ses principaux phénomènes anatomiques.

M. Bouillaud est le représentant le plus zélé de ce besoin de notre époque qui meut les intelligences à s'élever au des-

sus des faits pour les interpréter et savoir l'idée supérieure qu'ils réalisent dans la nature et l'organisme vivant. Il ne s'effectue rien dans le monde de la matière qui n'ait son principe et ses lois dans le domaine des intelligences; telle est la conviction, exprimée ou sous-entendue, qu'il manifeste depuis vingt ans dans toutes les occasions; et cette préoccupation philosophique n'ôte rien d'essentiel au caractère positif de la méthode pratique qu'il professe; au contraire, elle lui sert de fondement et de garantie.

La doctrine vitaliste de M. Bouillaud n'est pas conforme à celle de la *Revue médicale* quant à son dernier mot, on le sait: nous sommes partisans du vitalisme d'Aristote, et la nature de son esprit a porté l'éminent académicien à préférer le vitalisme platonicien, lequel, par admiration pour l'essence spirituelle de l'âme, voudrait la sauver de tout contact avec la matière de notre corps.

Nous l'avons dit ailleurs à propos de l'École de Montpellier, quand M. Lordat en était encore la tête : le platonisme en physiologie est une affaire de sentiment plutôt que de démonstration rationnelle; mais avec ce sentiment concordent les pensées les plus élevées touchant la destinée humaine et les plus pures touchant la science. Il est toujours vrai de dire: le divin Platon, mais Aristote le physiologiste.

Ne sortons pas des limites de notre sujet. Nous voulions rappeler en quelques lignes les titres que M. Bouillaud se sera faits en médecine par son goût pour la philosophie, et son enseignement au dessus des programmes de l'École de Paris, dont il est cependant la plus illustre personnification. Notre témoignage à cet égard a été le même en toute circonstance, et nous aimons à le rappeler ici, afin qu'on ne le suppose pas l'expression accidentelle de notre gratitude, pour l'honneur qu'il vient d'être fait à notre travail sur la Diète respiratoire par le rapport de M. Bouillaud.

Toutefois nous ne voulons point laisser passer sans la signaler l'allusion directe que M. le rapporteur a trouvé moyen de faire relativement à cette lacune, dans l'Académie

de médecine, d'une section de littérature et de philosophie médicale.

L'Académie porte sa date en cela qu'elle a des sections pour toutes les branches de la science jusqu'à la vétérinaire inclusivement, et qu'il ne lui manque que la section à laquelle ressortissent plus spécialement les systèmes et les doctrines. Si elle datait seulement du dix-huitième siècle, la section de philosophie médicale y serait certainement la première et la plus honorée. L'anomalie a été rendue flagrante dans ces discussions qui, depuis dix ans, partant de tous les points de la médecine pratique, ont abouti toutes à la doctrine et à la philosophie.

L'*Union* et la *Revue médicale* n'ont laissé échapper aucune occasion de la dénoncer. On n'a eu garde d'y faire droit; mais aujourd'hui que la parole autorisée de M. Bouillaud veut bien se joindre à la nôtre, force sera bientôt de savoir ce que pense l'Académie de cette innovation qui la complète, et, corps savant qu'elle est, lui ajoute cette tête qui lui manque, ainsi qu'on s'en apperçoit facilement.

Honneur à M. Bouillaud d'avoir entre tous les membres de cette académie, par laquelle notre médecine française parle à l'univers, honneur, disons-nous, à M. Bouillaud d'avoir pris cette initiative, à la réalisation de laquelle tous ses collègues ne seront peut-être pas unanimes, mais contre laquelle aucun d'eux n'oserait s'inscrire, s'il savait que son vote négatif porterait son nom.

Ajoutons deux mots sur le rapport de M. Bouillaud en ce qui se rapporte au fait de la Diète respiratoire, dont il s'agit.

Et d'abord ce mot de *diète respiratoire* a ému quelques susceptibilités académiques. En dedans comme au dehors on se demandait ce que c'était que cette diète; si elle était possible et raisonnable, plutôt qu'impossible et paradoxale. Nous ne connaissions jusqu'ici que la diète d'estomac ou digestive; il paraît qu'il y en a une autre, etc.

M. Bouillaud ayant expliqué la théorie et la pratique de

cette diète; chacun s'est dit, comme après le mot des énigmes les plus vulgaires, comment n'y avions nous pas pensé? Il y en a qui ont répondu en disant que la chose était connue et appliquéee, mais à ceux là on pouvait repliquer qu'on avait fait longtemps de la prose sans le savoir. Car, quel est l'auteur mort ou vivant qui ait songé a modifier l'élément respiratoire, c'est-à-dire l'oxygène de l'atmosphère dans ses quantité et qualités pour le rendre moins actif sur l'hématose, moins phlogistique sur les lésions de la muqueuse pulmonaire, et qui ait réalisé cette idée jusqu'à la rendre pratique et plus facile que ne l'est certainement la diète digestive.

C'est à ce propos que M. le rapporteur a dit textuellement que « *pour opérer cette espèce de tour de force*, M. Sales-« Girons modifie l'air au moment même de sa première in-« troduction, c'est-à-dire sur les lèvres et les narines, et que « l'appareil destiné à cette opération bien simple n'est qu'un « perfectionnement de ce *cache-nez-cravate* généralement « adopté aujourd'hui et que la plus saine hygiène semble « avoir inspiré. »

Tout cela sera plus amplement exposé dans les numéros suivants de la *Revue médicale*; des figures, s'il en est besoin, expliqueront en les abrégeant les détails de cette méthode où tout est aussi positif en théorie qu'aisé et simple en application. Nous ne voulons pour aujourd'hui qu'ajouter quelques lignes pour donner l'idée principale de cette diète, et faire voir les moyens de l'effectuer, s'il ne s'agit pour cela que d'atteindre l'oxygène dans sa quantité et dans ses propriétés excitantes ou trop actives sur l'organisme.

Et d'abord, s'agit-il d'autre chose en réalité pour cette diète respiratoire, que de modifier l'oxygène en quantité et en qualité? De rien autre chose en effet. Qui ignore aujourd'hui que la respiration, trop assimilée peut-être à une combustion, n'a pour véritable aliment que l'oxygène? qui ne sait que l'azote, l'autre gaz constituant de l'atmosphère, n'est là que pour délayer l'oxygène, en faire, pour ainsi dire, de l'abondance ou donner du volume à l'air respiré; qui ne

sait enfin que le défaut d'oxygène est la cause de l'asphyxie? Aucun médecin n'ignore ces notions vulgaires de physiologie.

Donc, la diète respiratoire consiste bien et dûment, soit dans la diminution de la quantité, soit dans l'atténuation des qualités phlogistiques de l'oxygène, soit enfin dans ces deux opérations à la fois.

Eh bien, s'il en est ainsi, et il n'en est point autrement, rien n'est plus aisé, plus ordinaire que de diminuer à un homme la dose d'oygène (21 0/0) contenue dans l'air atmosphérique destiné à la respiration; nous ne voulons indiquer que l'un des moyens le plus à notre portée eu égard à la quantité ; c'est dire, la température.

L'air augmente de volume en s'échauffant ; or, comme l'homme respire en hiver et en été à peu près les mêmes volumes à chaque inspiration, et que les inspirations ne sont pas beaucoup plus fréquentes, il en résulte qu'en été, l'homme respire en réalité une quantité moindre d'air et partant d'oxygène. Cette diminution ne serait pas moindre de 150 à 200 litres pour les 24 heures.

Si nous ajoutons à cette donnée qu'à zéro de température l'homme exhale deux fois plus d'acide carbonique qu'à 25 degrés, et que ce gaz ne se forme qu'avec le concours de l'oxygène, nous sommes en droit de penser que la consommation de celui-ci est bien moindre à 25 degrés qu'à zéro.

Si enfin, nous ajoutons à ces deux données, que plus l'homme se donne de mouvement musculaire, fait d'efforts, s'agite, se charge de fardeaux, etc., plus il dépense d'oxygène ; nous pouvons dire que moins il fait ces choses, moins il respirera de ce gaz.

De sorte que, relativement à la quantité, il suffit de tenir un malade au repos et dans une bonne température pour lui épargner l'oxygène, ou le mettre à la diète respiratoire.

Quand nous calculerons par chiffres, nous verrons que la diminution de 300 litres d'oxygène par jour peut être réalisé pour un adulte qui en consomme journellement environ

3,000 litres. Un dixième nous paraît déjà une diète significative; car elle peut équivaloir à un changement d'atmosphère ou à un déplacement climatérique du Nord au Midi.

Nous ne mentionnons pas les nombreuses petites causes qui, comme le vent, la hauteur barométrique, l'exposition au Nord et à l'Est, le régime digestif ou alimentaire, etc., peuvent faire que l'homme consomme plus ou moins d'oxygène. Ceci sera mis en ligne de compte lorsque nous exposerons la diète respiratoire dans son ensemble et ses détails. Nous n'en donnons ici qu'un simple aperçu.

Mais, dira-t-on de toutes parts, cette diète est connue et pratiquée dès les temps les plus reculés de la médecine. Cela est vrai, répondrons-nous, il n'y manquait qu'un point, celui de savoir qu'en suivant toutes ses pratiques, c'était à l'oxygène de l'air, c'était à l'hématose, c'était à la respiration que l'on s'adressait. Il manquait de savoir en un mot qu'ainsi faisant on faisait de la diète respiratoire; c'était peu, mais c'était tout.

Ainsi, par exemple, quel est celui d'entre vous qui en calfeutrant un individu pris d'un rhume de poitrine, ou en lui ordonnant de garder le silence en cas de laryngite aiguë, avait pensé que c'était surtout pour ménager au malade la quantité de l'oxygène respiré? On voyait le repos de l'organe, sans songer que ce repos représentait avant tout un moindre contact, un rapport moins fréquent de la muqueuse lésée avec l'oxygène atmosphérique. La pratique obtenait son bon résultat, on ne pensait pas davantage à qui revenait l'honneur du succès thérapeutique.

Et l'on avait fini par jeter le manche après la cognée, en disant de la phthisie, par exemple, qu'elle serait curable si l'on pouvait mettre l'organe respiratoire au repos; et de ce que le fait étant impossible, on tirait le premier argument de l'incurabilité.

Nous venons de voir que l'oxygène, sous le rapport de la quantité, peut être épargnée à la respiration. Sous le rapport des qualités, c'est-à-dire, dans ce que son contact à

d'excitant ou de phlogistique sur les lésions, la chose ne se fait pas si naturellement; mais l'observation nouvelle de l'influence que les émanations de Goudron ou de Coaltar ont sur l'oxygène, nous met à même d'obtenir cette deuxième condition de la diète. Avec cette condition, nous pouvons négliger en partie les moyens qui attaquent la quantité, sûrs que nous sommes d'atténuer les qualités de l'oxygène quand nous voudrons avec ces deux substances.

Ainsi donc, et cela sera démontré jusqu'à l'évidence, nous sommes aujourd'hui en possession des principaux moyens de modifier l'oxygène en qualité et en quantité sur l'hématose et sur les organes lésés. Nous sommes, dis-je, en possession d'une *Diète respiratoire*. L'avenir dira si nous nous fesons illusion en disant que la médecine lui réserve une place dans l'arsenal de ses moyens les plus utiles, pour le traitement des maladies aiguës ou chronique de la poitrine, depuis la pharyngite jusqu'à la phthisie inclusivement.

S'il n'y a rien de plus facile à démontrer que la fâcheuse influence de l'oxygène atmosphérique sur les organes spéciaux de ces maladies, rien ne sera plus rationel que la diète préventive de l'oxygène.

Pour finir par un mot sur ce petit appareil diététique, sur ce perfectionnement du *Cache-nez* dont a parlé M. le professeur Bouillaud, nous verrons qu'il porte avec lui:

1° En échauffant l'air et en développant son volume, le moyen de diminuer la quantité d'oxygène respiré.

2° Par la disposition à l'intérieur de l'appareil d'une petite quantité de goudron, dont les émanations se mêlent à l'air dans chaque inspiration, le moyen permanent d'adoucir les propriétés excitantes de l'oxygène sur les bronches malades.

Dans ces deux points se trouve la solution complète et pratique de la *Diète respiratoire* dont il s'agit.

Que M. le professeur Bouillaud veuille bien agréer l'hommage de notre gratitude, pour l'honneur que son savant rapport a fait notre communication.

THÉRAPEUTIQUE RESPIRATOIRE.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE.

SERVICE DE M. BARTHEZ, MÉDECIN DU PRINCE IMPÉRIAL.

TRAITEMENT DU CROUP

PAR

les inhalations des liquides pulvérisés.

IVe OBSERVATION.

(Voir les numéros du 15 et 30 novembre 1860)

Cette quatrième observation, recueillie deux mois après celles qui ont été publiées dans les derniers cahiers de la *Revue médicale*, vient encore de l'obligeance de M. Barthez ; elle est rédigée, comme les autres, par le chef de clinique de l'hôpital Sainte-Eugénie, sous les yeux du maître.

Dans les derniers mois de cette année, les cas de diphthérie ont été relativement rares à l'hôpital Ste Eugénie, et, dans son service, M. Barthez n'a eu l'occasion de traiter par les inhalations de tannin pulvérisé qu'un seul enfant atteint de croup ; le succès a été complet et rapide.

C'est là sans doute un nouveau fait propre à encourager ceux de nos confrères auxquels leur position permet de contrôler ces expériences. Néanmoins, cette observation paraîtra, à juste titre, moins probante que les précédentes; car jamais, ni dans l'état général ni dans l'état local, la maladie n'a revêtu ce caractère de gravité qui tient soit à un véritable empoisonnement de l'économie, soit à un obstacle permanent et considérable à la fonction si importante de l'hématose. Les symptômes qu'on rapporte généralement à l'intoxication diphthérique ont fait défaut ou n'ont été que passagers, et, bien que cette opinion soit plus probable, il est difficile, pour ne pas dire impossible, d'affirmer que des fausses membranes se soient produites dans le larynx pour disparaître sous l'influence des inhalations de tannin. Il n'y a eu

ni asphyxie ni accès de suffocation ; le croup n'aurait donc pas dépassé la première période.

Voici, en abrégé, cette observation, dont les détails recueillis chaque jour n'offrent pas assez d'intérêt pour être tous exactement rapportés.

Le 25 octobre, Marie D., âgée de trois ans et demi, d'une bonne santé habituelle, fut prise de tristesse et d'abattement sans perte complète de l'appétit. Huit jours plus tard, elle devint enrouée et se mit à tousser ; enfin elle entra le 31 octobre à l'Hôpital Ste Eugénie au n° 19 de la salle Ste Mathilde (service de M. Barthez), offrant à l'observation les phénomènes suivants :

Le visage est pâle et exprime de l'abattement ; la fièvre est modérée ; le nez coule ; les ganglions sous-maxillaires sont peu gonflés et peu douloureux, il y a plutôt une tension générale dans cette région. La respiration se fait assez librement, le bruit laryngé n'est pas intense ni la dépression sternale très prononcée. Cependant le murmure vésiculaire s'entend mal dans toute l'étendue de la poitrine ; la voix et la toux sont rauques et par moments éteintes. Les amygdales, rouges et gonflées, sont couvertes en partie par une fausse membrane jaune, épaisse, à bords irréguliers, qui s'étend sur les piliers et le bord libre du voile du palais où elle paraît enchâssée dans l'épaisseur de la muqueuse. La luette est très gonflée, mais n'offre aucune trace d'exsudation couenneuse.

On administre immédiatement un vomitif, et après une heure de repos on commence les inhalations d'un liquide au tannin, pulvérisé au moyen de l'appareil de M. Sales-Girons. La solution est au dixième; chaque inhalation dure vingt minutes environ.

L'enfant peut en supporter dix en moins de vingt-quatre heures, sans en paraître le moins du monde incommodée ; elle tousse beaucoup pendant qu'elle respire le liquide pulvérisé. La toux est plus rare dans les intervalles et n'offre encore aucune modification dans son caractère ; il n'y a pas eu d'accès de suffocation.

Premier Novembre. Peu de changement dans l'état de la petite malade : la pâleur est moindre, la respiration facile, quoique le creux sternal se déprime davantage ; la voix et la toux sont toujours rauques et éteintes ; un liquide séro-sanguin s'écoule du nez, dans lequel on n'aperçoit d'ailleurs pas de productions pseudo-membraneuses. Sur la luette, principalement à la base, s'est développée une fausse membrane en forme de doigt de gant, tandis que l'exsudation est un peu moins étendue sur les amygdales ; le pharynx n'a pas encore été envahi (12 petites séances de pulvérisation).

2 *Novembre.* Le sommeil a été assez calme ; l'enfant a mangé un peu. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Seize inhalations sont faites dans la journée et la soirée avec la même solution tannique. Aussi bien supportés que la veille, elles provoquent des quintes de toux, parfois suivies de quelques crachats, sans vomissement ni rejet de fausses membranes.

Dès le lendemain 3 *Novembre* on constate une amélioration manifeste : l'enfant joue sur son lit et respire avec une liberté presque parfaite ; le sifflement laryngé est à peine perceptible ; néanmoins le murmure vésiculaire demeure obscur. La voix et la toux ne sont plus éteintes, mais seulement un peu voilées et rauques. Les fausses membranes ont disparu sur l'amygdale gauche, et il ne reste plus que quelques points jaunes sur la droite et sur la luette.

L'état général est de plus en plus satisfaisant ; les urines n'offrent pas la plus légère trace d'albumine.

Les inhalations de tannin sont continuées : on en fait *douze* dans la journée et *quatorze* le lendemain 4 novembre. Après quoi tout traitement est suspendu, les fausses-membranes ayant complètement disparu de la gorge, et la toux, rare d'ailleurs, n'offrant plus aucun mauvais caractère.

Marie D est considérée comme guérie le 5 novembre après quatre jours de traitement régulier au moyen des respirations de la solution de tannin pulvérisée, comme nous l'avons dit. Elle a quitté la salle Ste Mathilde et l'hôpital le 11 novembre en parfaite santé.

DES FIÈVRES
continues et rémittentes à quinquina

envisagées spécialement au point de vue de leur diagnostic.

Par le Dr **CASTAN**,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

(Voir les cahiers du 15 et 31 décembre.)

Diagnostic. — Les bases de tout diagnostic rationnel et véritablement clinique doivent être établies d'après la considération des trois points suivants : l'étiologie, la symptomatologie et le traitement. Nous avons déjà vu en effet, dans le chapitre précédent, l'insuffisance de la symptomatologie : les phénomènes manifestateurs des fièvres rémittentes sont trop variables pour que l'on puisse avec leur seul secours, avoir une notion exacte de l'état morbide. L'étiologie doit donc à son tour être consultée, et si elle ne peut encore suffisamment éclairer le diagnostic, il faudra avoir recours au troisième moyen, l'essai thérapeutique. Examinons successivement la valeur des divers renseignements puisés à chacune de ces sources.

Parmi les symptômes nombreux et variés que l'on observe dans les fièvres continues et rémittentes à quinquina, les seuls auxquels on doive attacher quelque importance sont les suivants :

1° La présence d'une exacerbation arrivant sans cause appréciable, revenant d'une manière périodique, et se manifestant par un double mouvement de concentration et d'expansion, qui constitue le caractère fondamental d'un accès de fièvre intermittente.

2° L'existence d'urines rouges, laissant déposer plus tard un dépôt briqueté. Si ces deux signes étaient constants, ils suffiraient certainement pour décider la question de l'indication du quinquina ; mais, nous l'avons vu, le premier fait souvent défaut; le second, quoique plus constant, peut aussi ne pas exister. L'autter, qui en avait retiré le plus grand

profit en 1739, remarqua au contraire que l'année suivante, l'urine était terne, aqueuse et presque naturelle (1).

La marche de la maladie fournira des renseignements non moins précieux ; si la fièvre a commencé par être franchement intermittente, et que, par quelqu'une des causes énumérées plus haut, elle soit passée à l'état continu ou rémittent, on peut donner hardiment le quinquina ; le succès de la médication prouvera la justesse du diagnostic. Mais très souvent aussi ce dernier caractère manque ; on se trouve alors en présence d'un de ces états morbides, que l'on rencontre si fréquemment dans la pratique, et qu'il est si difficile de déterminer au premier abord ; il faut alors de toute nécessité avoir recours pour s'éclairer à l'étiologie.

Nous avons rappelé le mot de Bally, parlant des médecins de Rome, qui, en présence d'une fièvre continue, se demandent tout d'abord : Est-ce ou non une fièvre à quinquina ? Dans les pays marécageux, il faut en effet constamment se tenir sur ses gardes, songer continuellement aux formes multiples que peut revêtir l'affection paludéenne, trop heureux si l'on peut saisir à quelque signe l'indication de la médication spécifique. Nous n'avons nul besoin de rappeler les rapports intimes qui lient un effet à sa cause, pour montrer l'importance des recherches étiologiques, pour faire comprendre le devoir qu'a tout médecin d'examiner les lieux, d'étudier les maladies propres au pays dans lequel il observe, et de chercher pendant une épidémie à connaître autant que possible la nature de ce *quid divinum* que l'on trouve dans tou-

(1) Primo anno nostræ hujus epidemiæ in omnibus gravius decumbentis ægris, quorum urinas intueri datum est, sedimen illud lateritium apparuit. Anno vero sequenti non nisi rubram cum crassa nulecula, aut tenuem aquosam, aut fere naturalem urinam per integrum morbi decursum aliquoties observavi. Ergo urina signum quidem præbet, si sedimen memoratum secum ferat, fere infaillibile, attamen cum in gravissimis febribus, eo careat subinde, minime perpetuum. Lautter, *loc. cit.*, p. 174.

tes les maladies populaires. Dès qu'il sera, en effet, arrivé à la connaissance pathogénique du fait morbide, dès qu'il pourra ainsi attaquer le mal dans sa source, le praticien luttera avec avantage contre la maladie, et si dans ses recherches il a saisi l'indication du quinquina, la victoire lui est certainement assurée. C'est ainsi que M. le professeur Dumas, envoyé à Draguignan par l'autorité supérieure lors de la dernière épidemie de Suette, découvrit, à l'aide d'une saine observation de la maladie aidée d'une étude approfondie de l'état des lieux, l'existence d'un élément intermittent; le sulfate de quinine fut dès lors administré et enraya promptement la maladie. On croira à la nature marématique d'une fièvre continue ou rémittente, toutes les fois que cette fièvre règnera dans un pays marécageux, que concurremment avec elle existeront des fièvres intermittentes vraies, qu'elles attaqueront plus spécialement les sujets qui par leurs travaux ou leur habitation sont plus exposés à l'influence des effluves marécageux.

Si l'on conserve encore quelques doutes, et s'il n'existe aucune contradiction majeure, on doit recourir à la méthode dite de l'essai thérapeutique. A *juvantibus et lædentibus fit indicatio.* Si la fièvre, continue ou rémittente, est véritablement de nature marématique, comment agira le quinquina? A quels signes reconnaîtra-t-on que le spécifique est véritablement indiqué, et que l'on doit en continuer l'administration? Voici comment Voullonne s'exprime à ce sujet « Les signes, dit-il, qui jetteront quelque jour sur la nature de la fièvre d'après l'action du quinquina, se tirent : 1° de la nature du relâche que le fébrifuge procure au malade ; qui est toujours prompt, entier, et au moins avec une apparence de solidité. 2° De la nature de la maladie après la rechute ; si la fièvre est essentielle, les accès reparaissent plus doux, plus tard, et après la cessation du quinquina; si elle est symptômatique, ils reparaissent aussi forts, plus tôt et pendant l'usage du quinquina; 3° si elle est essentielle, la fièvre après la rechute sera plus accessible au quinquina ;

si elle est symptomatique, elle sera plus rebelle. » (1) M. Briquet a reconnu la vérité des observations de Voullonne, quand il a dit que « les accidents cessent brusquement et sans transition sous l'influence de la médication antipériodique » (2). Ces caractères suffiront dans la plupart des cas pour distinguer les rémittentes vraies des rémittentes fausses, contre lesquelles en vertu de ses propriétés antipériodiques, le quinquina exerce aussi une certaine action; mais alors, suivant les expressions de Voullonne, la nature du relâche n'est plus aussi franche.

Telle n'est pas cependant toujours l'action du spécifique; dans certains cas, le sulfate de quinine, ainsi que nous l'avons souvent observé, administré à faibles doses, au lieu de produire, comme dans les cas précédents, une amélioration notable, paraît au contraire amener une aggravation de la maladie, en donnant plus de force aux symptômes qui constituent le paroxysme; ceux-ci sont plus accentués; par suite, la rémittence se dessine mieux, la maladie a une allure plus franche. C'est ainsi que Sims avait constaté dans la constitution de 1767-68 les bons effets du quinquina, toutes les fois qu'il existait de la rémittence; mais, ajoute-t-il, avant d'agir il augmente les symptômes (3). Cet effet ne se produit jamais dans les rémittentes fausses; on peut, par conséquent, juger ainsi de la nature de la fièvre, et insister dès lors sur l'emploi du quinquina.

Dans d'autres cas, l'élément rémittent entre dans la composition de la maladie, et cependant le sulfate de quinine reste sans action; c'est qu'alors l'affection principale est masquée par une complication quelconque, inflammatoire, gastrique ou autre. La saignée, les évacuants rendront la rémittence plus sensible, et donneront ensuite tout pouvoir au quinquina. Strack suivit avec succès cette méthode dans

(1) Voullonne. *Loc. cit.* P. 99.
(2) Briquet. *Loc. cit.* P. 344.
(3) Sims. *Maladies épidémiques.*

une fièvre gastrique inflammatoire, qui était, suivant l'expression de l'auteur, une fièvre intermittente déguisée sous le type continu (1).

Pronostic. — Tous les auteurs ont été d'un avis unanime pour reconnaître aux fièvres continues et rémittentes une certaine gravité, accrue du reste par les difficultés de leur diagnostic. Fouquet parle d'une épidémie qui sévit à Batavia sur l'armée anglaise, et qui lui fit perdre beaucoup de monde : « Quelques personnes, dit-il, se trouvaient saisies subitement du délire, et mouraient dès le premier accès ; mais aucun malade n'a survécu au troisième. » (2) Telle n'est pas en général la marche des fièvres rémittentes ; une rapidité pareille n'appartient guères qu'aux intermittentes pernicieuses, dans lesquelles, il est vrai, la médecine n'a pas toujours le temps d'agir. Dans les rémittentes ordinaires, au contraire, toute latitude est donnée au praticien, et s'il parvient à reconnaître les éléments divers qui composent la maladie, s'il sait agir avec prudence et à propos, il parviendra certainement à sauver la plupart de ses malades. L'affection morbide, dangereuse en elle-même, perd donc de sa gravité par la puissance du remède qu'on peut diriger contre elle, et ce n'est que dans les cas où une complication quelconque masque la rémittence ou empêche l'action du spécifique, que l'on peut concevoir des craintes sérieuses.

Traitement. — Les bases du traitement des fièvres continues et rémittentes vraies reposent évidemment sur la connaissance de leur nature. Or, nous les avons montrées : 1° comme étant une expression de cette affection à faces multiples, que faute d'un nom plus convenable nous appelons affection paludéenne, marématique ; 2° comme étant souvent associées avec un autre état morbide, inflammatoire, catarrhal, gastrique, adynamique, etc., qui masque l'élé-

(1) Cité par Goudareau, dans ses notes au Traité de P. Frank, P. 20.

(2) Notes au Traité de Lind sur les fièvres. P. 260.

ment rémittent dans un grand nombre de cas. Deux indications principales nous paraissent ressortir naturellement de ces idées : 1° détruire l'élément concomitant ; 2° attaquer l'élément rémittent. Nous n'insisterons pas sur le premier point, renvoyant aux observations de Lancisi, Lautter, Pringle, Hildenbrand, etc., que nous avons déjà rapportées ; on verra là l'importance majeure pour la thérapeutique de ne pas négliger le traitement de ces complications. Le quinquina est inutile, souvent même funeste, si l'on n'a pas satisfait à cette première indication. Quant à la seconde indication, c'est par le quinquina seul qu'on peut la remplir. Si à l'origine de la découverte de ce précieux médicament, quelques doutes ont pu s'élever sur ses propriétés antifébriles, la lumière n'a pas tardé à se faire ; les prophéties de Chifflet et de Plempius (1) n'ont pu se réaliser, et les arguments de l'obstiné Guy-Patin ont dû tomber devant l'évidence des faits (2). Si plus tard quelques objections ont encore été faites contre l'utilité du quinquina dans les fièvres continues, si Voullonne en particulier a pu dire que « quand tout vestige d'intermittence est absolument aboli, le fébrifuge est inutile » (3) cette opposition n'a pu résister aux belles et nombreuses observations des médecins d'Afrique. Mais peut-on toujours donner le quinquina ? Torti, examinant les

(1) Voir Briquet. *Loc. cit.* Introduction.

(2) On sera peut-être étonné que nous ne rangions pas Ramazzini au nombre des ennemis du quinquina ; mais le médecin italien avait parfaitement reconnu l'efficacité de ce précieux médicament, et ce n'est ainsi que l'indique le titre de son célèbre Traité, que contre les abus qu'on en faisait de son temps, qu'il a voulu s'élever. C'est ce qui ressort de la lecture du passage suivant : « Admirandum est profecto quomodo ad exiguum pulvisculum quomodocunque exhibitum febris periodicæ furor conquiescat, interdum etiam extinguatur, quod de quocunque, alio remedio non tam facile observatur, quod sciam (*De abusu Chinæ Dissertatio.* P. 219). »

(3) Voulonne. *Loc. cit.* P. 160.

contrindications que peut fournir l'état particulier dans lequel se trouve le sujet, tel que la grossesse, l'écoulement des règles, l'état puerpéral, etc., conclut qu'il n'y a pas lieu pour ces motifs d'arrêter l'administration du spécifique, et nous nous rangeons complétement à cet avis (1). Des symptômes d'irritation du côté des voies digestives doivent au contraire arrêter le praticien : dès que l'on constate, en effet, de la rougeur à la langue, une douleur plus ou moins vive à l'épigastre, etc., il faut éviter de donner le spécifique par les voies digestives ; le danger ici n'est pas aussi pressant que dans les fièvres pernicieuses ; on doit donc attendre, chercher à éteindre cette irritation avant d'en venir à l'administration interne du sulfate de quinine. Il est vrai qu'on peut alors avoir recours à d'autres voies d'administration. On trouvera un autre motif d'agir avec prudence dans la trop grande susceptibilité des centres nerveux qui, péniblement impressionnés même par de faibles doses de quinquina, révéleront dans certains cas leur état de souffrance par des désordres plus ou moins marqués dans les fonctions de la vue, de l'ouie, par des vertiges, du délire, etc.

Le quinquina, généralement administré sous la forme de sulfate de quinine, peut être introduit par la bouche, le rectum ou la peau ; on a aussi préparé un éther quinique destiné à être absorbé par les voies respiratoires ; mais les observations ne sont pas encore assez nombreuses pour qu'on puisse avoir des données certaines sur son efficacité. Le sulfate de quinine, introduit par les voies digestives supérieures, peut être donné sous forme pilulaire ou en potion ; ce dernier mode est préférable, le médicament étant ainsi plus facilement absorbé ; malheureusement tous les malades ne peuvent pas vaincre leur répugnance ; souvent même l'estomac ne peut supporter le sel et le rejette ; dans ces cas, il faut avoir recours aux pilules. L'administration par le rectum, quand la méthode précédente ne peut être appliquée, rend

(1) Torti. *Loc. cit.* T. II, liv. V, chap. VI, p. 402.

aussi d'utiles services; nous en dirons autant de la méthode iatraleptique; nous ne partageons nullement en effet les craintes de M. Parisel (1) sur le succès des médicaments incorporés dans l'axonge; le sulfate de quinine en frictions nous a rendu au contraire de très grands services, principalement chez les enfants.

Quant à la dose, elle varie suivant les âges, la tolérance du sujet. Un praticien distingué de Montpellier, Roucher, assure que le quinquina ne peut réussir dans ces occasions qu'autant qu'on l'élève à de très hautes prises. Cleghorn, de Haën, Sims, dit-il, l'ont administré à grande dose.... Ici, ajoute-t-il, il n'y a pas à tergiverser; que les jeunes médecins apprennent que le quinquina enlèvera le paroxysme, ou que le paroxysme enlèvera le malade » (2). Chez l'adulte 1 gramme ou 1,50 sont nécessaires pour enrayer promptement les accidents. On choisira la fin du paroxysme pour l'administration du remède; ces fièvres ayant toujours une certaine irrégularité dans leur marche, et anticipant souvent les uns sur les autres, on doit agir dès qu'on le peut.

Une dernière question nous reste à examiner. Comment agit le quinquina? Est-ce à titre d'antipériodique ou de spécifique de l'affection marématique? Nous n'hésitons pas à nous prononcer pour cette dernière manière de voir, et toutes nos études précédentes confirment notre opinion. Comment agirait le quinquina dans les fièvres continues, s'il ne s'adressait directement à l'état morbide? Ici, la périodicité est détruite, la forme la plus habituelle de l'affection paludéenne a disparu; mais l'affection elle-même persiste toujours, et c'est à elle que le quinquina s'adresse. Nous reconnaissons cependant que le médicament a aussi une action antipériodique prouvée par ses effets dans les fièvres intermittentes symptomatiques, qu'il enraye pour quelque temps; mais ici, l'état morbide persistant, les phénomènes reparais-

(1) Voir *le Montpellier médical*. Juillet, 1860.
(2) Roucher. *Médecine pratique*. Montpellier. An VI. T. I, 146.

sent bientôt. Nous n'insistons pas davantage sur ce point qui a été parfaitement élucidé par MM. Trousseau et Pidoux, dont nous partageons complètement les opinions.

Et maintenant que conclure de toutes les données précédentes sur la nature des fièvres rémittentes ? Sont elles constituées par une fièvre continue unie à une intermittente, comme l'ont voulu un grand nombre d'auteurs ? Sont-elles produites par l'association d'une phlegmasie viscérale et d'une fièvre intermittente, suivant l'idée de MM. Nepple et Maillot ? Sont-elles une manifestation simple de l'affection marématique ?

L'observation démontre qu'il existe une fièvre rémittente essentielle, indépendante de toute association avec une fièvre continue ou quelque phlegmasie viscérale. Ce qui le prouve, c'est que le quinquina enlève très souvent la maladie d'une manière complète, tandis que dans l'opinion que nous combattons, le spécifique ne devrait détruire que l'intermittence, laissant la fièvre continue ou la phlegmasie viscérale poursuivre leur cours. Et cette opinion n'a rien du reste qui choque la raison ; l'analogie nous conduit même à l'admettre. Ne voit-on pas des accès de fièvre intermittente d'inégale durée, et ne peut-on dès lors en concevoir d'assez longs pour ne jamais laisser le malade en repos, et constituer dès lors une fièvre rémittente ? Mais en même temps nous devons reconnaître que très-souvent l'intermittence est associée à quelqu'autre état morbide, fièvre typhoïde, embarras gastrique même, etc. Dans ces cas, le quinquina ne peut s'adresser qu'au premier de ces éléments, laissant à l'autre toute sa vigueur. Les indications thérapeutiques varient donc suivant les cas ; aussi est il de la plus haute importance pour le traitement de distinguer ces différents états de simplicité, association ou complication.

Des considérations précédentes nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1° Il existe des fièvres continues et rémittentes, dont le quinquina est le remède spécifique.

2° Elles peuvent exister isolément ou concurremment avec tout autre état morbide.

3° Il est très-important de les distinguer des autres fièvres continues ou rémittentes ; car le quinquina, qui est très utile contre tou es les manifestations de l'affection paludéenne, est au contraire inutile et souvent nuisible dans les autres pyrexies.

4° Le diagnostic sera établi d'après la considération de l'étiologie, de la symptomatologie et du traitement.

MÉMOIRE SUR LA LARYNGOSCOPIE,

Par le Docteur **MOURA-BOUROUILLOU.**

(Voir le dernier cahier.)

Eclairage des parties antérieures du larynx. — L'étude que nous venons de faire de la marche des rayons lumineux, dans la région pharyngo-laryngienne va nous rendre la réponse facile.

S'agit-il, par exemple, d'examiner les follicules de la base de la langue, les fossettes sus-épiglottiques, le ligament glosso-épiglottique ou la partie supérieure de l'épiglotte. Nous n'avons qu'à redresser lentement le miroir ML et immédiatement les rayons réfléchis LD, LC vont suivre le même mouvement; au lieu d'éclairer CB, ils iront éclairer successivement la face laryngienne de l'épiglotte, son bord supérieur, puis le ligament glosso-épiglottique, les fossettes sus-épiglottiques et enfin la base de la langue. Il n'y a donc qu'à s'arrêter plus ou moins longtemps sur ces différentes parties. On facilite cet éclairage soit en faisant incliner la tête du malade en arrière, soit en envoyant de bas en haut les rayons lumineux sur le miroir laryngien.

S'agit-il d'éclairer la partie antérieure de la glotte ou la trachée? Ici l'éclairage est plus compliqué. On peut voir dans la figure 2 que pour observer le point V les rayons incidents doivent se réfléchir suivant OV au moins; il faudrait donc que le miroir ML fût placé au-dessous du point O, dans une incli-

naison d'environ 12 à 15 degrés par rapport au pharynx. Dans ce cas, la lampe doit être disposée au-dessus de la tête du malade afin que le réflecteur envoie des rayons obliques de haut en bas sur le laryncoscope. De cette manière l'éclairage de la trachée et de l'angle glotto-épiglottique n'offre que très peu de difficulté. Les laryngoscopes elliptiques, à tige soudée à l'une de leurs extrémités, trouvent ici leur emploi. L'angle d'ouverture de ces instruments doit être, comme nous l'avons dit, de 150°. Les laryngoscopes fabriqués à Vienne ont un angle d'ouverture de 135° qui représente très exactement l'inclinaison de la partie inférieure de l'épiglotte sur la paroi du pharynx, chez les sujets dont l'angle glotto-épiglottique est de 45°. Cette exactitude fait que ces instruments éclairent difficilement parfois l'extrémité antérieure de la glotte; mais comme le plus ordinairement l'angle glotto épiglottique est supérieur à 45°, on arrive encore assez bien à son éclairage avec les laryngscopes de Vienne. La difficulté est d'autant plus sensible que l'angle glotto-épiglottique est plus près de 45°. Remarquons, d'ailleurs, qu'on remédie très peu à cet inconvénient en faisant relever fortement la tête au malade; si on change ainsi la direction des rayons incidents, on change dans le même sens la position du miroir sans modifier son angle d'ouverture. La main de l'observateur, qui gêne souvent la marche des rayons incidents, suit naturellement le mouvement de la tête; il en résulte que l'éclairage s'éloigne du point que l'on veut examiner. C'est en augmentant l'angle d'ouverture qu'on parvient à éclairer l'insertion antérieure des cordes vocales et la paroi antérieure du conduit trachéal. Ce n'est donc pas sans raison que nous avons avancé que les laryngoscopes allemands avaient un angle d'inclinaison trop petit dans certaines circonstances. Nous verrons ailleurs qu'il est encore trop faible lorsqu'on en fait des instruments rhinoscopiques.

Illusion d'optique. — Une autre inconvénient de cet angle d'inclinaison de 135° et que nous n'avons pas encore signalé parce qu'il trouve sa place ici, c'est de donner une idée erronée de la situation des parties, de déterminer, en termes plus

exacts, une illusion d'optique. En effet, le laryngoscope porté au fond de la gorge et ayant sa tige placée du côté de la commissure gauche, par exemple, se trouve disposé de façon que le plan du miroir ou au moins son bord inférieur, au lieu d'être vertical au plan perpendiculaire de la glotte, est incliné d'avant en arrière et de gauche à droite sur ce plan. Or, le rayon lumineux qui rencontre ce miroir se réfléchit perpendiculairement à son plan, en faisant l'angle de réflexion égal à l'angle d'incidence. Dans cette condition, le plan du miroir étant oblique au plan vertical et sur la paroi pharyngienne, le rayon réfléchi éclairera nécessairement le côté droit de la région pharyngienne du malade. Si nous inclinons le miroir de haut en bas, afin d'éclairer les parties inférieures, le rayon réfléchi va suivre ce mouvement en éclairant toujours le côté droit et non la ligne médiane; s'il se rapproche de cette ligne, qui passe par la glotte, c'est parce qu'on fait mouvoir la surface réfléchissante suivant un axe transversal qui passe par le plan de l'angle d'ouverture de l'instrument. En conséquence de ce mouvement, le bord inférieur du miroir tend à devenir parallèle au pharynx, ou perpendiculaire au plan vertical, mais ne le devient presque jamais. Il en résulte qu'on n'obtient l'éclairage de la glotte que par des tâtonnements plus ou moins adroits. Quand, par hasard, cet éclairage a lieu, si l'on examine la direction de la tête du malade, on s'aperçoit qu'elle est un peu tournée vers la droite de l'observateur, et non directement en face de lui. Dans cette position, la direction de l'image forme avec la glotte un angle dont le sommet est dirigé vers la droite du malade. De là une illusion qui peut en imposer pour une déviation des parties que l'on éclaire. Il est vrai de dire, cependant, qu'en faisant l'examen de la main gauche, comme contre épreuve, on corrige cette illusion parce qu'elle se reproduit dans un sens tout opposé, mais symétriquement. M. Czermak, qui se sert de miroirs laryngiens quadrangulaires, évite cette illusion, et voici de quelle manière. La tige de son instrument est, nous l'avons vu, soudée à l'un des angles du miroir; cet angle se place justement dans

l'un des angles supérieurs de l'isthme du gosier ou du voile du palais. (3e mode d'éclairage). Le miroir se trouve, *ipso facto*, parallèle au pharynx par son bord inférieur, et par conséquent perpendiculaire au plan vertical qui passe par la glotte. De sorte qu'en inclinant ou relevant le miroir pour éclairer les organes, M. Czermak le fait mouvoir tantôt sur son bord inférieur comme axe, tantôt sur son bord supérieur, mais toujours suivant un axe transversal perpendiculaire au plan vertical de la glotte. Il en résulte qu'il éclaire les parties dans une direction verticale et perpendiculaire au pharynx et il voit très bien leur image, puisque image et objet sont situés dans le même plan vertical. Ceci nous explique sa préférence pour les miroirs quadrangulaires. Si M. Czermak se servait d'un miroir elliptique, il n'aurait pas autant de facilité pour éclairer la glotte.

Les miroirs circulaires peuvent être considérés comme des miroirs carrés ou quadrangulaires. Pourvu qu'on les place dans le fond de la bouche, comme on le fait pour ceux-ci, ils ne donnent pas d'illusion d'optique, même avec un angle d'inclinaison plus grand que 135°.

On voit donc, par ce qui précède, que, suivant qu'on emploiera l'un ou l'autre modes d'éclairage, l'angle d'ouverture du laryngoscope devra être de 120° ou 150°.

Si l'on a bien compris les explications que nous venons de donner sur la marche des rayons destinés à éclairer les organes situés sur la ligne médiane, on n'aura pas de peine à déterminer d'avance celle qu'ils doivent suivre pour l'éclairage de ceux qui sont disposés de chaque côté de cette ligne. La main qui tient le laryngoscope communique d'elle-même au miroir tous les mouvements nécessaires. La surface réfléchissante de l'instrument doit être toujours disposée sous un même angle par rapport à l'observateur et aux organes éclairés; sans cela le rayon incident éclairerait, en se réfléchissant, des parties situées au-dessus ou au-dessous du point que l'on veut examiner.

La main libre de l'observateur, comme nous l'avons déjà

observé, peut servir d'aide à celle qui tient l'instrument, elle imprime à la tête du malade des mouvements de bas en haut ou de haut en bas, de droite à gauche ou de gauche à droite suivant l'opportunité; elle appuie parfois sur le cou avec modération pour maintenir, soulever ou repousser le larynx.

Le malade peut aussi, de son côté, exécuter divers mouvements qui ne manquent pas d'importance. Si, par exemple, la voie bucco-pharyngienne est étroite, et, si malgré la disposition convenable donnée aux organes l'on n'obtient qu'une exploration insuffisante, on engage le malade à faire une large inspiration, à prononcer certaines voyelles (è dans même) dont l'émission exige un son de voix éclatant, mais plutôt grave qu'aigu. Le chant, le rire peuvent aussi venir en aide à celui qui explore le larynx.

Il arrivera, plus d'une fois, que la personne examinée, sans avoir une affection aiguë pharyngo laryngienne, ne pourra supporter le plus léger contact du laryngoscope. L'idée seule qu'on introduit dans sa bouche un instrument, tout inoffensif qu'il soit, suffit pour déterminer des répulsions invincibles. Ainsi qu'on l'a dit fort bien, il faut alors faire son éducation. On reviendra de temps en temps à l'exploration de son larynx; on l'engagera à promener dans le fond de sa bouche des corps étrangers de manière à habituer les organes à leur contact. Peu à peu on verra leur sensibilité s'émousser et on sera bientôt surpris de faire leur examen sans obstacle.

En général les personnes atteintes d'affections des voies pharyngo-laryngiennes, lorsqu'elles sont soumises à l'examen laryngoscopique, ont déjà subi divers traitements locaux qui ont contribué à rendre leurs organes moins sensibles au contact des corps étrangers. C'est pour cela que le plus grand nombre supportent assez bien les premières inspections du laryngoscope. Celles qui, au contraire, ne sont pas sujettes à ces maladies supportent ces épreuves avec plus d'appréhension et plus de difficultés. C'est ce qui avait fait croire que très peu de malades résisteraient au contact de l'instrument. Au-

jourd'hui l'expérience s'est prononcée suffisamment sur ce point. Nous n'avons pas en conséquence à en chercher davantage l'explication.

CHAPITRE IV. — De l'Autolaryngospie.

L'autolaryngoscopie, comme son nom l'indique, consiste à observer soi-même son larynx au moyen du laryngoscope. Garcia avait déjà expérimenté ce procédé. Il recevait les rayons solaires sur un second miroir qui les renvoyait sur celui du fond de la bouche et lui permettait de voir l'image des parties éclairées. En employant la lumière artificielle, M. Czermak a pu prendre des dispositions différentes et faciliter ce moyen d'exploration. Ce que nous savons déjà de la laryngoscopie simplifiera singulièrement ce genre d'étude.

Mettons-nous, par exemple, au lieu et place du malade que nous avons soumis précédemment à l'examen laryngoscopique. Fixons sur un pied, en face de nous, le réflecteur. La lampe est placée à notre côté, un peu en avant, munie d'un écran ; sa flamme est à la hauteur de notre visage; elle envoie sa lumière à peu près horizontalement sur le réflecteur destiné à éclairer le fond de notre bouche. Ne pouvant pas regarder par le centre non étamé du réflecteur, nous sommes obligé d'avoir recours à un second miroir que nous portons avec une main devant nos yeux de manière à ne pas intercepter la marche des rayons lumineux. Il ne nous reste plus qu'à prendre le laryngoscope de l'autre main, à le chauffer et à le placer au-devant du voile du palais, comme on le ferait sur un malade. Tels sont les éléments qui constituent l'autolaryngoscope, instrument que M. Czermak a fait exécuter et dont voici la description.

Autolaryngospe de Czermak. — Sur la fermeture d'une boîte d'environ 35 centimètres de long sur 14 de large est fixé, près de l'une de ses extrémités, une virole destinée à recevoir l'extrémité d'un pied en cuivre de 25 centimètres de hauteur. Ce pied cylindrique est foré suivant sa longueur dans une étendue de 20 centimètres. Il reçoit sans frottement une tige métallique de 20 centimètres de longueur à laquelle

est adapté le réflecteur. L'extrémité supérieure du pied est munie d'une vis latérale qui permet de maintenir la tige précédente, et par conséquent le réflecteur à la hauteur que l'on désire. Le réflecteur est plus grand que celui que nous avons décrit pour la laryngoscopie ; il a un diamètre de 10 à 11 centimètres. Sa distance focale est la même. Il est au reste disposé comme le réflecteur de M. Czermak pour l'éclairage du larynx des malades.

A sept centimètres environ de la base du pied en cuivre, on a pratiqué un trou latéral dans lequel ou visse une tige métallique assez forte, d'environ 32 centimètres de longueur. Cette tige est disposée horizontalement au-dessus de la boîte. Elle supporte à son extrémité libre un second pied cylindrique en cuivre jaune, de 18 centimètres de hauteur et foré comme le premier pour recevoir une tige qui supporte un miroir rectangulaire simple. Une vis latérale permet de fixer la tige à la hauteur que l'on juge convenable, tandis qu'une autre vis inférieure forte maintient son pied. Toutes les différentes parties de cet appareil, ainsi que deux laryngoscopes, trouvent leur place dans la boîte.

Manière de s'en servir. — Celui qui veut s'examiner avec l'auto-laryngoscope doit mettre devant lui l'instrument monté et prêt à fonctionner. Le réflecteur et le miroir rectangulaire étant tournés vers sa bouche, il place la lampe à sa droite ou à sa gauche selon qu'il tient le laryngoscope de la main gauche ou de la main droite. Il peut aussi disposer la lampe derrière lui, un peu au-dessus de sa tête, comme nous l'avons indiqué pour la laryngoscopie. Il dirige ensuite la lumière sur le réflecteur soit horizontalement, soit obliquement de bas en haut ou de haut en bas. Il dispose le réflecteur de telle manière que les rayons lumineux se concentrent dans le fond de sa bouche et éclairent le miroir laryngien. Il place le miroir rectangulaire devant ses yeux au-dessus ou au-dessous de la direction des rayons envoyés par le réflecteur. Enfin, il chauffe le laryngoscope, et il le porte dans une inclinaison convenable audevant de la luette ou du voile du palais.

Quant à l'éclairage des organes, il se fait de la même manière que celui que nous avons décrit pour le larynx des malades. Nous n'avons donc pas à reproduire ici la marche des rayons lumineux, ni la position qu'il faut donner au laryngoscope. On, parviendra d'autant plus vite et d'autant plus exactement à éclairer les organes qu'on possèdera mieux cette marche et cette position ; en un mot, l'éclairage sera d'autant plus facile que les rayons incidents et les rayons réfléchis, le point éclairé et son image, le rayon visuel enfin seront situés dans un seul et même plan.

Lorsqu'il fait usage de l'autolaryngoscope. M. Czermak dirige les rayons incidents immédiatement au-dessous du miroir rectangulaire ; ses yeux sont mis ainsi à l'abri de la lumière, puisque le miroir fait office d'écran. De plus, il dispose son instrument de manière que ces rayons pénètrent à peu près horizontalement dans sa bouche. Ces conditions ne sont pas absolues. L'habitude de l'instrument nous a démontré que la lumière peut non seulement passer au-dessus et au-dessous, mais encore à droite ou à gauche du miroir rectangulaire. Nous avons constaté que toutes ces directions des rayons incidents n'empêchent nullement l'observateur de voir l'image laryngoscopique. On peut aussi, comme nous l'avons remarqué, faire exécuter au miroir rectangulaire des mouvements sur sa tige, comme axe, et, pourvu que son obliquité par rapport à l'observateur ne soit pas poussée trop loin, il permettra de voir l'image laryngoscopique sous ses différents aspects.

Autolaryngoscope simplifié. — Toutes ces remarques nous ont déterminé à substituer au miroir rectangulaire un miroir concave à long foyer et percé à son centre d'un trou circulaire de 30 à 35 millimètres de diamètre. Les rayons lumineux émanés du réflecteur traversent le trou et arrivent dans le fond de la bouche sur le laryngoscope. De cette manière nous n'avons pas à nous occuper de faire passer les rayons incidents au-dessus ou au-dessous du miroir. Nous sommes toujours certains de rencontrer l'image quelque part. Si, de plus, nous observons qu'il grandit l'image, on comprendra

sans peine que l'importance de cette modification est réelle.

Au lieu du miroir concave, nous employons, quelquefois, un miroir simple percé d'un trou carré ou rond de la même grandeur que celui du précédent; dans ce cas, les dimensions de l'image ne sont pas changées.

Les autres parties constituantes de l'instrument peuvent également subir des modifications avantageuses; ainsi notre loupe portative rend inutile le réflecteur; le miroir perforé à son centre et cette loupe, voilà notre autolaryngoscope.

Difficultés de l'autolaryngoscopie. — L'exploration autolaryngoscopique présente des difficultés qui n'ont pas échappé à son auteur. M. Czermak s'exprime ainsi à ce sujet : « Quoiqu'on comprenne facilement la manière dont fonctionne cet appareil, il faut cependant une certaine habileté pour en faire usage. » Nous ne sommes pas tout-à-fait de son avis relativement à l'adresse nécessaire pour faire usage de l'autolaryngoscope. Nous sommes persuadé que l'habitude de l'instrument triomphe de ces difficultés plus que l'habileté de l'observateur. Aussi ne conseillerons-nous pas à ceux qui désirent étudier le larynx, ses maladies et ses fonctions de débuter par l'autolaryngoscopie. Nous comprenons fort bien que M. Czermak et d'autres aient commencé par s'étudier eux-mêmes, alors qu'ils n'avaient que très peu de notions sur l'examen des malades. Mais aujourd'hui ces notions sont assez étendues et l'éclairage du larynx des malades est assez facile, pour qu'on abrège le chemin qui doit conduire à ces études.

Les modifications que nous avons fait subir à l'autolaryngoscope de Czermak rendront cet instrument plus facile à manier. Entr'autres difficultés relatives à son maniement, nous signalerons celle qui concerne la disposition qu'il faut donner au miroir rectangulaire.

Lorsqu'en effet l'observateur cherche l'image laryngoscopique dans ce miroir, il est un peu désorienté en voyant à combien de tâtonnements il est obligé de se livrer pour la saisir. Cela tient à ce que son rayon visuel, ou plutôt ses yeux sont situés à 7, 8 ou 9 centimètres au-dessus du point

où se trouve le laryngoscope. Les rayons envoyés par l'image laryngoscopique sur le miroir rectangulaire suivent une direction d'autant plus oblique de bas en haut qu'il est plus près des yeux ; ce miroir, étant situé au dessus des rayons incidents émanés du réflecteur, occupe une position intermédiaire entre les yeux et la bouche. Cette position ne présenterait pas de difficulté à déterminer, si les arcades dentaires pouvaient s'écarter suffisamment et à volonté. Comme cet écartement est limité, il en résulte que les dents interceptent tantôt les rayons du réflecteur, tantôt les rayons de l'image laryngoscopique. De là les tâtonnements forcés, si l'on veut à la fois rencontrer l'image du miroir rectangulaire et donner à la bouche une direction favorable à son éclairage. Le miroir concave percé d'un grand trou rend ces tâtonnements bien moins fréquents, car on peut voir l'image en haut ou en bas, à droite ou à gauche du trou. Comme le miroir rectangulaire, il doit être placé dans une position inclinée. De son côté, l'observateur doit se placer très près du miroir s'il veut apercevoir l'image nettement et avec facilité. En se tenant à une distance trop grande, son axe visuel descend au-dessous de la surface réfléchissante et les rayons de l'image laryngoscopique se réfléchissent au-dessus de sa tête. Ne pouvant rencontrer l'image que sur le prolongement des rayons réfléchis par le miroir concave ou par le miroir rectangulaire, c'est de haut en bas qu'il doit regarder le miroir et non horizontalement ou de bas en haut. Plus il sera près de la surface réfléchissante, plus il sera sûr de voir l'image laryngoscopique.

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

Journaux de Paris.

Le ver solitaire expulsé par la graine de citrouille.

Dans une série d'articles que M. le docteur Tarneau, médecin aide-major, a consacrée à l'étude du *tænia* en Algérie, et de son endémie dans la ville de Bone, nous remarquons surtout celui qui traite plus spécialement de la thérapeutique.

Dans la statistique qu'il dresse à ce propos, on trouve que sur 31 cas où l'on a employé l'écorce de la racine de grenadier, on compte 20 succès 38 après la première dose, 6 après la deuxième, 3 après la troisième, 1 enfin après la huitième. Les insuccès s'élèvent à 11.

Le kousso a été administré dix fois, sur lesquelles il a réussi à expulser le tænia : après la première dose, dans 6 cas ; après la deuxième, dans 2 cas; une fois seulement après la troisième. — Il n'accuse qu'un insuccès, et encore il fait observer que le mode de préparation n'a pas été suivi selon les préceptes de l'art.

Ce médecin, atteint lui-même du tænia, a dû recourir d'abord à l'écorce dn grenadier ; il en prend occasion de dire que cette décoction est la préparation pharmaceutique la plus détestable, et il signale les dégoûts et les symptômes fâcheux quelquefois qui en suivent l'emploi. La fréquence de cette affection en Afrique a fait demander souvent par les médecins de l'armée que le kousso fît partie du formulaire pharmaceutique dans tous les hôpitaux militaires : il y a figuré depuis le 1er janvier 1858. Le prix longtemps très élevé de cette substance avait mis obstacle à son usage. Il a considérablement diminué aujourd'hui, et il est à la portée de toutes les bourses.

Il est un autre remède qui sous ce rapport l'emporte sur celui-ci, et qui réussit aussi très-souvent. C'est à Bordeaux, c'est à notre excellent confrère M. le docteur Brunet qu'on doit la résurrection de ce moyen, et depuis que ce médecin l'a vulgarisé on l'a presque partout essayé avec succès, et en ces derniers temps en Algérie sur la personne même de M. Tarneau.

Dans un *Appendice* à son mémoire, il nous apprend que « le tænia, à la merci duquel il se trouve envers et contre tous « depuis bientôt deux ans, a donné de nouveaux signes de vie, « et manifesté sa présence dans les selles. » Sur le conseil du docteur Remy, M. Tarneau a eu recours alors aux semences de citrouille, dont il avait à peine parlé dans son travail, et ç'a été avec un grand succès.

Redisons donc pour nos confrères, surtout des campagnes, qu'avec 40 grammes de semences de citrouille mondées de leurs follicules et pilées dans un mortier avec une suffisante quantité de sucre, et en ajoutant à la pâte qui en résulte la valeur d'une tasse de lait, on obtient un remède souvent efficace contre le tænia. Il faut seulement, la veille de son emploi, soumettre le malade à une diète assez sévère, lui administrer une petite dose d'huile de ricin, et deux heures après avoir fait avaler le magma de citrouille donner au malade 50 ou 30 grammes d'huile de ricin en émulsion.

Nous avons souvent expulsé le tænia de son siège par ce moyen aussi simple que peu dispendieux, et tout cela sans malaise ni coliques.

Des fractures du radius, et du rôle physiologique et pathologique du ligament inter-osseux de l'avant-bras.

Le mécanisme de l'avant-bras laissait beaucoup à désirer dans l'état de la science, le rôle du ligament interosseux à l'état physiologique et à l'état pathologique n'était pas même soupçonné; on n'avait que des idées erronées sur le mécanisme des fonctions du radius.

Un élève distingué de M. Batailhé, M. le docteur Lopes, vient d'exécuter sous ses auspices une série de recherches qui peuvent nous permettre de dire que les points de mécanique animale sont aujourd'hui comblés.

Rôle physiologique du ligament interosseux de l'avant-bras.

Le corps des deux os laisse entre eux un intervalle considérable, surtout au milieu, moindre en haut et disparaissant en bas, qu'on appelle espace interosseux. Cet espace a son maximum d'étendue transversale dans une position intermédiaire entre la pronation et la supination.

Un ligament joint les deux os à travers cet intervalle; c'est le ligament interosseux, que quelques auteurs nomment simplement aponévrose interosseuse, lui refusant tout rôle de ligament, et par conséquent aussi le nom de ligament.

Ce ligament s'attache, d'une part, au bord interne ou tranchant du radius ; d'autre part, au bord externe et tranchant du cubitus. Ce ligament est extrêmement fort, le nombre de ses fibres est considérable ; mais il n'est pas également fort partout. Ainsi il est très-fort vers la partie moyenne de l'avant-bras ; il s'affaiblit à mesure que l'on approche de l'extrémité inférieure des deux os de l'avant-bras ; en haut, il manque aussi dans un petit intervalle.

Mais le point sur lequel nous voulons attirer l'attention, c'est le nombre de ses fibres, qui est grand, et la direction de ses fibres.

Sauf quelques rares fibres, égarées en quelque sorte, les fibres du ligament interossseux sont dirigées de haut en bas et de dehors en dedans ; c'est-à-dire obliquement, du radius au cubitus. Cette direction des fibres du ligament interosseux mérite d'être notée avec une attention toute particulière; car c'est cette direction des fibres qui nous fera connaître les véritables usages du ligament interosseux; son rôle physiologique, et son rôle dans les fractures du radius.

Il est toutefois quelques rares fibres disséminées et indescriptibles, qui ont une direction tout opposée à celle de la masse des fibres, c'est-à-dire dirigées de haut en bas et de dedans en dehors. Cependant il est un petit faisceau de ces fibres qui a été signalé et décrit par les auteurs, et qui mérite de l'être : nous voulons parler du ligament rond, ou ligament de Weitbrecht.

Ce petit ligament s'attache en haut et en dedans au côté externe de l'apophyse coronoïde du cubitus, en avant de la petite cavité sigmoïde du cubitus ; par son autre extrémité, à la fois inférieure et externe, il s'attache en arrière et en bas de la tubérosité bicipitale du radius.

Entre les deux os de l'avant-bras, s'exécutent deux mouvements de rotation en sens inverse, savoir : le mouvement de pronation et le mouvement de supination. Entre les deux mouvements, les deux os sont dans un état intermédiaire, qui est l'état de repos.

Le mouvement de pronation est le mouvemeut de rotation du radius en avant, le mouvement de supination est le mouvement de rotation du radius en arrière.

Ce mouvement de rotation se passe entièrement dans les articulations radio-cubitales supérieures et radio-cubitales inférieures ; il ne s'opère pas, même pour la plus petite part, dans l'artieulation du coude. Cela résulte nécessairement de la nature de l'articulation huméro-cubitale, qui est un ginglyme angulaire parfait, une trochlée (Cruveilhier), qui ne permet jamais de mouvment de rotation. Cela résulte plus clairement encore de l'expérience suivante, due à M. le professeur Cruveilhier.

M. Cruveilhier fixe l'humérus dans un étau, puis il imprime des mouvements de rotation (pronation et supination), et il remarque que le cubitus reste dans une immobilité parfaite ; le radius seul se meut autour du cubitus. C'est dans cette expérience, faite sur le cadavre, que l'on peut constater que le mouvement de rotation, exécuté entre le radius et le cubitus, ne dépasse pas une demi-circonférence. Cependant, lorsqu'on observe l'étendue du mouvement sur le vivant, chez un individu qui l'exécute volontairement, on observe que l'étendue de ce mouvement comprend une circonférence de cercle, ou même un peu plus. C'est qu'alors une partie de ce mouvement, la moitié au moins, se passe dans l'articulation scapulo-humérale.

Voici ce qui se passe entre les deux os de l'avant-bras pendant les mouvements de rotation.

Dans l'articulation radio-cubitale supérieure, pendant les mouvements de pronation et de supination, la tête du radius tourne sur son axe ; et la rotation se fait dans l'anneau ostéo-fibreux, constitué par la petite cavité sigmoïde du cubitus et le ligament annulaire.

Dans l'articulation radio-cubitale inférieure, les mouvements de rotation s'accomplissent autrement. Ici le radius ne tourne plus sur son axe, il tourne autour de la petite tête du cubitus, qui est parfaitement fixe; de sorte que l'apophyse sty-

loïde du radius décrit un arc de cercle, dont le centre est la base de l'apophyse styloïde du cubitus, au sommet du ligament triangulaire.

Dans la position de repos, les deux os de l'avant-bras sont écartés l'un de l'autre et parallèles l'un de l'autre à peu près. Dans le mouvement de pronation et de supination, les deux os tendent à se croiser, sans cependant arriver au contact. L'espace interosseux et par conséquent la courbe du radius et du cubitus sont nécessaires pour que les mouvements de rotation puissent s'exécuter.

Nous avons déjà dit que le mouvement de rotation entre les deux os de l'avant-bras ne dépasse pas une demi-circonférence. Qu'est ce qui borne ce mouvement de rotation ? Les auteurs sont loin d'être d'accord à cet égard.

Ce n'est pas la rencontre des deux os très certainement ; la rotation est arrêtée avant que cette rencontre se fasse.

Est-ce le ligament interosseux ! C'est là l'opinion de plusieurs auteurs, entre autres de M. Richet, qui conclut de ce rôle du ligament interosseux, qu'il est bien un ligament et non pas une simple aponévrose interosseuse. Nous avons, sur un grand nombre d'avant-bras dépouillés de leur chair, essayé de voir si en effet le ligament interosseux opposait quelque obstacle aux mouvements de rotation ; jamais nous n'avons vu confirmer la doctrine de M. Richet. Toujours nous avons observé que l'espace interosseux et le ligament interosseux avaient leur maximum de largeur dans l'état de repos, c'est-à-dire dans une position intermédiaire entre la pronation et la supination : cet espace interosseux diminue de largeur le ligament interosseux se relâche dans la pronation forcée et dans la supination forcée.

Qu'est-ce qui limite donc ces deux mouvements ? Ce sont les ligaments antérieurs et postérieurs de l'articulation radio-cubitale inférieure ; le ligament postérieur se tend dans la pronation, l'antérieur se tend dans la supination. Seulement ces deux ligaments sont tous les deux extrêmement faibles. Le ligament triangulaire de l'articulation radio-cubitale inférieure

n'apporte aucune limite à ce mouvement, ainsi que M. Cruveilhier l'a fait observer.

Le ligament de Weitbrecht nous a paru jouer un rôle manifeste dans la pronation ; il s'enroule autour de la tubérosité bicipitale du radius, dans la pronation forcée, et il est tendu. Nous n'avons pas pu constater avec la même évidence que ce ligament s'oppose à la supination forcée.

Nous serions porté à penser que c'est, avant tout, le ligament de M. Denucé qui s'oppose à la rotation forcée du radius, soit dans la pronation, soit dans la supination.

Il y a enfin au poignet un mouvement de circumduction.

La main est un organe du toucher, le principal sans contredit.

La main est un organe de préhension ; elle reçoit des corps pesants qui tombent dans sa paume. Enfin, appliqué contre un corps avec vigueur, elle sert à le repousser ; quand on fait une chute, la main va à la rencontre du sol pour préserver la tête, etc., etc.

La main a une structure tout à fait appropriée à ses diverses fonctions et à bien d'autres ; les mouvements de pronation et de supination lui permettent de prendre l'attitude convenable à chacune de ces fonctions.

Nous ne voulons pas, dans ce travail, insister sur ces diverses fonctions ; mais il est certains points sur lesquels nous devons insister, pour faire comprendre le mécanisme de l'avant-bras et le rôle du ligament interosseux.

Lorsque l'avant-bras étant élevé, on reçoit un corps lourd sur la paume de la main, ou lorsque, avec la paume de la main, on repousse un corps lourd, le carpe subit une violente impulsion, un choc. Cette violente impulsion, la main la transmet à l'avant-bras ; l'avant-bras au bras ; le bras, à l'articulation scapulo-humérale et au tronc. Or comment se transmet ce choc, cet effort, aux os du membre supérieur ?

Ce choc est d'abord reçu par la seconde, et surtout par la première rangée du carpe ; la première rangée du carpe la transmet à l'avant-bras.

Le choc, transmis au carpe, ne trouve dans le carpe aucune disposition capable de l'amortir ; il n'y a là aucun jeu de voûte, aucun jeu d'élasticité, qu'on puisse en rien comparer à ce que l'on observe dans le tarse, qui amortit les chocs dans les chutes sur les pieds. Quelques personnes trouveront peut-être là quelque exagération : en effet, les saillies du scaphoïde et du pisiforme, du trapèze et de l'apophyse unciforme, forment une concavité sur la face antérieure du carpe ; mais ces saillies n'ont guère d'autre objet que la protection des nerfs, des vaisseaux et des tendons.

Le choc se transmet donc directement à l'avant bras, sans avoir subi ni amoindrissement ni la plus petite décomposition.

L'avant-bras reçoit donc ce choc tout entier. Nous disons l'avant-bras ; ce n'est cependant pas l'avant bras qu'il faut dire, c'est le radius seul. Le cubitus n'y est pour rien ; il n'est pas articulé avec le carpe, et puis il est si faible à son extrémité inférieure, qu'un choc très-minime le fracturerait.

C'est le radius qui reçoit le choc ; car il est largement articulé avec le carpe, et il est très-fort à son extrémité inférieure.

Le radius a donc reçu le choc. Où va-t-il le transmettre ? Il semblerait, au premier abord, que ce doit être à l'humérus : il n'en est rien cependant, et cela ne saurait être ; car, à sa partie supérieure, il est faible et se briserait ; puis il n'est que faiblement articulé avec l'humérus.

Le choc transmis du carpe au radius est transmis par ce dernier au cubitus, à peu près à sa moitié supérieure, c'est-à-dire par conséquent à la partie forte et résistante de cet os ; et à son tour, ce dernier os transmet ce choc à l'humérus, avec lequel il est fortement et largement articulé.

Comment cette transmission se fait-elle du radius au cubitus ? C'est par l'intermédiaire du ligament interosseux de l'avant-bras que cette transmission a lieu.

Ce mode de propagation du choc résulte nécessairement de la disposition du ligament interosseux de l'avant-bras, de sa force, et de la direction de ses fibres.

Ces fibres sont en effet dirigées de haut en bas et du radius

vers le cubitus; dès lors, lorsqu'un choc tend à faire remonter le radius, les fibres du ligament interosseux sont tendues, résistent, et transmettent l'effort à la partie supérieure du cubitus, c'est-à-dire à sa partie forte. Les fibres du ligament interosseux sont très-nombreuses, de manière que ce ligament a une résistance énorme, résistance supérieure à celle du radius et du cubitus.

Plus tard nous prouverons expérimentalement cette énorme résistance du ligament interosseux.

De plus, pendant le choc lui-même, le ligament interosseux augmente la résistance du corps du radius en haut, du corps du cubitus en bas. En effet, il tend à entraîner l'un vers l'autre le radius et le cubitus, par la forte tension de ses fibres, empêche la courbe du corps des deux os d'augmenter, ou même de diminuer.

Enfin le ligament interosseux, par son jeu d'élasticité, doit décomposer nécessairement l'impulsion en la transmettant du radius au cubitus, de sorte que le choc imprimé au carpe ne doit arriver au bras que déjà considérablement amoindri.

Tout ce que nous disons là résulte nécessairement de la disposition des fibres du ligament interosseux ; les choses ne sauraient se passer autrement. Nous aurons plus tard à démontrer expérimentalement ce que nous avançons, et à en déduire les conséquences pathologiques.

(*La fin au prochain cahier*).

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Allocution du nouveau président. — Visite aux Tuileries. — Rapport sur la diète de la Respiration. — Solution officinale de perchlorure de fer. — Opération césarienne après la mort de la mère. — Surdité grave dépendant d'une lésion organique.

SÉANCE DU 2 JANVIER 1861. — Présidence de M. ROBINET.

M. Robinet, élu président pour l'année 1861, prononce une fort spirituelle allocution pour remercier ses collègues de l'honneur de

les présider ; il leur dit en terminant que le silence est la politesse des académies.

Ayant fait voter des remercîments aux membres du bureau sortant, ce qui a lieu par acclamation unanime, le nouveau président rend compte des visites officielles faites par le bureau à l'occasion du jour de l'an.

M. le professeur Bouillaud fait un savant rapport sur un mémoire qui porte pour titre :

De la Diète de la Respiration dans le traitement des Maladies de poitrine ou moyen de modifier l'action de l'oxygène de l'air à respirer ; par M. le docteur Sales-Girons.

L'éminent rapporteur signale d'abord les titres que M. Sales-Girons s'est faits par ses travaux théoriques et pratiques devant l'Académie, la presse médicale et la science des maladies de poitrine. Il rappelle aussi qu'il est l'auteur de la pulvérisation des eaux minérales et autres liquides médicinaux, innovation qui constitue presque une méthode nouvelle sous le nom de *thérapeutique respiratoire*.

Arrivant bientôt à la question qui fournit la matière et l'idée du mémoire, M. Bouillaud s'exprime ainsi :

M. Sales-Girons commence par expliquer le titre de son étude : sans doute la respiration, synonyme de la vie, ne peut pas, comme la digestion à laquelle s'est appliqué spécialement le mot *diète*, être soumise à une suspension complète de son *pabulum* pour un temps même très court ; mais rien n'est plus facile que de la mettre à une diète relative, c'est-à-dire de lui faire, par certains moyens, plus ou moins grande la dose de ce *pabulum*. Voilà pour la quantité de l'air, et notamment de l'oxygène ; car c'est de l'oxygène surtout qu'il s'agit toutes les fois qu'on traite de la respiration comme synonyme de vie. Pour ce qui est des qualités de l'air atmosphérique, elles peuvent être modifiées dans l'action qu'elles exercent sur les bronches et l'hématose. C'est ce que M. Sales-Girons s'est proposé de démontrer dans son mémoire avant d'aborder la question thérapeutique.

Cela posé, le grand argument de l'incurabilité des lésions pulmonaires que l'on fondait, dit M. Sales-Girons, sur l'impossibilité de repos pour l'organe malade se trouve sérieusement affaibli. Il était logique, étant donnée la conviction de ne pouvoir mettre la respiration à la diète, qu'on n'en cherchât pas les moyens.

M. le rapporteur fait ressortir les idées de l'auteur sur la différence fondamentale qui doit exister entre l'*hygiène* et la *diète*, deux mots dont on a eu le tort de confondre les choses dans la médecine moderne. Puis il reprend :

Selon M. Sales-Girons l'oxygène joue, dans l'état actuel de la science, le rôle nuisible qu'on sait sur les lésions à découvert; or, dit-il, quelle lèsion est plus à découvert qu'une hyperthrophie folliculeuse du larynx, une inflammation des bronches, voire même la tuberculisation des poumons? Le va-et-vient de la respiration incessante ne met-il pas ces lésions dans des conditions pires que si elles étaient sur une surface extérieure du corps? Ce renouvellement continuel de l'air ne doit-il pas faire l'effet d'un soufflet qui multiplie la quantité et l'ac ivité de l'oxygène, cet agent nuisible dans les altérations organiques à ciel ouvert?

Que l'oxygène soit, non la cause primitive des lésions respiratoires, mais au moins leur cause d'exaspération et d'entretien, l'expérience est faite à cet égard; il est reconnu depuis les temps les plus reculés de la science que l'air vif et fréquemment renouvelé est funeste aux malades de poitrine; il est reconnu également que l'air tiède et mou, calme et peu agité comme on le rencontre dans les forêts de pins et les étables à vaches, est favorable pour ces mêmes malades. Or, dans ces étables la quantité de l'oxygène descend, d'après les observations faites, de 21 à 20 et même à 19 p. 100 dans cette atmosphère confinée. Nous verrons plus loin ce que devient la normale de l'oxygène dans les forêts de pins.

Il suit de là et de bien d'autres faits fournis en preuve par M. Sales-Girons, que dans ces affections chroniques et même aiguës, le premier précepte à observer serait de se pré-

munir contre cet agent, soit, non pas en le supprimant bien entendu, mais en atténuant ses quantité et qualités jusqu'à la dose convenable.

Telle est l'idée de la diète respiratoire qui fait l'objet du mémoire de M. Sales-Girons. Le problème est posé, il s'agit de le résoudre ; c'est ce dont va s'occuper l'auteur. Poursuivons :

Dès 1845, M. Sales-Girons, pénétré déjà de la conviction que l'oxygène est l'agent d'excitation et de progrès des maladies respiratoires, avait adopté les inhalations de goudron, et les atmosphères résineuses comme séjour des malades de poitrine. Dans un ouvrage qu'il publia à cette date, il est écrit que les émanations balsamiques de cette vulgaire substance doivent avoir pour effet d'adoucir l'action de l'oxygène sur les surfaces lésées. Cette pensée n'avait pas été plus loin que la présomption. Mais en ces derniers temps la découverte des propriétés du coaltar ramena la question dans son esprit, et M. Sales-Girons se mit à l'œuvre pour savoir positivement quelle était l'influence du goudron végétal sur l'oxygène de l'atmosphère.

Bref, ayant mis du goudron au fond d'un grand bocal, et ayant pris dans une éprouvette de l'air contenu dans le bocal, lorsqu'il fut saturé des émanations du goudron, il put constater que du phosphore introduit dans l'éprouvette n'absorbait plus l'oxygène, que la masse de l'air fut immuable durant trois jours, en un mot que la combinaison de ces deux corps à grande affinité ne s'opérait à aucun degré.

Simplifiant l'expérience, M. Sales-Girons met du goudron avec un pinceau au fond intérieur d'un vase à large ouverture, et suspendant un fragment de phosphore bien décapé au bout d'un fil à un pouce au-dessous du bord du vase, il s'assure que dès que le phosphore entre dans les premières couches de l'air goudron, il cesse de fumer et qu'à l'obscurité la lueur phosphorescente s'éteint. Un jour, deux jours de durée ne changent rien au phénomène permanent, non plus qu'au poids du phosphore qui ne diminue pas.

Chacun peut répéter l'épreuve et s'assurer du fait à la température ordinaire.

Le coaltar essayé à la place du goudron végétal produit le même phénomène entre l'oxygène de l'air et le phosphore ; et c'est là probablement ce qui explique ses bons effets dans le pansement des plaies que les émanations balsamiques mettent ainsi plus ou moins à l'abri de l'action irritante de cet élément de toute fermentation. Cette interprétation est propre à M. Sales-Girons qui pourtant ne l'a donnée qu'en passant.

Ainsi se trouvait expliquée aussi, selon l'auteur, l'estime que l'expérience des agents avait fait accorder au goudron sous toutes formes dans le traitement de la phthisie et des autres maladies de poitrine. Il ne s'agissait plus que de la traduire en pratique plus facile que celle du séjour des malades dans un local confiné, dont l'atmosphère serait chargée d'émanations goudronnées, ainsi qu'on l'avait prescrit jusqu'à ce jour. Il fallait en un mot que le malade pût facilement porter avec lui et partout et en tous temps, l'air que jusque là on lui avait préparé dans une chambre d'où il ne sortait pas.

Pour opérer cette espèce de tour de force, dit l'éminent rapporteur, M. Sales-Girons modifie l'atmosphère au moment même de sa première introduction dans les voies respiratoires, c'est-à-dire à son passage à travers les narines et les lèvres. L'appareil propre à cette opération est bien simple, puisqu'il n'est qu'un perfectionnement de ce *cache-nez-cravate* assez généralement adopté aujourd'hui et que la plus saine hygiène semble avoir inspiré.

Ce qui distingue le petit appareil de M. Sales-Girons, du grand nombre de ceux dont on se sert en Allemagne, en Angleterre et même en France, lesquels n'ont jamais eu d'autre intention que celle de chauffer l'air respiré et qu'on appelle spirothermes, comme M. Ferraud (de Lyon), c'est la disposition d'une petite pièce dans laquelle se trouve placée une mèche imbibée de goudron.

M. Bouillaud fait passer aux membres de l'Académie ce petit appareil qu'un cordon élastique passé derrière les oreilles maintient sans gêne et bien adapté sur les lèvres et le bord des narines. Il se compose de deux feuilles de tissu de crin entre lesquelles, à la partie inférieure, s'étend en auge la petite pièce qui contient le goudron.

On comprend aisément ce qui a lieu lors de la respiration. L'air passe à travers les deux feuilles de crins aussi facilement que si elles n'existaient pas. L'application contre le menton échauffe le goudron qui répand son exhaltation et effectue sur l'air au passage la modification voulue, c'est-à-dire l'atténuation des propriétés trop actives que pourrait avoir l'oxygène sur les organes lésés.

Cette modification pour une seule inspiration serait sans doute fort minime; mais si l'on pense que l'appareil peut être porté une grande partie de la journée, et même durant le sommeil au besoin, l'effet se multiplie et prend la proportion d'un traitement qui équivaut à un séjour dans une atmosphère appropriée. Le son de la parole n'en est pas même changé. Enfin M. Sales-Girons dit, et il est facile de s'en convaincre, que le petit appareil est au moins aussi portatif que des lunettes.

L'auteur a la précaution de nous avertir que ce n'est pas seulement le goudron, objet de ses préférences, ou le coal-tar, qu'on pourra employer dans son appareil, mais aussi toutes les substances que d'autres médecins auraient l'intention d'utiliser par l'inhalation respiratoire. Les mélanges mêmes de plusieurs substances avec le goudron, tels que les produits sulfurés, pourront avoir leur application par le même procédé.

Non-seulement encore, il croit son appareil applicable contre les affections chroniques de la poitrine, mais aussi et surtout dans les diphthéries aiguës et les angines pseudo-membraneuses sur lesquelles l'oxygène de l'air agit de la manière la plus funeste.

Après avoir énuméré quelques-uns des avantages que pré-

sente le procédé soumis à l'Académie, M. Bouillaud se demande avec l'auteur si le traitement doit suffire à la cure des maladies de poitrine. Quelque confiance qu'il ait dans sa méthode, notre savant confrère maintient le titre de son mémoire. Ce n'est qu'une *diète*, mais une diète des plus rationnelles. Elle ne dispense donc point du traitement thérapeutique, au contraire; d'ailleurs il n'est jamais entré dans sa pensée de venir rien supprimer de ce que la médecine recommande contre les maladies ; ce n'est qu'un moyen à ajouter, et la médecine n'en a jamais de trop lorsqu'il s'agit des lésions chroniques de la poitrine. M. Sales-Girons se tient donc à la diète, son intention ne va pas au delà pour le moment, mais pour lui ce moyen accessoire peut être d'un grand secours pour les moyens essentiels.

L'auteur croit qu'il reste un point très-important de son idée à éclaircir; il veut parler de l'inactivité de l'oxygène sur le phosphore dans l'air goudronné. Il y a selon lui, dans ces faits quelque chose d'analogue à ce qui se passe dans les poumons à l'état hygiénique dans l'acte de la respiration et dans celui plus intime encore de l'hématose. Il y a quelque chose de *phosphoré*, si l'on peut ainsi dire. Le phosphore est un des éléments dominant dans la vie organique; il importe de savoir le rôle important qu'il y joue.

M. Bouillaud termine ainsi son savant rapport :

Après avoir fait l'éloge de *l'idée thérapeutique* et du moyen pratique dont M. Sales-Girons est l'auteur, nous devons lui adresser nos remarques critiques Oui sans doute l'idée nouvelle et le procédé sont dignes de toute notre attention; mais nous ne pouvons pas ne pas regretter que notre savant confrère ne les ait pas appuyés sur un nombre suffisant d'observations bien faites en démonstration de l'efficacité du moyen qu'il nous propose. S'il nous était permis de faire à ce sujet une exception en faveur de quelques-uns, M. Sales-Girons pourrait compter sur nous, mais la logique de la médecine est inflexible.

En attendant ce complément nécessaire, il faut reconnaître que l'étude qui vient d'être analysée offre un intérêt véritable, et que sous le double rapport de la science et de l'art, M. Sales-Girons,

une fois de plus a bien mérité de l'Académie. En conséquence, nous vous proposons, messieurs, de lui adresser une lettre de remercîmens, et d'envoyer son mémoire au comité de publication en engageaut l'auteur à continuer ses observations.

Après cette lecture, M. Bouillaud répond à certaines objections de M. Caventou concernant l'état de l'oxygène dans l'air goudronné. M. Caventou ne nie pas la découverte nouvelle de l'incombustibilité lente du phosphore dans cet air, mais seulement que l'oxygène y soit changé ou modifié comme substance. Il s'associe à M. Bouillaud pour reconnaître l'intérêt de la communication et pour demander des preuves pratiques à l'appui.

M. Guibout est d'un avis semblable,

M. Chatin croit qu'un procédé qui peut désoxygéner l'air aurait quelque chose de dangereux dans la pratique, si la médecine n'était l'art d'utiliser avec profit les choses les plus dangereuses.

Les conclusions de M. Bouillaud concernant l'auteur sont mises aux voix et adoptées.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

SÉANCE DU 8 JANVIER 1861. — Présidence de M. ROBINET.

M. Adrian pharmacien à Paris, écrit à l'Académie pour une note additionnelle an Mémoire qu'il a adressé sur la préparation nouvelle de la solution officinale du perchlorure de fer ; cette note est envoyée à la commission nommée pour le rapport sur son travail.

— M. Velpeau présente à l'Académie un exemplaire du *Traité de pathologie cellulaire* de M. Virchow, traduit par M. Picard.

— M. de Kergaradec lit un travail intitulé : *Du devoir de pratiquer l'opération césarienne après la mo t de la mère.*

Après avoir examiné la question de l'opération césarienne *post obitum matris*, successivement dans ses rapports avec la loi civile, la science médicale, la loi religieuse et la morale universelle, l'auteur résume son travail en ces termes :

Des faits que nous avons cités et des principes auxquels nous les avons rapportés, nous nous croyons autorisé à déduire les propositions suivantes :

1° *Au point de vue légal*, le Code fixant au 180e jour de la

grossesse le moment où commence la viabilité de l'enfant, toute femme enceinte parvenue à ce terme, si elle vient à mourir, doit être soumise à l'opération césarienne, lorsqu'il est impossible de terminer l'accouchement par les voies naturelles;

2° *Au point de vue médical*, l'obligation d'agir commence beaucoup plus tard, car les médecins légistes et les accoucheurs les plus autorisés n'osent pas nier absolument la possibilité qu'à cinq mois d'existence, et surtout dès le commencement du sixième, le fœtus ne puisse jouir exceptionnellement de la faculté de vivre.

3° *Au point de vue religieux*. Cette obligation s'étend à tous les cas de grossesse bien constatés, quelque soit le terme auquel elle est parvenue ;

4° Tous les traités sur la matière recommandent de s'assurer avant tout de la réalité de la mort, et aussi de procéder avec les mêmes précautions que si la femme était vivante ; on ne conçoit donc pas la répugnance de quelques médecins à pratiquer l'opération césarienne *post mortem*. Leur refus ne saurait se justifier par aucune excuse légitime, car ils sont certains de n'opérer que sur un cadavre ;

5° Les règlements de police sur les autopsies ne sont point applicables au cas présent. Tous les auteurs, en effet, proclament la nécessité d'agir dans le plus bref délai après la mort de la mère ;

6° D'un autre côté, cependant, un intervalle de plusieurs heures, d'un jour, de deux jours au plus, la circonstance même de l'inhumation ne dispensent pas du devoir d'agir.

7° N'en dispensons pas non plus certaines causes de mort : maladies aiguës, violences corporelles, assassinat, strangulation, empoisonnement, etc.

8° Le prêtre qui, en vue du baptême, provoque l'ouverture d'une femme enceinte, ne fait pas un acte civil ; il remplit un devoir étroit de son ministère spirituel ;

9° Par ce motif, il ne saurait être tenu de solliciter de l'autorité civile une permission qui pourrait lui être refusée ;

10° Enfin, le pasteur qui, en l'absence ou sur le refus for-

mel du médecin, fait procéder à l'opération par une personne étrangère à l'art de guérir, ou qui, dans un cas de nécessité absolue, la pratique lui même, ne doit pas être inquiété pour ce fait. Le blâme, selon toute justice, en doit retomber sur l'auteur du refus qui a fait naître cette déplorable nécessité.

Plusieurs membres demandent la parole.

M. Devergie demande la parole pour une motion d'ordre. Il propose, vu l'importance du sujet traité par M. de Kergaradec, d'ajourner la discussion de son travail jusqu'à l'époque où le rapport sur le mémoire de M. Hatin, relatif au même sujet, aura été communiqué à l'Académie.

Cette proposition appuyée par MM. Londe, Tardieu, Adelon, et consentie par M. de Kergaradec lui-même, est combattue par MM. Bouillaud et Depaul, qui proposent d'ouvrir la discussion dès que le travail de M. de Kergaradec aura été imprimé. Cette dernière proposition paraissant avoir l'appui du plus grand nombre des membres, est mise aux voix et adoptée.

— M. Menière lit un mémoire ayant pour titre : *Sur une forme de surdité grave dépendant d'une lésion de l'oreille interne.*

L'auteur résume ce travail en un certain nombre de propositions que voici :

1° Un appareil auditif, jusque-là parfaitement sain, peut devenir tout-à-coup le siége de troubles fonctionnels, consistant en bruits de nature variable, continus ou intermittents, et ces bruits s'accompagnent bientôt d'une diminution plus ou moins grande de l'audition ;

2° Ces troubles fonctionnels ayant leur siége dans l'appareil auditif interne, peuvent donner lieu à des accidents réputés cérébraux, tels que vertiges, étourdissement, marche incertaine, tournoiements et chute, et de plus ils sont accompagnés de nausées, de vomissements, et d'un état syncopal;

3° Ces accidents, qui ont la forme intermittente, ne tardent pas à être suivis de surdité de plus en plus grave, et souvent l'ouïe est subitement et complétement abolie ;

4° Tout porte à croire que la lésion matérielle, qui est cause de ces troubles fonctionnels, réside dans les canaux demi-circulaires. (Commissaires : MM. Cruveilhier, Baillarger et Barth.)

— M. Robinet, cédant pour quelques instants la présidence à M. Bouillaud, lit, au nom de la commission des remèdes secrets, une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

La séance est levée à cinq heures.

FORMULES RECETTES ET PRATIQUES.

Traitement des névralgies, par les cautérisations avec l'acide sulfurique. — Gargarisme créosoté. — Sirop de clorure de sodium. — Nitro-Benzine, préparation avec l'esssnce de térébenthine, par M. Schriff.

TRAITEMENT DES NÉVRALGIES *par les cautérisations avec l'acide sulfurique.* — La méthode de traitement des névralgies, préconisée par M. le docteur Legroux, est la cautérisation avec l'acide sulfurique. Nous avons fait connaître le parti qu'il en avait pu tirer dans quelques cas rebelles aux traitements les plus actifs et le plus habituellement efficaces, y compris les injections narcotiques hypodermiques. Depuis que nous avons publié ces faits, M. Legroux a eu plusieurs fois encore l'occasion d'appliquer cette méthode contre diverses névralgies, entre autres dans un cas de névralgie intercostale dont il a obtenu une prompte et durable guérison. Nous reviendrons sur quelques-uns de ces faits plus tard. Nous ne voulons signaler pour le moment que deux faits nouveaux de guérison de névralgies rebelles par l'emploi du même moyen que M. le docteur Dubourg a communiqués récemment à M. Legroux, comme témoignage de l'efficacité de sa méthode.

Dans l'un de ces faits, il s'agit d'un militaire affecté d'une sciatique qui l'avait mis dans l'impossibilité de faire son service ; il ne pouvait ni monter à cheval, ni marcher, ni faire le moindre mouvement, et il souffrait nuit et jour sans pouvoir goûter un instant de repos. Divers topiques, emplâtres et pommades de toute sorte avaient été employés sans succès ; la cautérisation avec le fer rouge avait elle-même échoué. La cautérisation avec l'acide sulfurique a été suivie d'un succès prompt et décisif. La douleur produite par le caustique se substitua immédiatement à la douleur morbide, et celle-ci ayant disparu à son tour, la guérison fut complète au bout de quelques jours.

Le deuxième fait a trait à une jeune fille de dix-neuf ans en proie à de douleurs névralgiques rebelles, qui s'irradiaient de la réigion lombaire

à la partie inférieure de la cuisse. La cautérisation avec l'acide sulfurique a amené la guérison complète en quinze jours. (*Union médicale.*)

GARGARISMES CRÉOSOTÉS. — Nous avons publié récemment la série des principales formules destinées a l'emploi de la créosote ; nous venons la compléter en y inscrivant les deux formules de gargarisme dont M. le docteur H. Green a retiré, dit-il, de grands avantages dans le traitement de l'inflammation chronique de la gorge, et l'angine folliculaire localisée à la muqueuse pharyngienne :

	Créosote	24 gouttes.
	Teinture de myrrhe	12 grammes.
	Teinture de lavande comp.	12 grammes.
	Sirop simple	24 grammes.
	Eau de fontaine	150 grammes.
Mêlez :	Créosote	20 gouttes.
	Teinture de poivre d'Espagne	6 grammes.
	Teinture de myrrhe	12 grammes.
	Teinture de lavande comp.	12 grammes.
	Sirop simple	24 grammes.
	Eau de fontaine	150 grammes.

On peut, dit M. Green, adopter l'une ou l'autre de ces formules.

SIROP DE CHLORURE DE SODIUM. — Aux diverses préparations pharmaceutiques du sel marin destinées au traitement de la phthisie, M. Pietra-Santa propose d'ajouter un sirop ; MM. Mialhe et Grassi conseillent les proportions suivantes :

Eau distillée	200 grammes.
Chlorure de sodium	125 grammes.
Sucre	400 grammes.
Eau de Laurier-cerise	30 grammes.

30 grammes de ce sirop contiennent sensiblement 5 grammes de chlorure de sodium, dose à laquelle on donne ce médicament.

L'usage du sel ayant surtout pour but de stimuler l'appétit et de faciliter la digestion, on fera bien, toutes les fois que cela sera possible, de continuer à administrer cet agent en nature, dissous dans une petite tasse de bouillon, que l'on fera prendre au début des repas.

NITRO-BENZINE, *préparation avec l'essence de térébenthine* ; par M. Schriff. — Si l'on fait réagir de l'acide azotique concentré sur de l'essence de térébenthine, on obtient, comme on sait, une substance résineuse et un liquide orangé; faisant évaporer le tout à une température modérée, il se forme un résidu jaune que l'on mélange avec du sable et l'on soumet à la distillation ; le produit est un liquide huileux surnagé d'eau fortement acide. On distille le liquide huileux, et l'on recueille la partie qui se volatilise entre 200 degrés : c'est de la nitro-benzine.(*Rép. de pharm.*)

VARIÉTÉS.

Éloge de Richard, par M. Dubois d'Amiens.

(*Suite*)

La forme, il est vrai, l'emportait peut-être un peu en lui sur le fond ; mais ce fond était encore considérable, il était le fruit des études les plus sérieuses et les plus approfondies; quant à la forme, c'était chez lui un don du ciel ; il était né professeur, et en cela il formait un contraste frappant avec son père, non que celui-ci lui fût inférieur dans l'enseignement, mais Claude Richard, homme de génie, penseur profond, ne se souciait nullement de la forme, et la popularité lui était parfaitement indifférente. Dédaignant le bruit et l'éclat, on ne le voyait sortir de sa solitude que pour s'entourer d'un petit nombre d'élèves ; et comme il les poussait dans toutes les directions, il en a fait, pour la plupart, des hommes distingués ; il n'aurait eu, du reste, qu'un seul élève qu'il s'en serait contenté, pourvu que celui-ci l'eût suivi dans toutes les profondeurs de la science.

Son fils, au contraire, par l'aménité de son caractère, par le charme de son élocution et par l'excellence de sa méthode, attirait chaque année, près de lui, un grand concours d'élèves ; ses leçons étaient d'une clarté, d'une simplicité, j'oserais presque dire d'une fraîcheur, qui annonçait tout ce qu'il y avait de droit, d'honnête et de pur dans ce charmant esprit.

Plein de respect pour son jeune auditoire il ne l'entretenait que de sujets scientifiques, mais c'était avec une grâce et une variété de tours dont rien n'approche ; avec quel art il pénétrait dans tous les détours d'une question ! Avec quel charme, quelle suavité de langage, quelle convenance, il traitait les sujets les plus délicats ! L'exposition des plus arides détails prenait dans sa bouche une netteté, une élégance, un atticisme qui fixaient l'attention la plus distraite; le sujet, il est vrai, s'y prêtait merveilleusement, et le professeur se laissait quelquefois entraîner, car chez lui les mots coulaient de source, et avec un timbre de voix qui allait à l'âme ; mais la raison n'y perdait rien : toujours grave, toujours modeste, M. Richard savait à temps réprimer ces élans, et il ne laissait à ses leçons que ce qu'il leur fallait de mouvement et de chaleur pour ajouter à leur autorité ; en un mot, Messieurs, si, à la puissance gracieuse de sa parole, M. Richard eût joint le profond savoir de son père, c'eût été la perfection même.

Quant à l'objet de son enseignement, il était bien déterminé et bien circonscrit, c'était l'*histoire naturelle et médicale*, ou, en d'autres termes, l'exposé de toutes les ressources que l'art médical peut tirer des trois règnes de la nature ; mais il faut dire que la botanique, bien qu'alternant avec la zoologie, en faisait presque tous les frais, et encore, comme ce n'était que la *botanique médicale*, M. Richard devait-il presque uniquement s'attacher à faire connaître les plantes

qu'on nommait autrefois plantes *usuelles*, et qu'on nomme aujourd'hui plantes *utiles*.

Ainsi M. Richard était tenu, dans son enseignement, d'envisager la botanique précisément au point qui avait inspiré tant de préventions et de dégoûts à J.-J. Rousseau.

Vous vous rappelez sans doute, Messieurs, les pages si sombres, si éloquentes et en même temps si paradoxales du promeneur solitaire; comme il va jusqu'à faire un crime à la médecine d'avoir cherché, parmi les plantes, le moyen d'adoucir les maux de l'humanité! Comment il soutient que le règne végétal peut bien être un riche magasin d'aliments donné aux hommes par la nature, mais qu'il ne saurait être une officine pour les infirmes et les malades!

Étranges égarements d'une imagination exaltée et maladive! Il se révolte à l'idée seule de cette destination; toute cette pharmacie, dit-il, lui soulève le cœur; elle ternirait, à ses yeux, l'émail des prairies, et le plaisir qu'il éprouve à parcourir les champs serait empoisonné s'il se laissait aller à penser aux maladies qu'on prétend guérir par le moyen des plantes.

Rousseau s'en prend de tous ses dégoûts et de toutes ses répugnances à celui qu'il appelle un certain Dioscoride; c'est lui, dit-il, qui a fait le malheur de la botanique, en la donnant comme une partie de la médecine. Rousseau, Messieurs, aurait pu se dispenser de remonter aussi haut, il lui suffisait de jeter les yeux autour de lui pour trouver les auteurs de ce méfait; ce sont, en effet, les médecins de son temps qui s'étaient ainsi emparés de la botanique au profit de leur art. La botanique n'était plus, pour eux, une science à part et distincte, qui a ses principes et ses lois, c'était une simple division de leur fastidieuse matière médicale. Ouvrez, en effet, le fameux livre de Jean-Baptiste Chomel *sur les plantes usuelles*, ce livre, qui, de 1712 à 1803, a eu jusqu'à sept éditions, et dont la vogue a duré tout un siècle, vous verrez comment la pauvre botanique y est traitée. Et d'abord dans ce splendide vêtement que Dieu a jeté sur la terre dans ce règne végétal, J.-B. Chomel ne voyait que deux choses: il ne voyait que des plantes *évacuantes* et ces plantes *altérantes*, et comme il avait découvert qu'il y a sept routes par lesquelles les humeurs peuvent sortir du corps, il avait sous-divisé ses plantes évacuantes en sept grandes classes, et de même pour ses plantes altérantes, qu'il y avait aussi judicieusement classées.

Et notez que ce n'était pas seulement dans son livre qu'il avait aussi savamment distribué les végétaux; à l'exemple de Bernard de Jussieu, qui avait groupé toutes ses plantes en *familles naturelles* dans le jardin de Trianon, J.-B. Chomel avait arrangé les siennes dans son jardin de la rue St-Jacques, d'après leurs propriétés médicinales: de sorte que, dans ce lieu de plaisance, on trouvait le parterre des plantes vomitives, puis celui des plantes purgatives et ainsi de suite.

Hâtons-nous de dire, Messieurs, pour l'honneur de notre art, que les successeurs de Chomel ont compris tout autrement l'enseignement de la botanique médicale: ainsi M. Richard, pour ne parler ici que

de lui, se gardait bien de distraire les plantes de leurs familles naturelles: respectant tous ces liens de parenté, il commençait par en faire l'histoire au seul point de vue de la science, puis il passait aux applications et il en faisait connaître les diverses propriétés avec une sage réserve.

Déjà plusieurs botanistes, et de Candolle en particulier, avait posé en ce sens quelques grands principes: de Candolle avait dit que si, en d'autres temps, nous ne pouvions arriver à reconnaître les propriétés des plantes, que par l'observation approximative, nous savions aujourd'hui que les organes et les sucs homonymes des végétaux analogues ont des qualités et des propriétés analogues. Cette loi souffre, il est vrai, de nombreuses exceptions; mais de Candolle n'en avait pas moins appelé l'attention des botanistes sur un fait général très-remarquable, et c'est ce que M. Richard avait parfaitement compris. Il n'éprouvait qu'un regret, disait-il, c'était de ne pouvoir rattacher ainsi toutes les propriétés des plantes à leurs dispositions organiques. Quant à l'existence et au nombre de ces propriétés, ce n'est qu'après un mûr examen qu'il se décidait à les admettre; peut-être même a-t-il apporté un peu trop de réserve dans cette partie de son enseignement. Si l'on compare, en effet, ce qu'il a publié à ce sujet avec les livres de ses devanciers, on est frappé de la différence des temps. Jetez les yeux sur les tables placées à la fin des anciens traités des plantes usuelles, vous verrez combien alors la médecine était riche en remèdes fournis par les plantes et quelle confiance elle y attachait. Il n'était pas une maladie, pas une infirmité qui n'eût au moins en regard une ou deux plantes propres à la guérir, ce qui était déjà assez consolant; mais il y a mieux: plus une maladie était grave, tenace et rebelle, plus il y avait de plantes pour la combattre. Ainsi, dans l'ouvrage de Chomel, s'il n'y a que quatorze plantes contre le cancer, il y en cinquante et une contre l'épilepsie, et quatre-vingt-huit contre l'hydrophobie. Vous conviendrez, Messieurs, que dans un pareil état de choses, c'était, comme on l'a dit, malice pure aux malades de continuer à l'être.

Mais dans l'ouvrage de M. Richard, les choses sont bien changées: et l'on serait tenté de s'écrier: les remèdes s'en vont! M. Richard va jusqu'à dire qu'il aurait volontiers banni de son histoire naturelle médicale toutes les plantes qui lui semblaient en désaccord avec la nature des altérations contre lesquelles on les préconise, et que, s'il ne l'a pas fait, il en a du moins diminué la liste autant qu'il l'a pu.

Il est heureux, Messieurs, que M. Richard n'ait fait aucune espèce d'application du principe qu'il venait de poser, son bon esprit l'en a empêché; il a continué de croire, comme ces devanciers, à l'utilité des plantes en médecine; seulement, en homme sage, prudent, et exempt de préjugés, il a cherché à en bien assigner les bornes; je dirai même qu'il a eu ici un grand mérite, celui de substituer les médications aux remèdes, et de rendre ainsi à la médecine son véritable rôle dans l'emploi des plantes. Si l'homme du monde ne trouve plus, dans son ouvrage, un remède placé en regard de chaque maladie; si

ce leurre n'est plus offert à la crédulité publique, l'homme de l'art y trouve des observations positives et judicieuses sur les effets physiologiques et thérapeutiques des différentes familles végétales; il y voit quelles sont parmi les plantes celles qui peuvent exercer une influence véritablement salutaire dans le cours des maladies. M. Richard ne nous a donc pas désarmés : il nous a montré, au contraire, comment nous pouvons trouver dans le règne végétal les moyens de combattre avec efficacité les tendances morbides les plus fâcheuses.

M. de Humboldt avait jeté les premiers fondements de la géographie végétale ; mais que de questions, que de problèmes étaient encore à résoudre ! D'où vient, par exemple, que la végétation ne s'arrête jamais, et que, dans ses étapes successives, elle suit des routes qui sont toujours les mêmes? D'où vient que telle race végétale s'est choisi une patrie hors de laquelle elle ne saurait vivre, tandis que telle autre est restée cosmospolite? Ces races ont-elles toutes apparu en même temps et sur tous les points du globe, ou bien n'y a-t-il eu dans l'origine qu'un seul centre de végétation? M. Richard avait ici une théorie qui lui était propre ; mais il la donnait comme simplement probable. Suivant lui il y aurait eu primitivement plusieurs centres de végétation, et ces centres auraient coïncidé avec les diverses époques de soulèvement des différents plateaux, si tant est que ces soulèvements aient eu lieu, et c'est en partant de ces différents centres que la végétation aurait fini par couvrir, de proche en proche, le reste de la terre.

Ainsi, Messieurs, là où le regard, d'ailleurs si profond de Fontenelle, n'avait vu que désordre et confusion, M. Richard montrait à ses élèves un ordre parfait et une admirable répartition. Tout cela, Messieurs, est sagement écrit, clairement exposé dans les livres de M. Richard ;mais je l'ai déjà dit, c'était sa parole qu'il fallait entendre ; c'était dans ses leçons orales qu'il fallait le voir traiter ces hautes questions : lui, d'ordinaire un peu froid et strictement technique dans chacun de ses écrits, comme il animait, comme il colorait alors toutes ses expressions!

NOUVELLES.

— Depuis quelques jours, il est grandement question dans le monde médical d'un arrêté pris récemment par M. le préfet de la Seine pour obvier à la triste nécessité où se trouve l'administration de l'Assistance publique d'envoyer dans les départements un très-grand nombre de malades frappés d'aliénation mentale. M. le préfet a institué une commission dans le but d'étudier les mesures à prendre pour l'amélioration et la *réforme* du service des aliénés du département de la Seine. Cette commission, sous la présidence de M. Haussmann, est composée comme il suit : MM Ferdinand Barrot, sénateur ; Claix-d'Est-Ange, procureur général près la cour impériale ; docteur Véron, député de Sceaux ; Marchand, conseiller d'État ; baron Dubois,

doyen de la Faculté de médecine ; Husson, directeur de l'administration générale de l'Assistanse publique ; enfin M. le docteur H. Girard de Cailleux, inspecteur général du service des aliénés de la Seine, remplit les fonctions de secrétaire de la commission.

— M. le docteur Lélut, médecin de la Salpêtrière, vient d'être élu vice-président de l'Académie des sciences morales et politiques.

M. le docteur Eugène Moynier, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, vient d'être nommé chevalier de l'ordre de Léopold de Belgique.

— M. Longet a été élu membre de l'Académie des sciences, pour remplir la place du vénérable Duméril. La section de zoologie et d'anatomie comparée n'avait pas porté son nom sur la liste de présentation, où figuraient ceux de M. Blanchard en première ligne, de M. Gervais en deuxième, de M. Martin Saint-Ange en troisième, de M. Ch. Robin en quatrième, ceux de MM. Hollard, Gratiolet et Pucheran ; mais adjoint à la liste par un vote de l'Académie, il est sorti victorieux de la lutte, ayant obtenu 31 suffrages contre 27 donnés à M. Blanchard. Le corps médical doit applaudir à ce résultat.

— Un nouveau cas de mort, à la suite de l'inhalation chloroformique, vient d'avoir lieu près de Bordeaux

Voici dans quelles circonstances :

Un homme vigoureux, de quarante ans, avait eu la jambe broyée dans une chute de cheval ; une syncope avait eu lieu au moment de l'accident. Six à huit heures après, le blessé étant dans un état d'ébranlement moral et de frayeur extrême, mais exigeant cependant qu'on l'endormît avant de l'amputer, les médecins résolurent de faire un simulacre de chloroformisation.

Mais à peine le malade eut-il fait quatre inspirations de chloroforme tenu à une très grande distance du nez et de la bouche, que la circulation et la respiration s'arrêtèrent subitement et irrévocablement, malgré tous les secours.

Reste à décider quelle part l'inhalation chloroformique a eue dans l'événement dont nous venons de rapporter les principales circonstances.

(*Gaz. méd. de Lyon*).

— Un cours public de micrographie et de chimie appliquées aux études anatomiques et physiologiques, lisons-nous dans le *Montpellier médical*, a été ouvert dans l'amphithéâtre de notre École pratique, par M. Saintpierre, agrégé, et par M. Bertrand, prosecteur.

M. le recteur Donné, le créateur en France de l'enseignement micrographique, a généreusement mis à leur disposition un nombreux matériel de microscopes.

Désireux de placer constamment sous les yeux des élèves les objets de leurs démonstrations, MM. Saintpierre et Bertrand ont réalisé l'ingénieuse installation mise en pratique dans l'amphithéâtre de M. Virchow, et dont le *Montpellier médical* a rendu compte dans le numéro de sep embre 1860. Ils ont fait disposer devant les assistants des bancs sur lesquels courent des chariots *chemins de fer* portant les

microsoopes. Des dessins faits à la chambre claire reproduisent les préparations. Avec des conditions matérielles aussi favorables, et surtout avec nos habiles démonstrateurs si dévoués à l'enseignement, ce cours aura certainement du succès.

— « On lit dans les annonces d'un journal piémontais, la *Gazetta del Popolo*, l'ouverture d'un concours pour la place de médecin cantonal dans la commune de Monastero d'Acqui ; émoluments, 400 fr. par an. »

Quelques lignes plus bas, le même journal annonce également un concours pour une place de garde-champêtre dans la commune de Castelunghetto, dont le traitement s'élève à 600 fr. par an, « en sus du logement et d'une indemnité pour l'habillement. »

Un médecin de nos amis, qui nous communique ces deux annonces, y ajoute la réflexion suivante : Savez-vous bien que l'alternative mérite de sérieuses réflexions, et que j'hésite avant d'opter pour l'une ou pour l'autre de ces deux places. Donnez-moi votre avis à cet égard. » (*Presse méd. belge.*)

— Une circulaire, petit-in-8°, timbrée, signée de plusieurs médecins et étudiants de Paris, a été adressée à leurs confrères de province.

Avis aux médecins nouvellement reçus.

« Plusieurs emplois de médecins de colonisation sont aujourd'hui disponibles dans plusieurs provinces d'Algérie. Le traitement annuel de ces emplois est de 2,000 fr, plus 600 fr. pour indemnité de cheval. et 1,000 fr. si l'importance de la localité et de la clientèle force le praticien à avoir deux chevaux.

Par décision supérieure, de récente date, ces emplois seront prochainement divisés en trois classes dont la première sera appointée au taux de 3,000 fr., outre l'indemnité attachée à l'entretien du cheval.

Les demandes, accompagnées du diplôme de docteur et de toutes les autres pièces exiaées par la loi, devront être adressées *franco* par les intéressés à la préfecture d'Alger, où elles seront consignées sur un registre *ad hoc.* »

— Parmi les services publics que le décret du 5 décembre a distraits du ministère de l'instruction publique pour les attribuer au ministère d'État, se trouvent l'Institut, l'Académie de médecine, les bibliothèques impériale, Mazarine, Sainte-Geneviève et de l'Arsenal, le *Journal des savants*, les souscriptions aux ouvrages scientifiques et littéraires, enfin, les subventions et encouragements pour voyages et missions scientifiques.

Prix de la société médicale des hôpitaux — M. Henri Roger fait savoir qu'il a déjà reçu un mémoire pour le concours du prix de deux mille francs à décerner par la Société médicale des hôpitaux à l'auteur du meilleur Mémoire inédit de Médecine clinique ou de thérapeutique appliquée sur un sujet laissé au choix des concurrents; il pense que l'auteur du présent mémoire s'est trompé sur l'époque à laquelle ce prix sera décerné; c'est seulement à la fin de l'année 1861 que le concours sera clos et le prix ne sera accordé qu'en 1862.

M. le Secrétaire général rappelle que les mémoires manuscrits devront lui être envoyés avant le 31 décembre 1861, avec un pli cacheté contenant le nom de l'auteur et l'épigraphe inscrite à la première page.

Société médicale du Panthéon. — La dernière séance de la Société a eu lieu le mercredi 12 décembre, à huit heures du soir, à la Mairie du 5e arrondissement, place du Panthéon.

Ordre du jour: 1° Dépouillement de la correspondance et compte-rendu d'ouvrages imprimés; par le secrétaire général; 2° De la période prodromique de la paralysie générale, par M. Delasiauve; 3° Communications diverses.

Les membres des autres Sociétés médicales sont invités aux séances qui ont lieu le deuxième mercredi de chaque mois. Les personnes qui désirent faire des communications à la Société sont priées d'en informer le secrétaire général avant le 1er du mois.

Association générale. — L'Association médicale de la Marne, intervenant il y a quelques jours, comme partie civile dans un procès correctionnel intenté à deux prétendues somnambules de Fismes, condamnées pour exercice illégal de la médecine, a obtenu un résultat analogue à celui qu'a obtenu récemment l'Association de Provins.

La femme Gervais a été condamnée à 150 fr. de dommages-intérêts envers les médecins du département, et la femme Billot à 50 fr.

Ces indemnités étant consacrées par la Société médicale de la Marne à des œuvres de bienfaisance, auront un effet doublement heureux : d'une part, elles augmenteront le budget des indigents, et d'une autre part, elles finiront par diminuer ces escroqueries qui, sous tant de noms différents, font surtout leurs victimes parmi les classes les plus pauvres et les plus ignorantes.

NÉCROLOGIE.

M. le Docteur Gendron, (de Chateau-du-Loir).

QUELQUES DÉTAILS SUR SA MALADIE.

M. le docteur Chauvin (du Lude) nous communique, sur la cruelle maladie qui a enlevé récemment notre si regrettable et si distingué confrère le docteur Gendron, quelques détails qu'on lira, nous en sommes convaincus, avec un sympathique intérêt.

Je ne sais si vous avez appris la nouvelle perte que vient de faire le corps médical dans la personne du docteur Gendron.

Le célèbre praticien est mort le mercredi 12 décembre 1860, à quatre heures du soir, à la suite d'une angine diphthérique contractée en pratiquant la trachéotomie sur une femme atteinte de la même maladie. C'est, je crois, le lundi 10 qu'il pratiqua l'opération ; et

pendant cinquante-quatre heures que vécut encore la malade, il continua à lui prodiguer ses soins.

Le dimanche 16, il faisait encore sa partie, le soir, avec quelques amis. Il commençait à éprouver un peu de douleur dans les mouvements de déglutition. Notre confrère M. le docteur Lemonnier, qui était présent, examina les parties, et ne reconnut qu'un peu de rougeur et de gonflement des amygdales. Le lendemain matin, à un nouvel examen, il aperçut sur l'amygdale gauche deux petits points blancs. M. Gendron le pria de cautériser immédiatement avec l'acide hydrochlorique pur. La cautérisation fut suivie instantanément d'une douleur excessivement vive et d'un gonflement assez considérable du tissu cellulaire péri-amygdalien et péri-parotidien. Le soir, les fausses membranes ayant pris de l'extension, une nouvelle cautérisation fut faite avec la solution de nitrate d'argent au cinquième ; elle produisit encore une vive douleur, mais moindre que la précédente. A partir de la première cautérisation, il y eut une excrétion très-abondante qui fatigua beaucoup le malade et ne lui permit pas de se livrer au sommeil. Le mardi matin, les choses étant dans le même état, M. Gendron envoya chercher M. le docteur Leroy de Vâas, et m'écrivit en même temps de venir près lui.

J'arrivai vers huit heures du soir, et trouvai près de notre pauvre malade nos deux confrères susnommés. Ils me dirent alors qu'un instant avant mon arrivée, M. Gendron ayant voulu prendre une tasse de chocolat, et que la déglutation s'étant trouvée impossible, ils avaient introduit une sonde naso-pharyngienne ; mais que celle-ci s'étant trouvée obstruée, ils l'avaient retirée ; et le malade avait pu sans son secours avaler la tasse de chocolat. J'examinai les parties malades, et je vis une fausse membrane d'un blanc grisâtre, déprimée, comme transparente, partant de la partie externe et inférieure de la face antérieure de l'amygdale, et s'étendant sur la muqueuse buccale, entre les arcades dentaires, dans une étendue de 3 ou 4 centimètres. L'amygdale et toutes les parties environnantes, non recouvertes de fausses membranes, étaient très-rouges ; la luette était gonflée, et sa pointe se portait en avant. Le pharynx ne présentait aucune trace de fausses membranes ; la muqueuse était seulement fortement hyperémiée. La voix n'était nullement croupale, mais seulement un peu nasonnée ; la respiration était facile, l'excrétion continuait.

Le larynx n'était donc pas atteint, et nous considérâmes, mes confrères et moi, le mal comme localisé sur l'amygdale gauche et sur la muqueuse buccale, qui lui fait suite antérieurement. Comme les fausses membranes ne s'étaient pas étendues, M. Gendron ne voulut pas être cautérisé de nouveau, redoutant la douleur que lui avaient causée les premières cautérisations. Quelque temps après mon arrivée, il avala, mais avec un peu de difficulté, une tasse de bouillon. Il se coucha vers neuf heures, et se trouvait assez bien pour ne pas vouloir que l'un de nous restât près de lui ; il ne garda que son domestique. Celui-ci vint nous éveiller vers trois heures. Nous trouvâmes M. Gendron fort oppressé, toussant et expectorant beaucoup. Il nous

dit : Je suis bien malade; je suis oppressé, et j'ai des envies de vomir.

Nous examinâmes de nouveau la gorge, et nous vîmes que la fausse membrane avait dépassé un peu la partie inférieure de l'amygdale sans s'étendre plus loin. Nous envoyâmes chercher du tartre stibié, et nous proposâmes une cautérisation qui fut acceptée et fut faite avec l'azotate d'argent au 5e. Comme le larynx ne nous semblait toujours point atteint, nous crûmes devoir attribuer l'expectoration et l'oppression à une exacerbation d'un catarrhe chronique dont le malade était atteint. Cependant nous remarquions avec effroi la faiblesse augmenter, et, pendant les courts instants de sommeil, il arrivait parfois que la respiration s'arrêtait court pendant sept ou huit secondes; il paraissait oublier de respirer. Vers six heures l'oppression était devenue extrême, des quintes de toux violentes se succédaient rapidement, et pendant l'une d'elles notre malheureux confrère expulsa une fausse membrane longue de 10 à 12 centimètres, sur 1 centimètre de large environ. Nous fûmes atterrés, évidemment elle venait des bronches.

M. Gendron la prenant dans ses doigts, nous dit en nous la montrant : Voyez, c'est fini, mes amis, il faut partir, tous vos efforts sont inutiles, les bronches sont envahies. Puis, comme nous essayions de lui rendre un peu d'espoir que nous n'avions plus, il nous dit encore, avec cette sérénité d'âme que donne une conscience pure : Non, non, je vois bien que c'est fini; je ne redoute pas la mort, je suis résigné; tout ce que je désire, c'est que ce ne soit pas long. Nous étions saisis d'admiration en voyant ce calme en face d'une mort imminente.

Tel dut être Socrate buvant la ciguë au milieu de ses disciples! Cet homme, qui ne redoutait pas la mort, craignait la douleur. C'est qu'il avait vu maintes fois cette terrible agonie du croup, la plus épouvantable de toutes, cette strangulation qui dure des heures.

Nous le décidâmes cependant à prendre quelques grains de tartre stibié qui furent longs à agir, mais finirent par provoquer quelques vomissements. Il rejeta encore une fausse membrane volumineuse et informe.

L'expectoration continuait très-abondante, et, dans les matières expectorées, nous remarquions des débris de fausses membranes. Peu à peu l'accès d'oppression qui avait été très-violent, nous avions craint un instant que ce fût le dernier, l'accès, dis-je, se calma, en sorte que vers onze heures du matin, le mercredi, un mieux considérable s'était produit. L'espoir commençait à nous revenir : on espère tant ce que l'on désire!

Nous attendions M. le docteur Charcelay (de Tours), que nous avions mandé par le télégraphe. Nous attendions aussi M. Gendron fils. Tous deux arrivèrent sur les deux heures, M. Gendron accompagné de M. le docteur Deguille (de la Flèche.) Mais, hélas! ils arrivèrent pour être témoins de ses derniers moments. A partir de midi, la faiblesse augmenta ainsi que l'oppression, et à trois heures et demie seulement notre regretté confrère rendit le dernier soupir.

C'était la seconde fois que le docteur Gendron était atteint de cette terrible maladie, dont il avait fait le sujet d'une étude particulière. Il était âgé de soixante-six ans; il était membre de la Légion d'honneur, membre correspondant de l'Académie de médecine et membre du conseil général du département de la Sarthe. Savant praticien, d'un dévouement sans bornes, sa vie avait été celle d'un homme de bien, sa mort fut celle d'un sage.

La Scillitine Mandet, ses sirops et ses pilules.

La Scillitine, résumé des propriétés thérapeutiques de la Scille, est un médicament déjà connu et employé par les praticiens. M. Mandet, pharmacien de Tarare a fait une étude spéciale de sa préparation et l'on sait l'accueil que lui a fait l'Académie, lorsqu'elle a été soumise à son approbation.

La Scillitine extraite par le procédé de M. Chevallier se présente à la pratique dépouillée de tout le principe irritant de la plante, et quel avantage dès lors n'offre-t-elle pas dans les cas de maladies respiratoires ou urinaires, contre les quelles le premier soin est celui de ramener la circulation à l'état normal. Nous ne croyons pas utile d'en dire davantage sur son emploi, non plus que sur la spécificité qu'elle possède contre les diverses affections de l'organisme, qu'il nous suffise de dire que l'expérience a démontré que la Scillitine, s'administre généralement aujourd'hui à la dose de dix à vingt centigrammes par jour.

Croyant rendre son administration plus facile, M. Mandet a pensé qu'il était convenable de faire des pilules et un sirop de Scillitine. L'adoption qu'on a faite de la préparation sous ces deux formes a démontré que M. Mandet avait eu raison. Le sirop et les pilules sont employés tous les jours dans les hôpitaux et dans la clientèle civile.

La Scillitine pure, et les pilules et sirop de Scillitine se trouvent à Tarare chez M. Mandet, pharmacien, et à Paris, chez M. Adrian, pharmacien, successeur de Page, 25, rue Coquillière.

La sève de Pin et son Sirop.

La sève de pin maritime est une heureuse découverte de nos temps modernes pour la médecine des maladies de poitrine. L'extension qu'elle a prise prouve son efficacité. M. Lagasse a eu la bonne idée de concentrer cette substance en un sirop béchique dont l'adoption a été prompte. Les médecins l'ordonnent avec avantage dans les cas de maladies chroniques telles que catarrhes, asthme humide, bronchorrhe, etc, et ses succès ne sont pas moindres dans les indispositions aiguës de l'hiver, telles que rhumes, laryngites, pharyngites et angines.

On a remarqué que ce *Sirop de sève de pin* a aussi une action évidente sur les sécrétions urinaires, et les irritations inflammatoires de la vessie; il dispense avec avantage de ces préparations de bourgeons de pin, si généralement employés avant la découverte de la

sève qui est la substance la plus intime et la mieux élaborée de l'arbre.

Le *Sirop de sève de pin* de M. Lagasse se vend à sa pharmacie de Bordeaux, Cour-d'Albret, 31, et à Paris, chez M. Grimaud successeur à la pharmacie Dorvault, rue Lafeuillade 7, et chez les principaux pharmaciens de France.

PYROPHOSPHATE DE FER ET DE SOUDE, de LERAS, pharmacien, docteur ès-sciences. — Ce nouveau ferrugineux liquide, incolore, sans goût ni saveur de fer, contient, par cuillerée à bouche, 20 centigrammes de sel de fer. Il offre la composition des os et du sang. Seul, il ne précipite pas en présence du suc gastrique et ne provoque jamais de constipation. Il s'administre par cuillerée à bouche une demi-heure avant chaque repas, et peut se prendre en mangeant associé au vin, qu'il ne décompose pas. On en fait aussi un *Sirop* très-blanc et très-agréable, ainsi que des *Dragées*.

Il est tonjonrs parfaitement supporté, et les observations de MM. Aran, Arnal, Barth, Bernutz, Casenave, Debout, etc., publiées par les divers journaux de médecine ont prouvé qu'il a réussi là où le *lactate de fer*, le *fer réduit*, les *pilules* de *Vallet*, l'*eau* de *Bussang*, de *Passy* et de *Spa* avaient échoué. — Prix du flacon, 2 fr. Dépôt à Paris, à la pharmacie 7, rue de la Feuillade, près la Banque. En province, chez tous les pharmaciens.

Les *Eaux de Krankenheil*, que les plus grands médecins recommandent, sont *Alcalines iodo-sulfurées*. Cette minéralisation indique déjà leur emploi principal. Elles sont ordonnées dans les cas d'induration des glandes, et les obstructions des viscères abdominaux; elles favorisent la digestion et l'assimilation, et sont d'un bon usage contre les maladies de la peau et les affections hémorrhoïdale e

Ces quatre sortes d'eaux minérales ne se vendent qu'à l'entrepôt de la compagnie, rue des Billettes.

La compagnie de propriétaires de Sources d'Eaux minérales françaises et étrangères, rue des Billettes, 11, vient de se rendre concessionnaire des trois principales *eaux minérales* de la Suisse qui étaient à peine connues en France, et qui sont destinéeào prende un des premiers rangs dans l'hydrologie médicale.

1° L'eau de SAXON (Valais) désignée, d'après M. Henry sous le titre caractéristique d'*idio bromurée calcaire magnésienne* et qui s'emploie avec succès dans les *diathèses scrofuleuses* et *syphilitiques*.

Notice scientifique sur l'eau minérale Gazeuse naturelle (iode de Condillac.

L'eau Minérale de Condillac est la meilleure de toutes les eaux gazeuzes; on l'a surnommée à juste titre LA REINE DES EAUX DE TABLE. *C'est la seule salubre, étant la seule iodée.* Elle est éminemment digeste et amie de l'estomac. Aucune autre n'est aussi agréa-

ble au goût ; aucune ne convient mieux à tous les nerfs, à tous les tempéramments. Elle a deux qualités précieuses : 1° elle donne de l'appétit ; 2° elle facilite la digestion. C'est l'eau de table *la plus hygiénique ;* elle porte à la gaîté ; elle étanche merveilleusement la soif dans les chaleurs ; c'est une boisson rafraîchissante et stomachique, qu'on doit préférer à toutes les eaux gazeuses *artificielles* qui n'ont aucun de ses éléments minéralisateurs si bienfaisants, qui ne sont qu'une méchante contrefaçon des eaux de Seltz, et dont l'usage n'est même pas toujours exempt de danger. L'eau alcaline gazeuse *naturelle iodée* de Condillac fera partout répudier ces eaux gazeuses *factices*, dont l'agrément éphémère est loin de compenser les nombreux inconvénients.

L'Eau de Condillac n'a pas, comme les autres eaux alcalines, le désagréable inconvénient de décomposer le vin, et offre l'inappréciable avantage de se conserver parfaitement pendant plusieurs années et de pouvoir être transportée au loin sans altération : aussi peut-on la boire dans les pays éloignés aussi bien qu'à la source, non-seulement dans toute la France, mais en Espagne, dans les Colonies, en Italie, en Algérie, et dans tout l'Orient.

Ce n'est pas seulement une eau d'agrément : les médecins la recommandent de préférence aux malades et aux convalescents dan la gastralgie et les troubles de la digestion, les obstructions du foies les maladies des reins et de la vessie, l'engorgement de la matrice, la leucorrhée, la chlorose, les maladies nerveuses, l'hypocondrie, etc,

Enfin, M. Mathieu, de la Drôme, vient de trouver aux Eaux de Condillac de nouvelles propriétés curatives. Lorsque, par son système. de *balnéation* à l'hydrofère, on les administre à la surface du corps, soit que l'on ait à combattre localement des affections de la peau, soit qu'on ait à produire quelque utile dérivation contre les maladies nerveuses qui s'attachent aux principaux viscères de l'organisme. Des expériences faites à l'hôpital Saint-Louis et rapportées à l'Académie de médecine viennent de constater ces faits en faveur de l'Eau de Condillac.

Si le succès témoignait toujours de l'excellence des choses, on pourrait assurer sans contredit que l'eau de Condillac a légitimement conquis le titre de *Reine des tables* qui lui fut donné par le médecin que les a le mieux étudiées. Jamais l'eau minérale, tant sous le rapport hygiénique que sous le rapport thérapeutique, n'a vu son usage se multiplier dans une semblable proportion et en si peu de temps. Nous aurons bientôt l'occasion de publier quelques-unes des observations recueillies dans la pratique de l'hydrofère : bains à l'eau pulvérisée qui fonctionne déjà depuis 6 mois dans un des beaux établissements de Paris, d'où il s'étendra bientôt aux départements et à l'étranger.

Pour tous les articles non-signés, le Docteur SALES-GIRONS.

Paris. — Imprimerie de Moquet, rue des Fossés-Saint-Jacques, 11.

LA REVUE MÉDICALE
FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.
(31 Janvier 1861.)

CLINIQUE ET MEMOIRES.

DE LA DIÈTE RESPIRATOIRE

DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES DE POITRINE,

Moyen de modifier l'oxygène de l'air à respirer;

Par le Docteur **Sales-Girons.**
Rédacteur en Chef de la REVUE MEDICALE.

L'oxygène est l'ami des surfaces saines
et l'ennemi des surfaces malades.

Nous publions ci-après le Mémoire qui, présenté par nous à l'Académie de médecine, a fait l'objet du rapport de M. le professeur Bouillaud qu'on a lu au précédent cahier.

On verra dans ce Mémoire les premiers traits de cette *Diète respiratoire* à laquelle on a bien voulu faire l'honneur réservé aux idées nouvelles et fécondes.

Depuis que ce travail est écrit la question sans s'être élargie précisément, s'est éclaircie dans notre esprit, et les moyens diététiques que nous possédions alors se sont, sinon multipliés, du moins développés sous les rapports pratiques.

La publication du Mémoire sera immédiatement suivie des *Notes justificatives* que la physiologie expérimentale et la chimie fournissent à l'appui de la méthode que nous venons proposer.

Voici la lettre qui accompagnait la communication,

Monsieur le Président de l'Académie de médecine,

J'ai l'honneur de soumettre à l'Académie, dans le mémoire ci-joint, le résultat de mes études et expériences sur les modifications que je crois utiles de faire subir à l'air atmosphérique respiré, dans le traitement des maladies de poitrine.

Ces modifications portent principalement sur l'oxygène considéré comme cause d'entretien de ces lésions. L'Académie jugera si par les moyens que je propose ce but a été atteint.

Agréez, *etc.* Docteur SALES-GIRONS,

Rédacteur en chef de la *Revue médicale*, (66, rue Bonaparte).

La Diète des maladies de poitrine nous a paru pécher par un point très important de leur thérapeutique ; nous voulons dire par le côté qui regarde la respiration dans ses rapports avec l'air atmosphérique. Fesons comprendre notre pensée.

Que l'estomac ait sa diététique complète dans nos livres de médecine, on répond : c'est naturel ; l'estomac peut être mis au repos par la suspension de toute nourriture, et tous les degrés de la diète lui sont faciles en augmentant ou en diminuant la quantité des aliments.

Or, il n'en saurait être de même du poumon, ajoute-t-on : la respiration d'abord, synonime de vie, ne peut pas souffrir de suspension fonctionnelle, à raison de l'hématose ; et puis, comment lui augmenter ou diminuer la quantité d'air qui lui est nécessaire ?

Si jamais on s'est fait cette question de diététique pour la poitrine, ce qui est douteux ; si on a jamais, sous ce rapport, comparé le poumon à l'estomac, c'est ainsi qu'on a dû expliquer les différences respectives qu'ils ont, eu égard au point qui nous occupe. L'estomac pouvait être mis à la diète, le poumon ne le pouvait pas.

Cette explication est plus spécieuse que vraie; elle a l'air convaincant au premier abord ; mais examinée de près, on finit par voir qu'il n'en est pas ainsi des deux fonctions comparées ; que s'il est positif que la respiration ne peut pas être mise à la diète absolue, rien n'est plus facile que de la mettre à la diète relative ; il ne fallait pour cela que les moyens de lui faire plus ou moins grande la dose de son *pabulum*, ce qui est trouvé comme on le verra plus loin.

De cela même que la fonction respiratoire est perpétuelle, on peut obtenir par la diète relative plus que l'équivalent de la diète absolue pour une fonction qui est intermittente comme celle de l'estomac. Il suffit de diminuer plus ou moins longtemps l'aliment respiratoire.

Voilà pour la quantité. Quant aux qualités actives, l'aliment respiratoire peut tout aussi bien être modifié ou atténué que l'aliment nutritif.

Ainsi disparaît la différence qu'on a cru voir entre la respiration et la digestion relativement à la diète. La poitrine et l'estomac enfin, comme il sera démontré, peuvent être soumis à une certaine parité de règles.

Si cela est, le grand argument de l'incurabilité des lésions pulmonaires, que l'on fondait sur l'impossibilité de quelque repos de l'organe et sur ses rapports incessants et nécessaires avec l'agent atmosphérique, se trouve sérieusement affaibli. La médecine s'en félicitera.

Il était logique qu'avec la conviction de ne pouvoir point mettre la respiration à la diète, on n'en cherchât pas les moyens. On ne l'a point fait, et nous verrons que ceux qui ont trouvé quelque pratique utile pour le traitement des affections de poitrine ne l'ont jamais fait dans l'intention réelle de la diète. La pratique a produit son bon effet, l'explication scientifique, qui marque l'intention, fait défaut. Ainsi, nul n'a dit par quoi, ni pourquoi sont efficaces certaines conditions atmosphériques naturelles ou factices, qui sont efficaces en effet au poitrinaire.

La diète respiratoire devait de nos jours répondre à ces questions et, en expliquant le passé, préparer les progrès pour l'avenir.

Ce qui peut avoir nui aussi à l'étude de la diète des affections respiratoires, c'est la confusion qu'en ont faite à tort les médecins avec l'hygiène. La diète diffère pourtant de l'hygiène comme la maladie diffère de la santé; et comme dans l'état morbide, ce qui était bon à l'état hygide peut devenir nuisible, on eût vu qu'il en est précisément ainsi dans les maladies de poitrine.

On aurait vu, en effet, que l'air vif, pur, normal, hygiénique en un mot, celui qui se rapproche le plus de la pureté atmosphérique et qui porte ses 21 d'oxygène pour 79 d'azote; on aurait vu, dis-je, que cet air, qui est bon pour les poitrines bien constituées et bien portantes, est nuisible dès que les voies respiratoires sont envahies par la maladie, et tout cela à cause de l'élément actif, l'oxygène, qu'on peut appeler l'ami des tissus sains et l'ennemi des tissus lésés.

L'oxygène joue, on n'en saurait douter dans l'état actuel de la science, le rôle nuisible qu'on sait sur les lésions à découvert ou à ciel ouvert. Or, quelle lésion est plus à découvert qu'une hypertrophie folliculeuse du larynx ou une inflammation des bronches, ou même la tuberculisation du poumon? Le va et vient de la respiration incessante ne met-il pas ces lésions dans des conditions pires que si elles étaient sur une surface extérieure du corps? Le renouvellement continuel de l'air ne doit-il pas faire l'effet d'un soufflet qui multiplie la quantité et l'activité de l'oxygène, si c'est l'oxygène qui est l'agent nuisible des altérations organiques à découvert, ce qui est plus que probable, ce qui est généralement admis.

En confondant, par conséquent la diète avec l'hygiène, on devait penser que l'air qui est bon sur les surfaces saines ne pouvait pas être mauvais sur les muqueuses bronchiques malades. Il est temps de faire cesser cette confusion et de rétablir l'ordre des choses, en reconnaissant que si, la théorie sous-cutanée est vraie, elle n'a pas d'application plus positive que celle qu'on en ferait aux maladies de poitrine.

Le régime des *circunfusa*, des *ingesta*, des *applicata*, qu'on aura donc formulé pour les lésions non abritées, doit être appropriée à celle des voies respiratoires; il n'en est pas, en effet, de moins abritée, de plus exposée, comme l'on dit très bien, aux *injures* de l'air.

Si la théorie sous-cutanée ne s'est pas nettement prononcée pour accuser l'oxygène des *injures* imputées à l'air, c'est qu'elle n'avait peut être pas les témoignages que porte l'observation spéciale des maladies de poitrine. Je sais bien qu'on n'a pas fait valoir ces témoignages, que l'explication scientifique n'avait pas encore dégagé de l'empirisme. Mais aujourd'hui que l'idée est venue expliquer les faits, rien n'est plus aisé que de démontrer que l'oxygène est, non pas la cause primitive des lésions respiratoires, mais au moins la cause d'exaspération et d'entretien.

A. Et d'abord, dès la connaissance des propriétés vitales de l'oxygène, il était rationnel pour ceux qui pensaient que les

maladies de poitrine étaient de nature hyposthénique, d'expérimenter ce gaz. Les expériences répétées furent toutes négatives : le mal fut empiré, les lésions sur-excitées ; sans parler de la surexcitation générale. Après l'épreuve tout le monde avait prévu l'effet; et cependant nul n'en tira la conséquence dont la thérapeutique de ces affections se fût trouvée si bien.

B. Ensuite la pratique des modernes vint se multiplier avec celle des anciens. On envoya les phthisiques dans des régions tièdes ; on déclara séjour curatif les lieux situés dans les bas-fonds; on renouvella des Grecs l'habitation dans les forêts de pins, puis les étables à vaches, les atmosphères goudronnées, mais sans savoir pourquoi.

Aujourd'hui tout cela s'explique ; il faut au malade de poitrine un milieu où ne domine pas l'oxygène; où ce gaz soit plutôt en déficit qu'en excès; et l'on craint avec juste raison les plaines ventées où tournent les moulins à vent, et les coteaux nord-est où l'air est réputé vif et épuré. C'est que l'air diététique des maladies de poitrine est justement le contraire de l'air hygiénique. Les sujets bien portants se portent mieux sur les coteaux: mais les sujets phthisiques s'y trouvent plus mal, et ils y périssent plus vite.

Concluons donc de ces faits :

L'expérience directe et l'expérience indirecte sont unanimes pour accuser l'air renouvelé à l'égard des maladies de poitrine, et dans cet air l'oxygène, puisqu'il n'y a rien de plus innocent que l'azote auquel la chimie n'en reconnaît pas même la complicité ; l'azote, nous l'avons dit ailleurs, a pour effet de faire, de l'abondance, en se mêlant en proportion de quatre parties pour une d'oxygène.

Ces expériences directes ou indirectes, la nature entière les confirme. Voyez un fruit : tant qu'il est sain de vice ou de défaut, l'atmosphère n'a que des faveurs pour lui. A peine atteint par l'insecte, ou par la moindre contusion qui vienne en altérer le tissu, il devient la proie des éléments extérieurs, mais surtout de l'agent qui préside à la fermentation et à la putréfaction ; c'est-à-dire, de l'oxygène. La nature organique,

déjà altérée, n'a pas de plus grand ennemi que l'oxygène.

D'où le premier prescrit de la diète dans les affections de poitrine chroniques et même aiguës, c'est la précaution contre cet agent. Expliquons-nous.

1° Je dis la *diète* et non pas la médication, qui viendra après: La diète a pour objet les causes secondaires, agravantes. La médication a pour objet la cause primitive, productrice de la maladie;

2° Je dis les *précautions contre l'oxygène*, pour faire entendre non point sa suppression qui serait absurde, mais sa modification, son atténuation de quantité et de qualités.

Dans toutes les atmosphères favorables au poitrinaire, l'oxygène y est en quantité inférieure à sa normale de 21, et en qualités moins actives que dans l'air hygiénique;

3° Je dis *aiguës et chroniques*; car déjà aujourd'hui il est avéré, plus généralement admis que l'air renouvellé est encore plus nuisible dans les angines aiguës que dans les bronchites chroniques. Le temps est proche où l'on reconnaîtra que l'oxygène n'est pas moins défavorable dans les unes que dans les autres de ces lésions.

L'expérience a parlé : *l'atmosphère oxygénée nuit dans les maladies de la muqueuse respiratoire.* La diète a pris de là sa donnée théorique : *il faudrait modifier cette atmosphère jusqu'à la convenance voulue.*

Le problème fondé en raison et posé en ces termes, sera résolu. Des solutions pratiques nombreuses ne se feront pas attendre; il n'a manqué jusqu'ici que l'idée nette et bien formulée pour voir la réalité se produire. Mais nous allons vite de nos jours, nous gagnerons le temps perdu.

J'apporte une de ces solutions pratiques, avec l'espoir qu'elle suffira au moins pour nous faire attendre les perfectionnements ; puisse t-elle les provoquer! Procédons par ordre.

De quoi s'agit-il, d'après ce qui précède, pour satisfaire au premier article de la diète des maladies de poitrine? Il s'agit de réaliser les conditions d'une atmosphère où l'oxygène soit convenablement modifié de quantité et de qualité.

Cette modification ou atténuation est devenue l'objet de nos recherches.

Chercher en chimie quelles étaient les substances qui avaient les plus promptes affinités avec l'oxygène, et les essayer tour-à-tour, tel a été notre premier soin. Aucune n'a bien rempli les conditions multiples de la convenance que nous recherchions. Point n'est ici le lieu d'énumérer même les substances, telles que la barite, le phosphore, l'ammoniaque, les corps carbonisés, l'hydrogène sulfuré, etc., que nous aurions mis en jeu, pour voir s'ils répondaient à notre attente. L'hyposulfite de soude surtout fut longtemps à l'épreuve.

Nous en étions là, quand la découverte du coaltar comme désinfectant vint nous r'ouvrir une voie que nous avions ouverte nous-même dès 1843 dans notre livre intitulé : *du Traitement de la phthisie et des autres maladies de la poitrine par les fumigations de goudron* (1 vol, in-8°. Chez Labé, lib.).

Du coaltar au goudron la filiation d'idées était naturelle.

Dans ce livre, déjà tout empreint de la pensée que l'oxygène atmosphérique est la cause d'entretien des affections respiratoires, nous avons eu l'occasion fréquente d'écrire et de répéter que les vapeurs aromatiques du goudron doivent probablement leur efficacité à une propriété qu'elles auraient d'envelopper l'oxygène et de le rendre moins abondant (page 392, *lib. cit.*), et en tout cas moins actif sur les lésions.

Un médecin anglais, Beddoes, nous avait précédé dans cette opinion. Ce spécialiste de la phthisie, a passé sa vie à faire instinctivement la guerre à l'oxygène de l'air; il a laissé un livre sous ce titre : *On the medical use and production of factitious airs*. Sa diète à lui, comme on voit, consistait à produire des atmosphères factices dans des locaux où il fesait vivre ses malades. Il pensait à tort que cette diète devait suffire, et suppléer le traitement médical. La diète, selon nous, n'est que la moitié de la thérapeutique dans cette question.

Bref, il s'agissait de mettre à l'épreuve nos pressentiments d'il y a 15 ans, touchant l'influence modificatrice du goudron sur l'oxygène. A cet effet, fut instituée l'expérience suivante :

Quinze grammes environ de goudron sont étendues dans l'intérieur d'un flacon de la capacité de cinq litres. Un bouchon bien lutté laisse pénétrer deux tubes; l'un recourbé vient plonger son extrémité extérieure dans de l'eau, l'autre droit et perpendiculaire, qui plonge son extrémité intérieure dans une petite couche d'eau qui est au fond du flacon.

Ainsi disposé, rien de plus facile que de prendre à volonté de l'air goudronné du dedans. Il suffit d'introduire par le tube droit de l'eau ou de l'air extérieure et de recueillir sur une cuve, à l'extrémité extérieure du tube recourbé, celui qui sort par déplacement.

Le premier effet qui se manifeste dans cette disposition de l'appareil, c'est l'ascension de l'eau par le côté extérieur du tube recourbé. Ce serait là une preuve physique que l'air intérieur a été atteint dans sa quantité, et la probabilité que ce n'est pas l'azote, mais l'oxygène qui aurait été atteint.

Frappé de ce résultat qui répondait déjà à nos présomptions théoriques, nous voulûmes le certifier davantage en fesant de l'air goudronné, une analyse qui décélât numériquement les 21 d'oxygène et les 79 d'azote, composant l'atmosphère naturelle.

Opérant à l'ordinaire pour cette épreuve, il fut rempli une cloche graduée avec l'air du flacon, et du phosphore récemment fondu et moulé fut introduit dans l'air goudronnée de ladite cloche. L'opération fut livrée à elle-même.

Chacun sait ce qu'il devait arriver : l'oxygène avec sa grande affinité pour le phosphore, devait se combiner avec lui, former un acide phosphatique, se consumer tout entier dans cette action et, ne laissant dans la cloche que l'azote, faire disparaître environ un cinquème de l'air, ou 21 sur cent. En d'autres termes, il ne devait rester dans la cloche graduée que les 79 d'azote; les fractions importent peu, je crois.

A notre grande surprise rien de tout cela n'eut lieu : Le phosphore demeura intact ; pas la moindre combustion ne se manifesta ; par conséquent le volume de l'air goudronné ne diminua pas d'un degré, et durant trois jours que l'appareil fut

maintenu dans les mêmes conditions, cette diminution ne fut pas plus marquée.

Aujourd'hui tout le monde peut faire l'expérience de l'incombustibilité du phosphore dans une atmosphère goudronnée : qu'on verse un peu de goudron dans un bocal ; il n'est pas besoin de le boucher. Qu'on attache un morceau de phosphore bien décapé au bout d'un fil, et qu'il soit plongé dans le bocal. Aussitôt qu'il sort de l'atmosphère ordinaire pour entrer dans l'atmosphère balsamique, le phosphore qui fumait et brûlait ne fume ni ne brûle plus. Faites entrer et sortir cent fois le phosphore, le phénomène est constant. Aussitôt que le phosphore est enveloppé de l'air goudronné toute combinaison avec l'oxigène cesse, et ne reprend pas tant que les choses sont en cet état, du moins à une température au-dessous de 20 degrés centigrades.

Résumant ces recherches, nous pouvons dire :

1° L'ascension du liquide dans la branche extérieure du tube recourbé prouve une petite diminution dans la *quantité* primitive de l'oxygène atmosphérique;

2° La non-combustibilité du phosphore dans l'air légèrement goudronné y prouve l'atténuation des *qualités* actives de l'oxygène.

Ce double résultat simultanément obtenu par l'effet d'une même substance, le goudron, réalise à la fois l'objet de notre recherche présente, et relie ce travail à nos études antérieures sur le traitement des affections respiratoires.

Le problème est donc résolu : nous savons un moyen de modifier l'oxygène de l'air en quantité et en qualité. Il reste à trouver maintenant le procédé d'application le plus commode et le plus utile à la thérapeutique des maladies qui nous occupent.

Dans notre Traité des maladies de poitrine en 1845, suivant les traces de nos prédécesseurs dans cette voie, lorsque nous avons voulu faire une atmosphère curative, c'est dans les limites d'une chambre que nous avons agi, réduisant ainsi le ma-

lade à la servitude de l'intérieur, servitude qui devait avoir maint inconvénient.

Il fallait mieux faire pour la liberté du malade. Bref, la perfection du procédé impliquait la formule suivante :

« Rendre l'atmosphère goudronnée portative, et portative « à ce point que partout où se trouvera le malade, partout il « puisse se l'approprier pour la respiration. »

Selon cette donnée, on le prévoit, le procédé était de modifier l'atmosphère à respirer au moment même où elle pénètre dans les voies respiratoires : sur les lèvres et les narines du malade, au moyen d'un appareil approprié.

Or, soit que la pratique vulgaire l'ait adoptée spontanément, soit qu'elle y résulte de l'opinion médicale qui accuse l'air atmosphérique, il est certain que la mode de la cravate appelée *cache-nez*, est venue remplir un objet analogue à celui que nous cherchions.

Le cache-nez cravate est déjà un moyen, qu'on le sache ou non, de modifier l'action de l'oxygène sur les bronches, puisqu'il a pour effet de chauffer et d'humecter l'air que l'on respire à travers les doubles du tissu.

(*La fin au prochain cahier*).

DE LA

CONGESTION CÉRÉBRALE APOPLECTIFORME

DANS SES RAPPORTS AVEC L'ÉPILEPSIE,

Par M. le professeur Trousseau.

(Note lue à l'Académie de médecine, séance du 15 janvier 1861.)

Le travail que nous publions nous paraît avoir plus d'importance que ceux qui en général forment le butin ordinaire des Académies; M. Trousseau n'y a pas mis le soin littéraire qui le distingue, il n'a pas pris le titre d'une affection la plus vulgairement connue pour y faire un nouveau texte sur mille textes anciens ; il y a dans ce mémoire de M. Trousseau, une idée pathologique nouvelle, une réforme à des idées anciennes. En tout cas, la lecture du savant professeur de clinique a ému quelques susceptibilités conservatrices, et nous voyons poindre au bout une bonne et

longue discussion sur la congestion cérébrale et l'épilepsie. De ces deux maladies si voisines de l'instrument intellectuel et vital, on aboutira, comme on y aboutit de toutes parts à l'Académie de médecine, à une discussion de doctrine, et la philosophie va demander en vain quelques tenants qui dans le débat puissent parler sa langue. Nous prévoyons que M. le professeur Bouillaud profitera de l'occasion pour montrer une fois de plus à ce corps savant qu'il lui manque une tête pour être complet; c'est à dire, une section de philosophie médicale, dût-on la classer à la queue de toutes les sections. Laissons parler M. Trousseau.

Messieurs,

Il y a, vous le savez, une opinion qui a cours dans la science; c'est que la congestion *cérébrale apoplectiforme* est est une maladie commune. — C'est une chose si bien établie, si bien acceptée, que l'on a mauvaise grâce à paraître en douter. — Pendant deux années d'internat que j'ai passées à la maison des fous de Charenton, j'ai vu ou cru voir un assez grand nombre de congestions apoplectiformes; je croyais encore en avoir vu, depuis cette époque, un certain nombre, soit dans les hôpitaux, soit dans ma pratique privée, mais, depuis quinze ans, je n'en vois plus. Pourtant mes confrères en voient tout autant qu'auparavant; il faut donc ou que je me trompe ou qu'ils se trompent. Il est bien clair que je ne puis avoir une autre idée, sinon que l'erreur est de leur côté; autrement je changerais d'avis.

Voyons donc.

Un homme, avec ou sans symptômes préalables, tombe subitement frappé d'apoplexie; on le relève hébété, et pendant un quart d'heure, une heure, plus longtemps peut-être, il reste, la tête lourde, l'intelligence confuse, la démarche mal assurée. — Le lendemain, tout est fini.

On dit que le malade a eu une congestion cérébrale apoplectiforme.

Je l'ai dit comme les autres, il y a quinze ans que je ne le dis plus.

Un autre, tout à coup, en marchant, a un étourdissement: il cesse de voir, de parler, il marmotte quelques mots inin-

telligibles; il chancelle, il tombe quelquefois, pour se réveiller incontinent. — Cela a duré quelques secondes : il ne reste plus qu'un peu de pesanteur de tête, quelquefois une obnubilation intellectuelle momentanée, et trois ou quatre minutes suffisent pour que tout rentre dans l'ordre.

On dit que ce malade a eu une congestion cérébrale légère; je l'ai dit comme les autres; il y a quinze ans que je ne le dis plus.

Pourquoi donc ai-je changé d'idée, Messieurs? ce n'est certes pas par amour du paradoxe; c'est que des faits ont fait entrer forcément dans mon esprit une lumière nouvelle.

Un de mes amis, en 1845, fut trouvé dans son lit, sans connaissance. Le visage était turgescent, violacé; l'intelligence, les mouvements, la sensibilité étaient abolis; il y avait de la stertor. C'était un homme vigoureux, de 42 ans. — Depuis quand était-il dans cet état? C'est ce que sa femme ne pouvait dire, elle avait été réveillée par un ronflement étrange, et elle m'avait envoyé quérir.

Déjà, à cette époque, j'avais renoncé aux saignées dans l'apoplexie. — Je fis mettre le malade dans la position demi-assise; je fouettai le visage avec un mouchoir mouillé d'eau froide, j'appliquai deux ligatures au haut des cuisses pour retenir momentanément une grande quantité de sang veineux dans les vaisseaux des membres abdominaux, et j'attendis. Une heure s'était à peine écoulée que les mouvements étaient revenus, la sensibilité se rétablissait, et le malade répondait assez pertinemment aux questions qui lui étaient faites. — Le lendemain, à cela près d'une forte courbature, il ne restait rien de tout cet orage.

A quelque temps de là, on me vint chercher en toute hâte pour un de mes voisins, âgé de 70 ans, qui, sur le boulevard, avait été frappé d'apoplexie. Il était resté un grand quart d'heure sans connaissance. — J'arrivais au moment où il revenait à lui. Il ne me reconnaissait pas encore, promenait autour de lui des regards hébêtés, et agitait ses bras et ses jambes ans avoir conscience de ce qu'il faisait. Les lèvres

et le nez étaient gonflés, les yeux injectés. Peu à peu, tout se rétablit sans que j'eusse à faire aucune médecine active : et fut l'affaire de quelques heures.

Le valet de chambre me raconta alors que son maître avait eu déjà plusieurs fois des attaques de ce genre, depuis deux ou trois ans, et que ces accidents s'étaient dissipés de la même manière, une fois à la suite d'une saignée, les autres fois après un bain de pieds sinapisé.

La même année, je voyais en consultation, dans mon cabinet, un avoué de province, âgé de 35 ans, qui, depuis six mois, avait eu trois attaques d'apoplexie. Il avait été saigné les trois fois, et il s'en félicitait beaucoup, on l'avait purgé, on lui mettait chaque mois quelques sangsues au siége. La dernière attaque avait eu lieu comme il remontait chez lui, après une importante plaidoirie. La tête avait frappé sur les marches de l'escalier et le malade portait encore les traces d'une blessure assez profonde qu'il avait au front. L'intelligence, d'ailleurs, la sensibilité, les mouvements ne laissaient rien à désirer au moment où je voyais le malade, et les accidents apoplectiformes avaient duré tout au plus une heure.

Je crois malaisément aux apoplexies chez les gens de 35 ans, surtout quand ces apoplexies se répètent tous les deux mois, et tout de suite l'idée de l'épilepsie se présenta à mon esprit, et je fis part de mes craintes à celui de mes confrères qui m'avait adressé le malade. Il me fut répondu que rien ne légitimait mes soupçons, que jamais on n'avait vu de convulsions; je tins bon pour mon diagnostic, et peu après en pleine audience, le pauve avoué fut pris d'une grande attaque de mal caduc qui ne laissa malheureusement de doute dans l'esprit de personne, et il fut forcé de quitter sa profession.

Cependant mon attention était éveillée, je me demandais si tant de gens que j'avais vus avec des congestions cérébrales apoplectiformes n'étaient pas des épileptiques, et je me tins sur mes gardes.

Mon premier malade eut bientôt d'autres attaques, et maintenant il y a quelquefois jusqu'à quatre et cinq attaques d'épilepsie par jour, et bien souvent des vertiges de petit mal; sa vue est perdue, son intelligence est profondément altérée.

Quant au vieillard dont j'ai sommairement aussi raconté l'histoire, il vit encore, et presque chaque année, il a eu une ou deux de ces attaques. Depuis sa chute sur le boulevard, il ne sort jamais sans un domestique, et celui-ci m'a raconté qu'au moment où son maître est gisant à terre, il y a des grimaces dans le visage, des secousses dans l'un des bras, qui ne durent guère qu'une minute, mais qui suffisent amplement pour caractériser l'épilepsie.

Depuis cette époque, toutes les fois que j'ai été consulté pour une personne atteinte de congestion cérébrale apoplectiforme, j'ai recherché avec le plus grand soin si, de temps en temps, pendant le jour, il y avait des vertiges subits, rapides, avec les caractères que j'ai indiqués plus haut ; si ces attaques de congestion n'étaient pas plutôt nocturnes que diurnes; si, au début de l'accident, il n'y avait pas eu de mouvements *nerveux*, et presque toujours, lorsque le mal avait frappé en présence de témoins, les convulsions pouvaient être reconnues. — Lorsque la congestion avait eu lieu la nuit, pendant le sommeil, j'apprenais que les urines s'étaient quelquefois écoulées involontairement, que, pendant quelques jours, la langue avait été douloureuse. Le visage, le front, le col avaient été couverts de petites taches ecchymotiques, ressemblant à des piqûres de puce. J'apprenais surtout que les accidents revenaient à des intervalles assez rapprochés, ne laissant d'ailleurs aucune trace persistante. En un mot, l'épilepsie apparaissait évidente quand on la cherchait, quand on voulait la trouver.

Il n'y a pas de mois que, dans mon cabinet, je ne voie quelques malades accusés d'apoplexie, qui sont des épileptiques.

Il n'y a peut-être pas de semaine que je ne soie consulté

par des gens adultes, vieillards ou enfants, atteints de vertiges comitiaux et qui me sont adressés comme ayant des congestions cérébrales faibles. Et quoique l'épilepsie, dans toutes ses formes, soit aujourdhui mieux connue qu'elle ne l'était il y a vingt-cinq ou trente ans, cependant bien des médecins se refusent à croire à une aussi terrible maladie, et s'ils la reconnaissent, ils ne veulent pas dire à la famille ce qu'ils en pensent, et préfèrent nous laisser cette triste mission.

Bien souvent le vertige comitial se révèle par des accidents, toujours attribués à la congestion cérébrale, et sur lesquels les médecins qui s'occupent du traitement des aliénés ont déjà, depuis longtemps, appelé l'attention de leurs confrères.

Après l'attaque vertigineuse, il est assez commun de voir les malades délirer pendant quelques minutes; le délire peut même durer un temps assez long.

Les annales judiciaires, les archives de la préfecture sont remplies de suicides et de meurtres attribués trop souvent par les médecins à ce qu'ils appellent des congestions cérébrales, tandis qu'il les faut imputer à l'épilepsie.

On peut dire, presque sans crainte de se tromper, que si un homme sans aucun trouble intellectuel préalable, sans avoir jusqu'ici donné signe de folie ou de fureur, sans être empoisonné par l'alcool ou par toute autre substance qui exerce une action énergique sur le système nerveux, se suicide ou tue quelqu'un, on peut dire que cet homme est un épileptique, et qu'il a eu une grande attaque, ou bien, ce qui est plus ordinaire, un vertige comitial.

Ces actes étranges sont, je le répète, attribués par la plupart des médecins à des congestions cérébrales passagères, par cela même que la grande attaque est quelquefois méconnue, et que le vertige l'est presque toujours.

Il est une cause qui fait le plus souvent méconnaître l'épilepsie; c'est la répugnance qu'ont les familles à révéler même aux médecins cette triste maladie. — Lors même qu'une mère a été témoin d'une grande attaque, elle refuse

de croire à l'épilepsie, et si le médecin l'interroge, elle parlera du coma, de la perte de connaissance; mais elle dissimulera le plus souvent les convulsions. Elle demandera secours contre les accidents qui suivent l'attaque; mais elle ne voudra pas laisser soupçonner la triste vérité. J'ai été souvent consulté par des personnes qui savaient à merveille qu'elles étaient atteintes d'épilepsie, mais qui ne parlaient que de congestion; des femmes dissimulaient l'état de leurs maris, des maris l'état de leurs femmes, et le plus souvent les parents les symptômes éprouvés par leurs enfants.

Le médecin est donc sans cesse trompé quand il s'agit d'épilepsie; il l'est par le malade lui-même qui ne sait rien de son attaque, sinon qu'il a perdu connaissance, et qu'il est resté plusieurs heures dans un état de demi-stupidité. Il est trompé par les parents qui se résolvent malaisément à avouer, à s'avouer à eux-mêmes qu'ils ont parmi les leurs un épileptique; il est trompé par les souvenirs de sa première éducation médicale pendant laquelle on lui a dit et répété que la congestion cérébrale apoplectiforme était une maladie commune. Ne soyons donc pas étonnés si la congestion est encore si généralement acceptée.

Il est, j'en conviendrai, une forme convulsive qui peut en imposer pour une congestion cérébrale. Il arrive, quoique bien rarement, qu'au début d'une attaque d'épilepsie, la période tonique, c'est-à-dire celle pendant laquelle les muscles de la poitrine conservent une rigidité absolue, il arrive, dis-je, que cette période tonique dure deux, trois minutes, au lieu de durer seulement quinze à trente secondes, et les individus meurent par asphyxie, comme meurent les tétaniques dans un paroxisme, comme meurent les animaux empoisonnés par les strychnées, ainsi que l'a si bien démontré notre collègue M. Ségalas il y a près de quarante ans. Comme, dans ce cas, il n'y a pas eu de convulsions cloniques, celles que les gens étrangers à notre art connaissent le mieux, comme, pendant toute la durée de la convulsion tonique, le visage a été turgescent, les vaisseaux du col ont été disten-

dus et comme noueux, comme, de fait, il y a eu une énorme congestion, mais une congestion toute passive analogue à celle que produit l'effort, on croit avoir eu affaire à une congestion active lorsque, en fin de compte, il ne s'est agi que d'une attaque d'éclampsie ou d'épilepsie. — Que nos collègues qui s'occupent le plus des maladies des femmes en couches et des enfants recueillent leurs souvenirs, et probablement partageront-ils mon opinion.

M. le docteur Menière a observé depuis longtemps un grand nombre de malades qui sont pris subitement de vertiges, de nausées, et même de vomissements, qui tombent à terre, après avoir marché comme un homme ivre, et se relèvent difficilement, restent pâles, couverts d'une sueur froide, presque hypothimiques, et voient se renouveler ces accidents un grand nombre de fois. Les premières attaques sont considérées comme une congestion cérébrale; on les traite vigoureusement par des saignées, des sangsues, des purgatifs; les rechutes fréquentes modifient peu à peu le diagnostic, mais les malades s'en inquiètent énormément, surtout les médecins, les gens instruits, bien entourés, ceux qui savent la gravité des lésions cérébrales.

Dans l'immense majorité des cas, les malades affectés de ces troubles cérébraux s'aperçoivent bientôt de bruits dans les oreilles, souvent même l'ouïe devient faible, et ces bourdonnements conduisent chez le médecin de l'Institution des sourds-muets de Paris les personnes qui veulent se débarrasser de cette incommodité. Il est facile de constater alors qu'une oreille, souvent même les deux, sont singulièrement affaiblies, et M. Ménière a recueilli par centaines des observations établissant que ces prétendues lésions cérébrales sont bien véritablement des lésions de l'appareil auditif. Il a poursuivi cette recherche avec un soin extrême, et il est parvenu à établir que le point de départ de ces phénomènes est dans l'oreille interne. Nous laisserons notre confrère apporter ici le résultat d'une étude d'un si haut intérêt. Il nous suffira de dire que la plupart des accidents si mal à propos

désignés sous le nom de *congestion cérébrale apoplectiforme* ont leur siége dans les canaux demi-circulaires que les lésions de ces organes déterminent les vertiges, les vomissements sympathiques, provoquent la résolution des membres, la perte subite de connaissance, en un mot que beaucoup de prétendues lésions cérébrales appartiennent exclusivement à l'organe de l'audition.

Il est encore une autre maladie qui sans cesse est décorée du nom de congestion cérébrale, je veux parler du vertige lié à des désordres gastriques.

Cette forme bizarre de névrose est caractérisée par les phénomènes suivants : si le malade fait dans son lit un mouvement brusque, il sent aussitôt le lit tourner et l'entraîner dans son mouvement : s'il se lève et surtout si, levé, il regarde en l'air, le vertige prend des proportions plus grandes. Les objets tournant autour de lui, il chancelle, quelquefois il est impuissant à se tenir debout. En même temps, il éprouve un mal de cœur insupportable et bien souvent des vomissements.

Ces accidents singuliers sont, pour les malades, appelés des coups de sang, et, disons-le, la plupart des médecins partagent cette idée. Ils saignent, ils appliquent des ventouses et des sangsues, donnent des pédiluves sinapisés, et font tout, en un mot, pour faire disparaître cette prétendue congestion qu'ils augmentent par leur étrange médication.

Les maladies vertigineuses, dont je viens de parler, sont plutôt voisines de la syncope, et par conséquent sont juste le contraire de la congestion : et si prodigieux que cela paraisse, il est pourtant vrai que trop de médecins e core méconnaissent la tendance syncopale et la confondent avec la congestion cérébrale.

Pourtant, Messieurs, comme je ne veux rien exagérer, je supposerai que les deux états que je viens de décrire sont rarement méconnus par les médecins, et je supposerai que jamais ils ne sont pris pour des congestions cérébrales.

Mais il est un accident qui accompagne souvent les hé-

morrhagies du cerveau et qui, pour l'universalité des médecins, est considéré comme une congestion.

Je m'explique.

Lorsqu'un malade est frappé d'apoplexie, soit que l'apoplexie reconnaisse pour cause une hémorrhagie cérébrale, soit qu'elle dépende d'un ramollissement, ce qui est plus fréquent qu'on ne le dit et qu'on ne le croit, soit qu'elle résulte d'une embolie ou tout au moins d'une oblitération subite, d'une des artères principales du cerveau, lors, dis je, qu'un malade est frappé d'apoplexie, il y a quelquefois une perte de connaissance subite, et l'obtusion de l'intelligence et du mouvement dure plusieurs heures, plusieurs jours, puis tout rentre dans l'ordre, à cela près d'une hémiplégie légère qui diminue lentement et finit par disparaître après quelques mois. Comme les premiers accidents ont été presque foudroyants, comme, entre la gravité de ces premiers phénomènes et les troubles ultérieurs de l'intelligence, de la sensibilité et du mouvement, il ne paraît pas y avoir de relation suffisante, on dit que l'hémorrhagie cérébrale a été accompagnée de congestion; que la congestion, phénomène essentiellement transitoire, a produit les accidents *apoplectiques* proprement dits, que dissipée, elle a laissé l'hémorrhagie peu copieuse avec l'hémorrhagie si peu grave d'ailleurs qui a succédé à ces grands accidents apoplectiques.

Je ne veux pas nier absolument cette congestion, et j'avoue même que je suis tenté de l'admettre dans une certaine mesure; mais il est un autre phénomène dont on n'a pas assez tenu compte, que je sache du moins, je veux parler de ce que j'ai appelé l'*étonnement cérébral*. Lorsque l'encéphale subit soudainement une déchirure et une compression, il supporte cette grave lésion avec une impatience qui varie suivant les individus, mais qui peut être portée fort loin chez certaines personnes. J'en veux donc chercher un exemple dans les lésions traumatiques du cerveau. Qu'un soldat reçoive une balle dans la tête; que dans une rixe

un individu reçoive un coup de couteau qui pénètre dans le cerveau, ils sont jetés à terre comme s'ils étaient frappés d'un coup de massue; mais, peu à peu, malgré les épanchements sanguins intra-crâniens qui sont la conséquence de la blessure, et même malgré la congestion phlegmasique inséparable de la déchirure des tissus, l'intelligence, la sensibilité, les mouvements reviennent quelquefois avec une rapidité étrange et donnent ainsi au chirurgien inexpérimenté des espérances qui ne se réalisent malheureusement pas. Cette stupeur immédiate est ce que j'ai appelé l'*étonnement cérébral*, et quelque incorrecte que puisse être cette appellation à laquelle je renoncerais bien volontiers, toujours est-il que le fait existe et ne peut être contesté par personne.

Les expériences sur les animaux donnent des résultats plus positifs encore. Si l'on trépane le crâne d'un chien ou d'un lapin et que, par une incision faite à la dure mère, on introduise entre le crâne et la surface du cerveau une petite balle de plomb, on observe tout d'abord des phénomènes de stupeur qui se dissipent rapidement, pour être remplacés par une hémiplégie proportionnée à la compression.

Dans cette expérience, on ne peut invoquer la commotion cérébrale; il faut bien accepter que l'encéphale est, en quelque sorte, surpris par un accident qui se traduit par des troubles transitoires. Ne suis-je donc pas en droit de supposer que, lorsqu'il se fait un épanchement de sang subit dans le corps strié ou dans la couche optique, la stupeur immédiate que l'on attribue d'ordinaire à la congestion simultanée peut, en partie tout au moins, être imputée à l'*étonnement cérébral*.

Est-ce à dire, Messieurs, que je nie d'une manière absolue la congestion cérébrale ? non certes. J'admets la congestion, l'hyperhémie du cerveau, il faudrait être insensé pour en contester l'existence ; mais je dis que ce que l'on a appelé la *congestion cérébrale apoplectiforme* est, dans le plus grand nombre des cas, un accident épileptique ou éclamptique, quelquefois une syncope; je dis que bien souvent les

simples vertiges épileptiques, que les vertiges liés à un mauvais état de l'estomac, ou à des maladies de l'oreille, sont considérés à tort comme des congestions de l'encéphale.

Que si les propositions que j'ai cherché à défendre sont vraies, on m'accordera que la thérapeutique devra moins souvent recourir aux médications révulsives et antiphlogistiques, mises sans cesse en œuvre pour combattre ces prétendues congestions cérébrales, et qu'il faudra chercher d'autres indications plus conformes à l'idée que l'on doit se former des états divers que l'on a confondus trop souvent sous la même dénomination.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

De M. le Dr MATTEI,

PROFESSEUR LIBRE D'ACCOUCHEMENT.

OBSERVATION

SUIVIE DE REMARQUES DE L'AUTEUR.

Primipare. — Hémorrhagie à trois mois de grossesse. — Accouchement à terme. — Forceps. — Fille bien portante. — Administration du seigle après la sortie du fœtus comme moyen de diminuer les lochies et de prévenir les résorptions putrides. — Mensuration exacte du globe utérin dans les suites de couches. — Rétablissement sans fièvre. — Théorie de la distension des seins dans diverses époques de la vie, et surtout pendant la grossesse et après l'accouchement.

Mlle Thérèse K., native de Polwiller (Haut-Rhin), résidant à Paris, depuis dix ans, rue Saint-Jacques, 36

Agée de 32 ans, domestique, taille un peu au-dessous de la moyenne, tempérament lymphatique, constitution un peu grêle, mais saine, jamais de maladies graves si ce n'est la rougeole et la variole. Cette dernière maladie a été assez grave, quoique la femme ait été vaccinée. Sa famille est saine.

Réglée à 13 ans, elle a continué à voir régulièrement tous les mois, tantôt avançant, tantôt retardant, et chaque fois pendant deux ou trois jours. Elle dit avoir eu les pâles couleurs avant d'être réglée,

et avoir eu alors les jambes enflées. L'écoulement menstruel est facile, tout au plus si elle a quelques douleurs de reins la veille de ses règles.

Grossesse. Ses menstrues ont paru pour la dernière fois du 8 au 10 septembre 1855, et dès la troisième semaine après cette époque elle a eu des nausées avec vomissement de matières glaireuses, quelquefois vomissement d'aliments. L'appétit qui avait diminué pendant les trois premiers mois a repris après et a persisté jusqu'à la fin de la grossesse; mais sans que la femme ait gagné de l'embonpoint; tout au contraire, elle a plutôt maigri. Au troisième mois, sans cause appréciable, elle a été prise d'hémorrhagie utérine, et a craint un instant de faire une fausse couche; mais bientôt le sang s'est arrêté spontanément. Pendant cet écoulement, elle ne se rappelle pas avoir senti de douleurs ni aux reins, ni au ventre. Elle ne se rappelle pas non plus l'époque à laquelle elle a senti les premiers mouvements de son enfant. Ces mouvements ont toujours été surtout marqués en haut et à droite; ce qui indique une O. IL. G. A.

La malade a pu continuer son état de domestique jusqu'à sept mois et demi de la grossesse.

Dans la nuit du 9 au 10 juin 1856, neuvième époque cataméniale, vers minuit, elle s'est sentie mouillée sans avoir souffert; à peine si elle avait éprouvé quelques mouches dans la matinée du 10, lorsqu'elle vint le même jour me consulter dans l'après-midi.

Je constate un ramollissement du col avec une dilatation de deux centimètres; ce col, cependant est encore épais. Je sens la tête; mais je ne puis pas assurer si la poche est déchirée parce qu'il n'y a pas de contractions bien évidentes. Le palper et le toucher trouvent une présentation du sommet O. IL. G. A.

Comme il n'y avait rien à faire, je prie la femme de rentrer chez elle, de prendre un lavement et de revenir le soir pour passer la nuit dans la salle d'accouchement. C'est ce qu'elle a fait.

A 9 heures et demie du soir, les contractions se déclarent et vont bientôt à la période de 5' à 6'. Le toucher trouve une dilatation de trois centimètres. Je constate de plus que la poche est percée et que le col ne se contracte pas pendant la contraction du corps. La femme n'accuse que des douleurs au bas-ventre et pas aux reins. Je constate en même temps une légère déflexion de la tête; ainsi dans la journée je pouvais atteindre la fontanelle postérieure et maintenant je ne le

puis plus, tant elle est élevée, tandis que je suis facilement la suture sagittale.

Les contractions continuent, sans être plus fréquentes; mais elles ne profitent pas pour l'avancement de la tête. La sortie prématurée des eaux paraît être la cause du retard ; et comme l'enfant n'a qu'à souffrir, si l'on attend encore, comme il y a aussi en ce moment dans les hôpitaux de Paris une grande mortalité de femmes en couches, je ne tarde pas à proposer le forceps pour venir en aide à l'utérus. La femme craintive s'y est d'abord refusée, mais voyant à minuit que le travail était encore stationnaire, elle m'a permis de faire l'opération. Après avoir appliqué l'instrument, je n'ai eu à faire qu'une simple traction pendant la contraction utérine, et la tête est arrivée à la vulve. J'ai alors abandonné le forceps pour ralentir le passage de la tête, et la sortie s'est faite sans occasionner de déchirures.

C'est une fille vivace et bien développée; elle porte sur la tête une large bosse sanguine. Après la sortie de l'enfant je vois apparaître des grumeaux de sang qui s'étaient amassés dans l'utérus par suite de la longueur du travail ; aussi je donne un demi gramme de seigle avant même de procéder à la délivrance.

Après quelques instants je procède à l'extraction du délivre qui est déjà descendu dans le vagin. A minuit et demi, j'administre encore un demi gramme de seigle pour forcer l'utérus à revenir promptement sur lui même et éviter ainsi l'accumulation du sang dans son intérieur et les résorptions consécutives. Le pouls pendant, comme après le travail, est resté à 76.

La nuit a été bonne, il n'y a eu que quelques tranchées, la malade a perdu très peu de sang.

Le 11 au matin, pouls toujours à 76 Après avoir fait uriner la femme, je trouve que l'utérus est à 13 centimètres au dessus des pubis; cet organe a dix centimètres dans son diamètre transverse; il est flasque d'abord, au point que je ne puis pas en déterminer les dimensions ; mais sous les manœuvres du palper il se contracte sans produire aucune douleur à la femme. (Bouillons pour la mère, lait coupé pour l'enfant).

Le 12, pas de fièvre, l'utérus toujours un peu à droite ne dépasse le pubis que de 9 centimètres, lochies peu abondantes. (Bouillons, potages).

Le 13, pas de fièvre. L'utérus est encore plus petit et n'offre aucune sensibilité à la pression, les lochies sont presque nulles et peu

odorantes. Ce qui m'étonne c'est que les seins chez cette femme ne se soient pas encore gonflés de manière à être tendus et douloureux. On voit cependant, qu'ils sont un peu développés; si on exprime les mamelons, on en fait sortir du colostrum, et si cette femme donnait à téter, le lait viendrait facilement.

C'est seulement le soir du 13, que les mamelles se tendent, et l'utérus sans être plus sensible, est alors plus volumineux. (Potages).

Le 14 pas l'ombre de fièvre; la malade se lève, on frictionne ses seins avec de l'huile camphrée et on les soulève avec une serviette. (Potages, viande, eau rougie).

Le 15, la malade est convalescente, les lochies sont presque à sec. Les jours suivants, le mieux va en progressant, et le 18 la mère et l'enfant sortent de la maison, bien portants.

Réflexions. — Cette femme, comme cela arrive presque toujours, a été assez souffrante dans les trois premiers mois, et peu souffrante par la suite. Pourquoi cela ? La meilleure de toutes les raisons, c'est que l'utérus, au début, est pour ainsi dire étranglé dans le petit bassin, et si à cela se joint une congestion utérine, l'étranglement augmente. Eh bien ! chez cette femme, malgré les signes peu apparents de la congestion, l'utérus était souffrant, une hémorrhagie spontanée a eu lieu et loin de devenir funeste elle a été salutaire. L'utérus s'est dégorgé, et tout est rentré dans le calme; enfin ce dégorgement a favorisé l'ascension de l'utérus dans la cavité abdominale où cet organe a été plus à l'aise. Cette hémorrhagie salutaire, après beaucoup d'autres preuves, vient démontrer qu'on ne doit pas bannir la saignée chez les femmes grosses, ou mieux encore il faut la remplacer par des agents qui appellent le sang et la vie loin de l'utérus; enfin il faut la remplacer par des moyens qui rendent cet organe d'une ascension plus facile dans la cavité abdominale.

Ceux qui sont partisans de l'expectation dans le travail de l'accouchement pourraient blâmer une intervention prompte ici; et cependant sans que rien ne le démontrât, une hémorrhagie interne avait lieu. La rétraction de l'utérus, par suite de la sortie des eaux, avait probablement déjà décollé une

partie du délivre et une plus longue attente eût été funeste

L'application du forceps en venant en aide à l'utérus aurait laissé à celui-ci assez d'énergie pour revenir sur lui-même; mais je ne m'en suis pas contenté et j'ai administré du seigle. De cette manière j'ai fermé le plus promptement possible la plaie utérine et j'ai évité ainsi les écoulements qui affaiblissent la femme, et les résorptions qui exposent sa vie.

Cet accouchement comme d'autres que nous avons vus et surtout que nous allons voir, a été artificiel pour les moyens et physiologique pour les résultats. Livré à la nature, aurait-il été aussi heureux ?

Une dernière remarque trouve sa place ici. C'est le mode d'après lequel s'opère la distension des seins après l'accouchement comme dans d'autres circonstances.

La distension mécanique ou dynamique pourrait rendre compte de la congestion mammaire mieux que ne le fait *la sympathie* qui constate un fait plutôt qu'elle ne l'explique. Chez le nouveau-né la ligature du cordon fesant arriver tout-à coup beaucoup de sang dans les artères épigastriques, qui vont aboutir aux mammaires, se traduit souvent par le gonflement des seins et par une sécrétion lactescente. A l'époque de la puberté, à l'époque des règles, quelquefois même pendant le coït, presque toujours au moment de l'ovulation, dans tous ces cas la congestion des organes génitaux, qui sont arrosés par l'artère hypogastrique, fait abonder aussi le sang dans l'artère épigastrique et dans la mammaire interne avec laquelle elle se continue. Les nerfs du grand sympathique qui animent les orgaues génitaux se continuant avec les vaisseaux dont nous parlons propagent l'innervation dans le même sens; de là le développement des glandes mammaires auxquelles aboutissent en grande partie ces vaisseaux et ces nerfs. Tous les organes qui sont animés par le système ganglionnaire, du reste, offrent plus d'activité pendant la grossesse.

Pendant la grossesse, les seins se gonflent par le même

mécanisme, mais avec des nuances qui méritent d'être remarquées. Ainsi chez les quadrupèdes, rien ne gêne le développement régulier de l'utérus ; il n'y a pas chez eux un temps où cet organe est étranglé dans le bassin; aussi le grossissement des glandes est régulier et graduellement croissant. Chez la femme, au contraire, la souffrance de l'utérus dans les premiers mois appelle plus de sang dans cet organe sans qu'il puisse le recevoir à cause de l'enceinte où il est enclavé. C'est alors dans les vaisseaux voisins qu'il est obligé de glisser c'est dans les artères épigastriques surtout qu'il va; de là le grossissement des seins pendant les premiers mois de la grossesse.

Dès que l'utérus est arrivé dans la cavité abdominale où ses vaisseaux peuvent se distendre à l'aise il a un temps d'arrêt dans le développement des seins. L'accouchement arrive et alors la femme se trouve dans le cas de l'enfant naissant. Les vaisseaux de l'artère hypogastrique venant à être tout-à-coup resserrés dans les parois de l'utérus, le sang se répand dans les vaisseaux voisins, l'artère épigastrique et les seins s'en ressentent. Si les phénomènes qui se passent dans l'utérus sont un simple retrait des parois de cet organe, la congestion mammaire sera graduelle et physiologique. Si au contraire, l'utérus, tout en se resserrant s'enflamme un peu, il augmente la fluxion, et la congestion mammaire sera plus marquée; enfin que l'utérus ou toute autre partie du corps devienne le siége d'une inflammation vive qui appelle ailleurs le sang et l'innervation et la congestion mammaire ne se fera pas du tout.

Réciproquement, tout agent qui excite les glandes mammaires pendant l'état de vacuité, de grossesse ou d'allaitement, attire une circulation plus active dans l'artère épigastrique. Cet afflux appelle aussi plus de sang dans les organes du petit bassin qui sont arrosés par l'artère hypogastrique qui est à la fois antérieure à la précédente pour l'origine et plus vaste pour le volume; de là la congestion des organes géni-

taux contenus dans le bassin quand on congestionne les glandes mammaires,

Voilà, à mon avis, très-simplement expliquée la relation qui existe entre les seins et les organes de la génération, chose qu'on n'avait guère faite autrement que par le mot *sympathie*.

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

Journaux de Paris

Causes et mécanisme des fractures du radius à son extrémité inférieure.

(*Suite et fin*).

Les fractures du radius sont produites par une chute sur la paume de la main. L'observation clinique démontre qu'il en est ainsi; l'expérimentation directe démontre exactement la même chose. M. Nélaton a désarticulé l'avant-bras, scié l'olécrâne, appuyé la main sur une table, frappé sur le coude, : il a produit des fractures du radius en tout pareilles à celles que l'on observe sur le vivant.

On se demande maintenant pourquoi cette fracture a un siége de prédilection, un siége constant, l'extrémité inférieure du radius ; et pourquoi elle ne se produit pas dans un point de son corps, dans son tiers moyen? Cela est bien remarquable, d'autant plus que, dans la plupart des os longs, les fractures par causes indirectes siégent dans le corps, et très-exceptionnellement à l'une des extrémités. C'est là une question jusqu'ici vraiment irrésolue. M. Malgaigne pense que cela tient à la courbure brusque du radius à son extrémité inférieure ; M. Voillemier ajoute que dans le lieu de cette courbure cesse brusquement le tube compacte du corps du radius, et que c'est là dès lors la partie faible de l'os.

Ces raisons ne sauraient être acceptées. Est-ce que les autres os longs (le fémur surtout) ne sont pas aussi courbes près de leurs extrémités? est-ce que la diaphyse ne cesse pas aussi sur le même point? Et cependant nous ne voyons pas souvent les

fractures de ces os par cause indirecte siéger à leurs extrémités. Nous verrons d'ailleurs expérimentalement qu'il n'est pas exact de dire que la partie faible du radius soit à son extrémité inférieure, mais que, comme dans tous les os longs, elle est sur la diaphyse à peu près à son tiers moyen.

Qui est-ce qui détermine donc le siége de la fracture du radius à son extrémité inférieure? C'est le ligament interosseux, et voici de quelle façon :

Quand on fait une chute sur la paume de la main, l'humérus reçoit l'impulsion du poids du corps, augmentée par la vitesse, et il la transmet au cubitus. Le cubitus la transmet, non au carpe, avec lequel il n'est pour ainsi dire pas articulé, mais par le moyen du ligament interosseux, l'impulsion se transmet au radius; celui-ci, à son tour, transmet cette impulsion au carpe, qui à son tour, la transmet au sol, qui offre une résistance absolue. Dans le plus grand nombre des chutes, il n'y a point de fracture produite; mais, quand l'impulsion est très-violente, il peut se produire une fracture. Ce n'est pas le cubitus qui se fracture; sa partie supérieure est très-forte, et puis, cet os n'appuyant pas sur le carpe, il n'y a pas de résistance à sa partie inférieure, qui puisse augmenter sa courbe ; le ligament interosseux tend même à redresser cette courbe en la tiraillant, et oppose un obstacle à sa fracture. C'est le ligament interosseux qui reçoit le choc porté sur le cubitus, et il le transmet au radius ; celui ci reçoit donc tout le choc qu'avait reçu le cubitus, et il peut se fracturer. Le radius ne se fracture ni dans son corps ni dans son extrémité supérieure, et voici pourquoi : L'extrémité supérieure du radius ne reçoit que peu ou point d'impulsion, c'est le corps du radius qui reçoit cette impulsion : mais ce n'est qu'à son extrémité inférieure, là où le ligament interosseux a cessé d'exister, que le radius supporte l'impulsion toute entière ; aussi est-ce là qu'il doit se fracturer, quoique ce soit là la partie la plus forte du radius. Nous pourrions ajouter encore que le corps du radius ne se fracture pas, parce que le ligament interosseux, fortement

tendu, tiraille le corps du radius, redresse sa courbure et augmente sa résistance.

Confirmons la théorie que nous venons d'émettre par les expériences.

A. Nous avons enlevé les parties molles de l'avant-bras, enlevé le cubitus, laissé le radius articulé avec la main.

La main, fixée dans un étau, repose sur une planche. Nous exerçons une pression très-forte au moyen d'une puissante vis de pression ; nous faisons quatre fois cette opération. Dans les quatre cas, la fracture s'opère au terme moyen du radius ; dans aucun, elle n'a lieu ni à son extrémité supérieure ni à son extrémité inférieure.

L'avant-bras étant disposé de la même manière, la main reposant sur le sol, nous avons frappé dix-huit fois sur l'extrémité supérieure du radius ; sur ces 18 fractures, 7 ont eu lieu au tiers moyen du radius, 5 ont eu lieu vers sa partie inférieure (toutes au même niveau). Il y a eu 6 cas d'écrasement de la tête du radius.

Le radius et le cubitus, le ligament interosseux, sont conservés, ainsi que l'articulation avec la main. Le radius est soumis à la pression ; il casse à son tiers moyen, comme dans le cas où le cubitus avait été enlevé (quatre expériences).

Nous devons conclure de ces expériences que la partie faible du radius n'est pas à son extrémité inférieure, mais à son tiers moyen, puisque par pression il casse toujours sur ce point, et que par percussion, il a aussi cassé à son extrémité inférieure et à son extrémité supérieure ; mais cela tient sans doute à la manière dont le choc est donné et à sa violence. En effet, nous avons observé que, lorsque le choc était très-violent, l'extrémité supérieure était écrasée. Du reste, cela n'a rien qui étonne; les fractures, par cause indirecte, des os longs, se font ordinairement sur un point de leurs corps, mais quelquefois aussi à l'une de leurs extrémités ; et cela s'explique aussi par la manière dont est reçu le choc.

B. Des avant-bras sont désarticulés, on conserve les articulations avec la main ; toutes les parties molles de l'avant-bras

sont enlevées, le ligament interosseux est seul conservé ; la main est appuyée sur une table. Nous frappons sur l'olécrâne (nous ne scions pas l'olécrâne ou nous le scions très-haut, afin que le coup ne porte pas sur le radius), et nous observons cinq fois la déchirure du ligament interosseux. Dans trois de ces cas, le cubitus s'est cassé à 2 ou 3 centimètres au-dessus de son apophyse-styloïde (cette apophyse heurtant contre le sol); dans ces deux cas, le cubitus s'est simplement luxé en dedans du carpe. Dans ces cinq cas, les os de l'avant bras étaient excessivement forts, et le ligament interosseux n'avait pas un développement proportionnel.

En frappant sur l'olécrâne dans les mêmes conditions, nous avons eu huit fractures du radius à son extrémité inférieure, dont sept transversales et une oblique de haut en bas et d'arrière en avant.

En pressant sur l'olécrâne des avant-bras dans les mêmes conditions, nous avons eu quatre fractures du radius à son extrémité inférieure, et une déchirure du ligament antérieur du poignet.

En agissant de la même manière sur l'olécrâne de trois avant-bras, les parties molles conservées, nous avons eu deux fractures de l'extrémité inférieure du radius et un cas d'écrasement du carpe (fracture du pisiforme, du scaphoïde).

Dans aucune de ces expériences, la radius n'a cassé ni dans son corps ni dans sa partie supérieure.

Que conclure de ces expériences ? Evidemment que c'est le ligament interosseux qui détermine le siége des fractures du radius à son extrémité inférieure. En effet, toutes les fractures produites expérimentalement l'ont été par la percussion ou la pression sur l'olécrâne, en prenant soin de ne pas toucher au radius ; c'est donc le ligament interosseux qui est cause que les fractures du radius, dans les chutes sur la paume de la main, ont lieu à l'extrémité inférieure de cet os.

C. Un avant-bras présentait des traces manifestes de fractures fort anciennes et consolidées de l'extrémité inférieure du radius ; la percussion sur l'olécrâne (les parties molles étant

conservées) a produit la fracture de l'extrémité inférieure du radius au lieu ordinaire.

E. Des avant-bras des jeunes enfants ont été désarticulés ; les parties molles ont été conservées; on a frappé sur l'olécrâne. Nous avons eu quatre décollements de l'épiphyse radiale inférieure et un cas d'écrasement de l'olécrâne.

Le décollement de l'épiphyse a eu lieu évidemment par le même mécanisme que la fracture de l'extrémité inférieure du radius, c'est-à-dire par le rôle du ligament interossseux de l'avant bras.

La main reposant sur la table par sa face dorsale (sur des avant-bras pourvus de leurs parties molles), la percussion sur l'olécrâne a produit :

Trois fois l'arrachement de la partie postérieure de cette facette carpienne du radius, deux fois l'écrasement des os de la première rangée du carpe avec déchirure des ligaments dorsaux du poignet et du carpe. Nous n'avons vu, dans aucun cas, la fracture oblique de haut en bas et d'avant en arrière, comme cela devrait avoir lieu, d'après M. Guérin. Nos expériences nous donnent des résultats tout à fait identiques à ceux de M. Nélaton sur les effets de la chute sur la face dorsale de la main.

Nous devons, en terminant ces observations, remercier M. Sappey de nous avoir accordé en grand nombre les pièces nécessaires pour l'exécution de ce travail.

La pulvérisation des liquides médicamenteux appliquée à la balnéation générale comme traitement de, affections cutanées et autres.

Nous recevons à l'instant une Brochure comprenant le résumé des principales observations thérapeutiques recueillies par M. le docteur Tampier auprès de l'hydrofère.

On sait l'intérêt que ce journal prend naturellement à tout ce qui se rattache à la pulvérisation des liquides médicamenteux, quelque destination thérapeutique qu'on lui donne ; soit, disons-nous, quelle s'applique à l'absorption pulmonaire en vue des maladies aiguës ou chroniques de la poitrine, soit qu'elle s'applique à l'absorption cutanée externe, en vue des diverses maladies propres à ce tissu ou pouvant être dérivées sur lui.

« Cinq mois, dit la brochure, se sont écoulés depuis le Rapport fait à l'Académie de médecine par M. le professeur Gavarret, concernant les bains à l'hydrofère, par M. Mathieu (de la Drôme).

« Dans ce rapport, le savant professeur déclarait que le bain à l'hydrofère pouvait, avec avantage, remplacer le bain ordinaire, et que la nouvelle balnéation constituait *une véritable conquête thérapeutique*.

» Cette appréciation se basait sur une expérimentation de huit mois faite à l'hôpital Saint-Louis, sous les yeux et la direction d'un éminent observateur, M. le docteur Hardy.

« Depuis la publication du Mémoire de M. Hardy et du Rapport de M. Gavarret, l'hydrofère a été expérimenté, sur une échelle plus étendue, dans un établissement spécial, destiné au traitement des maladies qui réclament ce nouveau système de balnéation.

« Fort des résultats dont nous avons été témoin, nous nous proposons de démontrer que le bain à l'hydrofère, ainsi que l'ont jugé M. Hardy et MM. les commissaires de l'Académie, possède, en effet, une puissance d'action qui ne se rencontre pas dans le bain ordinaire.

« Nous irons plus loin; nous essaierons de prouver que, dans les maladies chroniques en général, et à plus forte raison dans certaines affections récentes, l'hydrofère offre des moyens de guérison, supérieurs à toutes les médications connues.

« En thérapeutique il faut des faits ; la science n'admet pas d'autre genre de preuve. C'est sur des faits que nous nous appuierons; faits nombreux, précis, concordants, concluants.

« Nous en citerons immédiatement quelques-uns, car nous ne connaissons pas de moyen plus propre à fixer l'attention du lecteur.

Ainsi parle M. le docteur Tanpier, d'après l'expérience qu'il a acquise auprès de l'hydrofère.

Sous le rapport thérapeutique l'action de la poussière des liquides médicamenteux sur la peau, sera bientôt reconnue comme un des moyens curatifs qui méritent toute la sollicitude du médecin.

Sachant à quel prix se forment les convictions de nos jours lorsqu'il s'agit de l'efficacité d'une médication, l'auteur de la brochure, commence une énumération de faits et d'observations qui vont jusqu'à la fin du volume ; en voici le résumé précis :

Depuis le mois de juin jusqu'au mois de novembre, dans le seul établissement public de la rue Taranne, près de trois mille bains à la poussière d'eaux minérales et autres liquides formulés ont été administrés à environ deux cents malades envoyés à ce traitement nouveau par cinquante-quatre des premi-rs médecins de Paris.

Les affections traitées, la plupart jusqu'à la cure, sont des maladies de la peau, bon nombre se rapportent aux accidents propres aux états scrofuleux, lymphatique, anémique et chlorotique. Quelques cas de gastralgie et de bronchites, dans lesquels la dérivation cutanée était indiquée, y trouvent leur place. Enfin la facilité d'administrer des préparations spéciales y fait rencontrer le traitement heureux de deux cas d'accidents secondaires de syphilis.

Il ne nous reste à donner ici que des encouragements de persévérance et de zèle pour les véritables intérêts de la médecine. Nous avons demandé dès le principe que des expériences comparatives fussent faites pour savoir la différence d'action qu'il y aurait entre un bain ordinaire et un bain à la poussière liquide, le médicament étant d'ailleurs le même dans les deux cas. Nos prévisions, on le sait, sont que la physiologie démontrera une supériorité d'action dans le bain où le liquide médicamenteux arrivera en poussière à la surface cuta-

née, étant absorbée pour ainsi dire à mesure qu'il est mis en contact avec elle. Il est certain, avons nous dit par analogie, que lorsque la nature veut arroser un végétal elle ne l'inonde pas; elle l'humecte de sa pluie la plus fine, la plus légère, et l'absorption ne s'opère que mieux dans ces circonstances.

Nous ne parlerons pas de l'économie du liquide, ceci regarde plus immédiatement la partie industrielle de la balnéation que la partie médicale, qui seule ici doit être l'objet de notre examen.

Exorbitisme ou exophthalmie. — Note de M. le docteur Boinet, *à propos d'un Traité de tumeurs de l'orbite, par M. Demarquay.*

Il n'existait aucune monographie sur les tumeurs de l'orbite, et cependant ce sont des affections que l'on rencontre assez souvent, dont la gravité est reconnue par tout le monde, et contre lesquelles l'on soutient trop souvent des luttes périlleuses et inutiles, car fréquemment il y va de la vue, et quelquefois de la vie même; un chirurgien distingué des hôpitaux de Paris, M. Demarquay, vient de publier un ouvrage, qui arrive d'une manière on ne peut plus opportune pour combler cette lacune. L'auteur a imprimé à son œuvre un cachet presque entièrement original et un caractère pratique qui le rendra éminemment utile aux praticiens. Le *Traité des tumeurs de l'orbite* se recommande par l'abondance et le choix des faits, par des recherches d'érudition solide, et, enfin, par une excellente méthode et une grande clarté d'exposition. M. Demarquay a cherché à être complet et s'il n'y a pas absolument réussi, on peut dire qu'il a fort approché du but.

Voici quel est le plan général du livre :

Il débute par une introduction sur le squelette de l'orbite, puis le premier chapitre traite des tumeurs ayant leur origine hors la cavité orbitaire; puis viennent, dans le second, les tumeurs des parois orbitaires; dans le troisième, celles des sinus frontaux; comme on le voit, toute la périphérie

du globe oculaire est ainsi scrupuleusement visitée et étudiée dans ces chapitres. M. Dema quay passe en revue les tumeurs provenant de la cavité crânienne, comme les encéphalocèles, les tumeurs de la dure-mère et diverses autres tumeurs venant des paupières, du canal et des fosses nasales, des sinus maxillaires, des sinus frontaux et de plusieurs autres régions plus ou moins éloignées.

Aux tumeurs du squelette de l'orbite, il étudie les abcès, les périostoses, les exostoses, les ostéophytes, l'ostéosarcôme, les kystes.

Les abcès, les épanchements sanguins, les tumeurs enkystées, les polypes, les corps étrangers des sinus frontaux forment autant de chapitres très-intéressants, dont l'étiologie, la marche, le diagnostic, les complications, le pronostic et le traitement sont examinés avec soin.

On arrive ensuite aux maladies de la cavité orbitaire et de l'œil proprement dit; dans un premier et un second chapitre, il s'occupe longuement des phlegmons et des abcès de la cavité orbitaire, et de l'orbite.

Un troisième chapitre traite de la cachexie exophthalmique, question toute nouvelle et qui vient d'être mise à l'ordre du jour par M. le professeur Trousseau, et exposée d'une manière plus claire, plus nette et plus précise qu'on ne l'avait fait jusqu'à présent; M. Demarquay, dans son intéressant ouvrage, en rapporte plusieurs exemples, qui prouvent que la maladie avait été observée depuis longtemps, mais que la cause n'en avait pas été bien appréciée, qu'on l'avait souvent confondue avec des hypertrophies, des infiltrations et des congestions du tissu cellulaire, et qu'on l'avait attribuée soit à une infiltration séreuse, soit à une congestion du côté de la tête, soit à des efforts fréquemment répétés, soit enfin à des diathèses débilitantes.

Aujourdhui le jour commence à se faire sur cette grave et curieuse maladie, et bientôt elle sera classée. La chirurgie, qui s'en était emparée à cause de la tuméfaction des yeux, l'abandonnera désormais à la médecine, à laquelle elle ap-

partient de droit. D'ailleurs, plusieurs chirurgiens, ainsi que le fait remarquer M. Demarquay, avaient déjà considéré cette affection comme une affection nerveuse, opinion qui est celle de M. Trousseau, et surtout de M. Aran, qui croit devoir placer son siége primitif dans une lésion du grand sympathique. Nous ne voulons pas nous arrêter plus longtemps sur ce point, mais il était de toute justice de rappeler les nombreux matériaux que M. Demarquay a consignés sur ce point dans son livre.

Les autres chapitres de l'ouvrage de l'habile chirurgien de la Maison municipale de santé traitent d'abord des corps étrangers introduits accidentellement dans l'œil, tels que les projectiles lancés par la poudre à canon, les fragments de verre, de bois, etc.; ensuite il s'occupe des tumeurs sanguines dues à des épanchements de sang, suite de fractures, de plaies pénétrantes, de contusion, d'épanchements spontanés. D'autres chapitres sont consacrés aux tumeurs anévrysmales de l'orbite, aux tumeurs érectiles, variqueuses, et sont traités de main de maître. Les lipômes, les enchondrômes, les tumeurs enkystés, les tumeurs fibreuses, fibro-plastiques et cancéreuses, les névrômes, les tubercules, les tumeurs gommeuses ont un chapitre à part. L'anatomie pothologique, la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic, le traitement, rien n'y est omis. Plus loin, on trouve tout ce qui se rapporte aux tumeurs des nerfs optiquee et de la glande lacrymale, son hypertrophie, son inflammation, les kystes, le cancer, la dégénérescence fibro-plastique et les corps étrangers; enfin, dans le livre 4e et dernier sont plusieurs chapitres relatifs aux tumeurs de l'orbite en général, au point de vue de l'étiologie, de la symptomatologie, du diagnostic, et du traitement; l'auteur passe en revue les troublos de la vision, de la circulation, de la sécrétion lacrymale, et termine par la déformation de l'orbite. Tous les chapitres de cet utile et important ouvrage présentent au praticien des exemples de faits morbides qui n'auraient pas si bien trouvé place ailleurs et qui fournissent une source d'instruction aussi intéressante

qu'inattendue. Le cadre est complet, rien n'y manque; en publiant son livre, M. Demarquay a donc fait une œuvre singulièrement utile pour les élèves et pour les praticiens, qui ne liront pas l'ouvrage sans en retirer un bon et réel profit.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

Journaux Allemands.

Nouvelle expérience sur la métamorphose du Cysticercus cellulosæ en Tænia solium de l'homme. par M. F. Kuchenmeister.

Les études faites dans ces dernières années sur les métamorphoses et les migrations des helminthes, ont conduit aux résultats les plus intéressants, non seulement au point de vue de la science pure, mais encore au point de vue de la pathologie. En effet, en même temps qu'elles ont révélé le mode de développement de la plupart des vers intestinaux, elles ont jeté une grande lumière sur l'étiologie de certaines affections vermineuses, et ont fourni quelques données utiles à la prophylaxie de ces affections. Parmi les helminthes de l'homme, citons un exemple : le ténia. On admet très généralement aujourd'hui que le ténia est l'état adulte du cysticerque ladrique. Lorsqu'un cysticerque, par suite de circonstances spéciales, a été avalé et qu'il est parvenu dans l'intestin, il est à ce moment privé de son kyste d'enveloppe, lequel a été digéré. Le cysticerque se fixe, à l'aide de ses crochets, à la membrane muqueuse intestinale, et il devient le siége d'une sorte de bourgeonnement par suite duquel se produisent à sa partie postérieure des anneaux ou articles de plus en plus nombreux. Le cysticerque s'est transformé en ténia. Les articles postérieurs du ténia, lesquels sont les plus anciennement formés, sont aussi ceux qui arrivent les premiers à maturité; ils contiennent alors des œufs, et ceux-ci renferment eux-mêmes des embryons. Ce sont ces derniers anneaux qui se détachent du reste du corps, sont ren-

dus isolément et portent le nom de cucurbitins. Qu'un de ces segments mûrs, ou que quelques-uns des œufs qui y sont renfermés soient avalés par un homme ou par un porc, la digestion rendra libres les embryons contenus dans les œufs, et ces embryons, perçant les tuniques intestinales, seront transportés dans divers points du corps où ils se changeront en cysticerques. C'est là aussi l'histoire, avec quelques modifications, du développement des échinocoques et du cœnure.

Pour appuyer autant que possible, cette doctrine sur des preuves solides, on a institué des expériences de deux sortes: les unes avaient pour but de produire à volonté des ténias dans le tube digestif de l'homme par l'ingestion de cysticerques ladriques; d'autres d'amener le développement de cysticerques ladriques chez les cochons en leur faisant avaler des article mûrs du *tænia solium*. M. Davaine, dans son excellent *Traité des entozoaires* (Synopsis, p. XXVII et suiv.), a exposé les résultats de ces deux séries d'expériences. L'une d'elles, la plus connue, est celle que fit M. Küchenmeister sur une femme condamnée à mort. Il lui fit prendre dans du boudin et du potage, à son insu et en plusieurs fois, un grand nombre (75) de cysticerques ladriques, 72, 60, 36, 24, et 12 heures avant l'exécution.

On trouva, à l'autopsie, quatre jeunes ténias dans le duodénum et six autres dans le reste de l'intestin. Les détails de cette observation sont loin d'être de nature à entraîner la conviction, comme le fait remarquer M. Davaine, et si l'helminthologie ne pouvait pas invoquer d'autres preuves en faveur de la parenté qu'elle a établie entre le cysticerque ladrique et le *tænia solium*, elle eût rencontré bien des incrédules.

Une expérience de cette nature, si elle eût réussi complétement, eût eu une valeur exceptionnelle, car c'est un sujet humain qui était en cause, et le résultat était directement applicable à la pathologie de l'homme. D'autres expérimentateurs, un jeune homme observé par M. Leuckaat, et, d'une

autre part, M. Humbert, ont essayé de produire cette métamorphose du cysticerque ladrique en *tænia solium* dans leur propre intestin. Quoique dans les deux cas il y ait eu expulsion de ténias, deux à trois mois après l'ingestion des cysticerques, on peut encore élever des doutes sur la légitimité des conclusions qu'on serait tenté de tirer de ces expériences.

M. Kûchenmeister a eu l'occasion de répéter son expérience à la fin de l'année dernière et au commencement de celle-ci sur un autre condamné; et, cette fois, il est difficile de ne pas croire qu'il y a eu relation de cause à effet entre l'ingestion des cysticerques et le développement des ténias, le développement des ténias, le nombre de ceux-ci et leurs divers degrés de développement ne paraissent guère pouvoir s'expliquer autrement.

Observation. — M. Küchenmeister fit cette nouvelle expérience avec le docteur Siebenhaar. Il parvint à se procurer de la viande crue de porc ladre, d'abord à la campagne en novembre 1859, et en janvier 1860, à Zittau même. Chaque fois, la partie employée fut divisée en vingt morceaux contenant des cysticerques qui furent dissimulés, la première fois, dans un pain garni de boudin, et, la seconde fois, dans un pain garni de cervelas. Ce fut le docteur Siebenhaar lui-même qui les offrit au criminel qui devait servir de sujet à l'expérience, et il s'assura les deux fois que le pain avait été ingéré. La première ingestion eut lieu le 24 novembre 1859, et la seconde, le 10 janvier 1860. Lors de la nécropsie du criminel, lequel avait été décapité le 31 mars, les expérimentateurs trouvèrent que la moitié des cysticerques avalés s'étaient transformés en vers plats; et parmi ces vers, onze avaient des segments arrivés à maturité. De ces segments, les uns faisaient encore partie de colonie (les ténias arrivés à maturité peuvent être considérés comme une agrégation, une colonie d'individus placés à la file, les uns derrière les autres, et destinés à se séparer spontanément à un certain moment); les autres étaient détachés et rampaient librement dans la partie inférieure du canal intestinal (proglottis séparés, cheminant vers le monde extérieur.) Il y avait huit autres vers qui n'avaient pas encore atteint leur complète

maturité. Un de ces vers montrait très nettement la forme arrondie décrite par les auteurs et présentée par le dernier anneau d'une colonie qui n'a encore perdu aucun segment. Comme cela arrive quand les vers sont en très grand nombre dans un intestin, les exemplaires en question n'étaient ni très larges, ni très épais, et ils étaient relativement petits, les plus grands n'ayant pas plus de 5 pieds de longueur. Dans ces cas, ils arrivent aussi pour la plupart plus lentement à maturité.

M. Küchenmeister fait suivre cette observation d'une appréciation de résultats de l'expérience. Le principal de ces résultats, c'est la démonstration de la réalité de la métamorphose du *cysticercus cellulosæ* en *tænia solium*. Il ne faut pas d'ailleurs s'étonner de ce que tous les cysticerques n'ont pas passé à l'état de ténia, car on s'est assuré que même dans les circonstances les plus favorables, les cysticerques étant dégagés de leur kyste d'envelopper il y en a la moitié qui périt sans se transformer en vers rubanés.

La viande de porc ladre peut supporter un certain refroidissement sans que les cysticerques qu'elle renferme perdent la vie. Par une température moyenne, ne favorisant pas trop la putréfaction, les cysticerques contenus dans la chair, conservent leur faculté de développement en moyenne pendant huit jours, et peut-être plus longtemps.

Lorsque la vie est tranquille, qu'il y a absence d'excès de nourriture ou de boisson, et que l'alimentation est régulière, les vers rubanés, même en grand nombre, ne troublent pas la santé de l'homme et ne s'opposent pas à l'accroissement de son embonpoint.

Malgré la quantité de proglottis (segments mûrs) libres dans la partie inférieure du canal intestinal du sujet en expérience, il ne s'est trouvé dans les muscles aucun cysticerque perceptible, ce qui ne doit pas étonner, puisque, vu le régime régulier du sujet, il n'y a eu aucun vomissement; par conséquent aucun ver rubané n'a été ramené dans l'estomac, et ainsi ne s'est pas produite la condition nécessaire, d'après les observations de l'auteur, à l'apparition du *cysticercus cellulosæ* chez l'homme.

Au moment de l'autopsie, les vers étaient très adhérents; les uns au bord libre, d'autres aux faces des valvules conniventes, d'autres enfin adhéraient au fond de l'espèce de vallon qui sépare deux de ces valvules. En certains points, l'adhérence était telle que

l'on pouvait tirer les vers avec un certain effort, sans leur faire lâcher prise; et ils paraissaient fixés uniquement par leurs crochets. Lorsque l'on avait détaché la tête, le ver arrivait à saisir un nouveau point de l'intestin, et y adhérait tout aussi fortement qu'auparavant.

Aux reproches qu'on lui a adressés, au sujet de sa première expérience, M. Küchenmeister répond que, même dans le cas où le criminel eût été gracié, l'affection déterminée chez lui était sûrement curable, et, qu'après le traitement il n'y aurait eu aucune suite fâcheuse. (*Deutsche Klinick, Gaz. hebd.*

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Préservation de la rouille pour les instruments de chirurgie. — Congestion cérébrale. — Mémoire et discussion. MM. Trousseau. Bouillaud. Larrey. Piorry. Tardieu. Durand-Fardelle.

SEANCE DU 15 JANVIER. — Présidence de M. ROBINET.

La correspondance non officielle comprend :

Un travail de M. le docteur Gigon (d'Angoulême), sur deux opérations de trachéotomie pratiquées sur le même sujet à un mois d'intervalle, pour le croup d'abord, puis pour des végétations polyformes consécutives. (Com. MM. Blache, Bricheteau et Trousseau).

—Une lettre de M. le docteur Deleau, jeune, qui, à l'occasion de la lecture de M. Ménière, adresse une réclamation de priorité à l'appui de laquelle il communique une brochure imprimée en 1838, et intitulée : *Des effets pathologiques de quelques lésions de l'oreille moyenne sur les muscles de l'expression faciale, sur l'organe de la vue et sur l'encéphale.* (Com. nommée).

—Une lettre de M. le docteur Soupart (de Gand), qui réclame la priorité de l'invention d'un instrument destiné à extraire de la vessie les corps étrangers minces et résistants, et présenté à l'Académie par M. Charrière, le 24 juillet dernier. Cette lettre est accompagnée d'une brochure à l'appui.

— M. Mathieu soumet à l'examen de l'Académie un moyen propre à préserver de la rouille les instruments de chirurgie

et de précision, les armes, les outils, et en général tous les métaux. L'agent préservatif est retiré de l'*Hevea guyanensis*.

Cette substance n'est pas seulement destinée à empêcher l'oxidation des métaux, elle a en outre l'avantage de lubréfier et d'entretenir les ressorts, et tous les mécanismes des instruments composés. Tout corps métalique enduit à l'aide de ce produit se trouve à l'abri de l'humidité et se conserve, lors même qu'il serait plongé dans l'eau.

— M. Malgaigne dépose sur le bureau, au nom de M. le professeur Boeck, de Christiania, une brochure sur l'état actuel de la syphilisation.

— M. Trousseau donne lecture d'une note intitulée : De la congestion cérébrale apoplectiforme dans ses rapports avec l'épilepsie. (Voir aux mémoires).

M. Bouillaud demande la parole pour présenter rapidement quelques observations à propos des mots dont s'est servi M. Trousseau. « L'étonnement cérébral, l'impatience du cerveau » sont des expressions bien poétiques et qui auraient l'inconvénient de faire perdre de vue la réalité des faits. Pour sa part, M. Bouillaud, dans les nombreuses expériences qu'il a instituées sur les animaux, a toujours trouvé le cerveau le plus patient de tous les organes, et il a été constamment frappé de l'insensibilité vraiment extraordinaire avec laquelle il se laisse cautériser, inciser, déchirer de toutes manières.

Sauf les parties situées à la base du cerveau, à partir de la cinquième paire, et les portions postérieures de la moelle qui, lorsqu'elles sont blessées, font donner à l'animal les marques de la plus cruelle douleur; sauf, dit M. Bouillaud, ces parties, toutes les autres : les hémisphères, les corps striés, les couches optiques, les premières paires elles-mêmes, sont d'une insensibilité absolue.

M. Bouillaud ajoute qu'il a vu souvent des animaux chez lesquels des lobes entiers du cerveau avaient été enlevés n'offrir aucun signe de paralysie, et qu'il ne peut, en conséquence, comprendre qu'un petit corps, tel qu'une balle de plomb in-

troduite entre les membranes du cerveau, détermine, comme le dit M. Trousseau, des phénomènes aussi graves que ceux dont il a entretenu l'Académie.

D'ailleurs, ces phénomènes, qu'on attribue le plus souvent à la congestion, sont fréquemment le résultat de l'anémie, de la chlorose ou de la chloro-anémie, états sur lesquels M. Bouillaud appelle depuis si longtemps l'attention du public médical; il s'étonne qu'on n'en tienne pas généralement un plus grand compte; car de leur diagnostic ressort une question thérapeutique très importante.

Revenant au point spécial traité dans la note de M. Trousseau, M. Bouillaud ne nie pas, assurément, l'existence de l'épilepsie dans la plupart de ces cas. Ce que décrit M. Trousseau est connu sous le nom de *petit mal,* et personne ne songera à le contester; si donc, M. Trousseau était disposé à faire la part de la chloro-anémie dans la production de ces phénomènes, il serait, avec bonheur, du même avis que lui. Mais, à ce propos, il conviendrait de rendre à César ce qui lui appartient, et de se rappeler que tous ces faits ont été signalés par Lallemand dans ses Lettres sur les maladies de l'encéphale. Chose singulière, et que ne peut s'empêcher de faire remarquer M. Bouillaud, Lallemand n'a pas dit un mot de la chloro-anémie dans l'énumération, si complète d'ailleurs, qu'il a faite des causes qui peuvent amener ces troubles du système nerveux.

En somme, si M. Trousseau persiste à employer les mots dont il s'est servi, il devra définir plus exactement ce qu'il entend par étonnement cérébral et impatience du cerveau.

M. Trousseau répond qu'il n'a point voulu dire que le cerveau fût sensible. C'est l'organe de la perception, mais chacun sait parfaitement qu'il n'est point sensible lui-même. Il s'est servi de ces mots faute d'autre, qui rendissent plus exactement sa pensée. L'étonnement du cerveau répondrait à ce que les vétérinaires, à propos d'une affection du cheval, appellent l'étonnement du sabot. Ce n'est pas précisément la commotion, de même que l'impatience du cerveau ne signifie pas que

le cerveau éprouve de la douleur. Quand un muscle, qui ne souffre cependant pas, se contracte sous le couteau, on dit qu'il est impatient, et l'on entend assez bien ce qu'on veut dire.

M. Larrey n'admet pas plus que M. Bouillaud les mots qu'a employés M. Trousseau. Il pense qu'il était inutile d'introduire, pour caractériser des phénomènes connus, des termes nouveaux. Ce dont a parlé M. Trousseau répond tout à fait à ce que les chirurgiens désignent par le mot stupeur.

M. Trousseau : Soit. Je l'accepte.

— M. Larrey présente, au nom de M. Marjolin, un jeune garçon qui offre une monstruosité très remarquable; c'est une espèce de bifidité de la cuisse droite, à la partie supérieure de laquelle est annexée une troisième extrémité inférieure rudimentaire, composée de trois segments : cuisse, jambe et pied. Ce pied porte six orteils et le rudiment d'un septième.

— La séance est levée à cinq heures.

Séance du 22 janvier 1861.—Présidence de M. Robinet.

Un rapport de M. le docteur Chantreuil (de Cambrai), sur une épidémie de variole qui a régné à Villers-en-Cauchois en 1860 (commission des épidémies).

La correspondance manuscrite comprend :

Un mémoire de M. le docteur Lambron (de Bagnères-de-Luchon), intitulé : De l'hypertrophie des amygdales, de ses fâcheuses conséquences, de ses complications et de son traitement par les eaux thermales sulfurées en douches (commissaires, MM. Patissier, Tardieu et Blache);

Un travail ayant pour titre : Etude rétrospective sur la chlorose, par M. le docteur Cazenave (de Bordeaux) (commissaires, MM. Bricheteau, Jolly et Bouillaud);

Une note sur l'obligation de pratiquer l'opération césarienne après la mort des femmes enceintes, par M. le docteur Laforgue, de Toulouse (commission nommée).

—M. H. Bouley, au nom de la commission des onze, donne lecture d'un rapport concluant qu'il y a lieu de déclarer une place vacante dans la section d'anatomie et physiologie.

Hystérotomie après la mort. — M. Devergie, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Tardieu et Adelon, lit un rapport sur un mémoire de M. Hatin relatif à une question de responsabilité médicale ayant trait à l'hystérotomie *post mortem*.

Après avoir donné une analyse sommaire de ce travail, et rappelé l'arrêté de M. le préfet de la Seine en date du 13 avril 1839, qui prescrit aux médecins inspecteurs de la vérification des décès l'autopsie des femmes mortes en état de grossesse, dans le but de tenter de sauver l'enfant chez lequel la vie pourrait n'avoir pas cessé, M. le rapporteur termine son rapport par les conclusions suivantes :

La commission se borne à déclarer qu'à son avis la législation actuelle suffit à sauvegarder et les droits professionnels du médecin et l'accomplissement de ses devoirs envers la femme enceinte qui vient de décéder. En conséquence, elle propose ;

1° De déclarer qu'il n'y a lieu à aucune intervention active de la part de l'Académie;

2° D'adresser une lettre de remercîments à M. Hatin;

3° De déposer son mémoire dans les archives de l'Académie.

L'Académie est consultée pour savoir si elle désire ouvrir immédiatement la discussion sur le rapport de M. Devergie, ou la renvoyer pour l'époque où devra être discutée la communication de M. de Kergaradec. Elle se prononce pour l'ajournement.

L'ordre du jour appelle, en conséquence, la discussion sur la lecture de M. Trousseau. La parole est à M. Piorry.

Discussion sur les congestions apoplectiformes et l'épilepsie.

M. Piorry commence par s'élever contre l'abus de langage dont M. Trousseau a donné l'exemple dans sa lecture. On peut, dit-il, pour ce qui a rapport à la nomenclature, diviser les médecins en trois catégories. Dans l'une, je place ces médecins, très honnêtes praticiens, qui, imbus des idées anciennes sur

les maladies unitaires, s'occupent peu des progrès de la science, et acceptent la nomenclature médicale telle qu'elle est.

La deuxième catégorie comprend les médecins qui avec Chomel, M. Bouillaud et tous les amis du progrès, trouvent que l'ancienne nomenclature est un obstacle au progrès et veulent le perfectionnement du langage. Ceux-là ont été critiqués, attaqués. On n'a pas craint de jeter le ridicule sur des choses aussi graves.

Dans la troisième catégorie se placent ceux qui veulent faire rétrograder la science ; ils fouillent dans les archives du langage gaulois pour ressusciter les vieux noms de maladies, sans s'inquiéter de leur sens ; ils vont exhumer des noms sauvages, comme celui de spedalsked, par exemple. Si Condillac a jamais eu raison, et il l'a eu souvent, c'est assurément lorsqu'il a dit qu'une science était une nomenclature bien faite. Ce sont justement ces mots barbares, tels qu'apoplexie, mal caduc, vertiges comitiaux, etc., qu'affectionne M. Trousseau.

Que signifient les mots d'*étonnement* et d'*impatience* cérébrale ? On n'a pas oublié la discussion sur l'organicisme et le vitalisme ; quel est l'organiciste le plus matérialiste qui aurait jamais osé dire que le cerveau s'étonne et s'impatiente !

Quant au mot apoplexie, c'est un mauvais mot, et qui représente des états organopathiques différents. A-t-on donc oublié les travaux de MM. Rochoux, Andral, Rostan, Bouillaud, etc., qui ont établi que ce que l'on désignait par le mot d'apoplexie était ou un ramollissement aigu du cerveau ou une hémorrhagie cérébrale ?

M. Trousseau fait donc une confusion dans la science en se servant de cette vieille dénomination.

Qu'est-ce que l'épilepsie ? Pour M. Trousseau, c'est le grand et le petit mal, c'est *l'aura*. M. Beau a très bien dit qu'il y avait toujours un aura, quelquefois éloigné, d'autre fois rapproché du cerveau. J'ai établi depuis longtemps que l'œil était souvent le siége de l'aura le plus rapproché.

Qu'est-ce que le vertige, qu'est-ce que la syncope ? M. Trousseau en se servant de ces mots a montré une ignorance com-

plète de tous mes travaux sur ce sujet. C'est l'état des nerfs et du cerveau qu'il s'agit d'étudier et non pas ces symptômes en eux-mêmes.

J'en viens au point essentiel de cette discussion, aux congestions cérébrales. La congestion cérébrale est un état organopathique qui tient à des causes différentes. Il faut distinguer les faits dans lesquels il y a hyperémie ou simplement excès de sang vers la tête, et qui peuvent se rattacher aux lésions organiques du cœur, à l'hypertrophie ou à l'état des orifices, ceux où il y a stase du sang (l'asphyxie, la pesanteur, etc.); ceux enfin où le sang est altéré (toxémies). Le discours de M. Trousseau confond tout cela, et son travail est tout à fait en dehors du mouvement progressif de la science.

Voici quelles sont mes conclusions : Ce n'est pas l'étonnement cérébral, l'apoplexie, la syncope, l'épilepsie, le vertige, qu'il s'agit d'étudier, mais les états anatomiques qui les causent, et tout ce qui n'est pas fait ou écrit dans ce sens n'est pas de la médecine, mais de l'empirisme et de la fantaisie.

— M. Trousseau. Je regretterais beaucoup de ne m'être pas fait comprendre. Si on m'a fait dire que je niais la congestion cérébrale, on a eu tort. Je l'admets et je la considère même comme très commune. J'ai bien eu le soin de dire que je n'entendais parler ici que de la congestion cérébrale apoplectiforme. Pour celle-là, je suis toujours dans la même opinion, savoir qu'elle est toujours de l'épilepsie. Depuis mardi dernier, beaucoup de médecins qui avaient vu avant moi les mêmes faits, sont du même avis. Aujourd'hui encore plusieurs journaux reproduisent une note de M. Herpin, dont on connaît la grande expérience en cette matière, et qui conclut dans le même sens. Mais il y a une raison pour que cette opinion se soit difficilement fait jour dans la science? dans un grand nombre de cas, nous autres médecins, nous nous rendons complices des familles, et il en est peu d'entre nous qui, se trouvant en présence d'un cas d'épilepsie, n'en dissimulent le diagnostic.

Tout récemment encore, j'ai vu avec M. Roche un homme

qui est sujet à des évanouissements. Il en a eu un il y a un an, un second il y a deux mois et demi, celui-ci précédé d'un grand cri et de mouvements convulsifs ; enfin, il y a quinze jours, il en a eu un troisième avec cri, morsure de la langue, convulsions, stupeur, lenteur de l'intelligence au réveil, etc. Eh bien, devant la famille, nous avons appelé cela des évanouissements. Nous avons appris de plus que le père avait été sujet pendant quarante-sept ans à de fréquents évanouissements, que l'on avait qualifiés alors de coup de sang. A qui fera-t-on croire que cet homme a eu des attaques d'apoplexie pendant quarante-sept ans ?

Il n'est, je le répète, personne de nous dans la pratique qui ne dissimule ce triste diagnostic; de sorte que des gens réputés apoplectiques ou sujets aux congestions cérébrales, sont en réalité pour les médecins des épileptiques. Ce n'est pas là une opinion qui me soit personnelle ; c'est celle de beaucoup de mes confrères; je n'ai fait que dire plus haut ce que beaucoup d'entre eux pensent depuis longtemps.

Maintenant, est-ce à dire qu'il n'y ait pas de congestions cérébrales ? Je l'ai déjà dit, je les admets ; j'accepte la plupart de celles dont vient de parler M. Piorry; mais celles là ne sont pas apoplectiformes. C'est le point sur lequel je voulais insister.

Je ne reviendrai pas sur la querelle de mots qui a été faite. M. Bouillaud a commencé l'attaque, j'y ai répondu. D'ailleurs je ne tiens pas à ces mots plus qu'à d'autres. Qu'on préfère le mot de stupeur à celui d'étonnement, rien de mieux. N'ont-ils pas d'ailleurs la même signification au fond ?

Je regrette beaucoup que MM. Baillarger et Falret soient absents en ce moment. J'espère qu'ils viendront, dans une prochaine séance, nous faire part du résultat de leur expérience sur le sujet qui nous occupe.

— M. Tardieu. La communication de M. Trousseau a produit une si vive impression, qu'il n'est pas possible de ne pas se faire l'interprète des réserves qui ont été faites à cet égard hors de cette enceinte, et particulièrement dans la presse

médicale. Je regrette, comme M. Trousseau, l'absence des aliénistes; je n'ai pas la prétention de parler pour eux; mais je ne puis cependant me défendre de faire une observation qu'ils feraient probablement s'ils étaient présents.

M. Trousseau dit bien qu'il ne veut pas démolir (qu'on me pardonne cette expression) la congestion cérébrale, mais qu'il veut simplement rattacher la congestion apoplectiforme à l'épilepsie. Il est certain que l'épilepsie est une affection essentiellement congestive en même temps que convulsive. Mais ce mode de congestion ne me paraît pas appartenir exclusivement à l'épilepsie; il faut aussi faire sa part dans la paralysie générale des aliénés. Un homme est atteint de paralysie générale; il arrivera un moment où la maladie faisant des progrès, il sera frappé tout d'un coup et tombera sans connaissance. Il se relève, se remet de sa stupeur, et on remarquera que sa maladie aura fait un pas de plus. Ces accès se répètent plusieurs fois chez nos malades, et chaque fois ils marquent un progrès nouveau de la maladie.

Il y a donc dans la paralysie générale des congestions qui ont absolument les mêmes caractères que celles que M. Trousseau rattache à l'épilepsie. Voilà un exemple; il y en a peut-être d'autres. Il faut se garder, en conséquence, d'admettre d'une manière trop absolue la proposition de M. Trousseau.

— M. Durand-Fardel entre dans quelques considérations pour montrer qu'il est souvent très difficile de distinguer la congestion simple d'avec le ramollissement aigu du cerveau.

— M. Malgaigne se demande ce que deviennent, au milieu de tout cela, les congestions cérébrales ordinaires classiques. Il voudrait bien qu'on pût lui dire en quoi les unes diffèrent des autres. Y a-t-il une espèce de congestion cérébrale pure et simple, ou n'y en a-t-il plus? Il attend une réponse.

Vu l'heure avancée, la suite de la discussion est renvoyée à la prochane séance.

— La séance est levée à cinq heures.

FORMULES RECETTES ET PRATIQUES.

Traitement des gerçures du sein pendant l'allaitement. — Contre poison du phosphore. — Poudre anti-septique.

TRAITEMENT *des gerçures du sein pendant l'allaitement*, par le docteur ANSELMIER. — Pendant l'allaitement, les gerçures, quelque petites qu'elles soient, méritent de fixer l'attention du médecin, à cause des douleurs qui les accompagnent, et des complications inflammatoires graves qui peuvent en être la conséquence.

La principale cause aggravante des gerçures du sein est la distension des voies galactophores par le lait ; elle favorise l'extension de l'inflammation, d'où la lymphite des régions mammaires et axillaires, si fréquente chez les nourrices, avec production de fièvre, de douleurs atroces et d'abcès. C'est pourquoi tous les auteurs recommandent de la prévenir, en donnant le sein malade à l'enfant ; deux fois dans les vingt-quatre heures suffisent, aux mêmes heures matin et soir. Mais il ne faut pas que l'enfant vide complétement le sein, car la succion prolongée est une cause active de la fluxion et de l'accroissement de la sécrétion du lait, ce qui serait contraire au repos de l'organe malade, repos relatif bien entendu, indication formelle de tout traitement antiphlogistique.

Le bout de sein artificiel est un moyen ingénieux pour diminuer la pression du mamelon et l'action si irritante de la succion sur les parties malades. Il est important de ne pas le choisir trop gros, ni trop ferme, car on sait que la déglutition est difficile lorsque les mâchoires sont écartées ; le nourrisson en serait bientôt fatigué, et ne voudrait plus s'en servir.

L'emploi du collodion est aussi une grande ressource dans les gerçures du sein ; toutefois, on lui reproche la douleur qu'il produit au moment de son application. Il est surtout indiqué préventivement lorsqu'il n'y a encore que douleur, et que l'enfant tette avec effort. Le collodion soumet le mamelon à une pression légère qui limite la turgescence de l'organe et le travail inflammatoire ; c'est de plus un excellent moyen de protéger des surfaces dénudées superficiellement contre l'action de l'air et de la salive : c'est, comme on le voit, une excellente condition de cicatrisation des gerçures peu profondes.

La deuxième indication du traitement est, en effet, de favoriser la cicatrisation par l'emploi des topiques. Je ne reviendrai pas sur les bons effets du collodion ; je l'ai dit, c'est surtout préventivement ou pour de simples érosions qu'il est utile, et cette deuxième indication est surtout relative aux gerçures profondes, où son emploi n'est pas heureux. Je ferai le même reproche aux diverses solutions de sublimé et de nitrate d'argent qui ont été proposées, quoique je sois loin de contester leur puis-

sante action modificatrice. Leur application est toujours fort douloureuse ; il n'est pas d'ailleurs toujours facile de les faire accepter, car leurs noms seuls suffisent pour effrayer les mères ; elles ne manquent jamais de leur attribuer les accidents qui peuvent survenir chez leurs nourrissons ; bien à tort, car il suffit de quelques lotions d'eau ou de lait tiède pour détacher les parties de caustique qui ne seraient pas entrées en combinaison avec les tissus, et enlever tout mauvais goût au mamelon.

Réservant ces moyens pour des cas rebelles, je donne la préférence le plus souvent au benjoin réduit à l'état de poudre impalpable ; on se sert d'un bourdonnet de coton pour l'étendre sur toutes les parties malades, et l'on recouvre le sein d'une ouate cardée. Ce topique ne détermine aucune douleur au moment de son application, et peu de jours suffisent pour la cicatrisation, qui doit toujours être protégée par le bout du sein artificiel.

CONTRE-POISON DU PHOSPHORE. — L'empoisonnement par le phosphore est devenu fréquent, depuis que les allumettes, qui renferment ce produit dangereux, se trouvent entre les mains de tout le monde. Il n'est donc pas inutile de signaler aux praticiens le contre-poison, reconnu jusqu'à ce jour pour le plus efficace. De nombreuses expériences, instituées sur les animaux, ont démontré à MM. Antonielli et Borsarelli :

1° Que, dans l'empoisonnement par le phosphore ou par les substances qui contiennent ce métalloïde, il faut surtout éviter d'employer des matières grasses ; car celles-ci, loin de s'opposer à l'action du phosphore sur les organes, en augmentent l'énergie et en facilitent la diffusion dans l'économie ;

2° Que l'emploi de la magnésie calcinée, en suspension dans l'eau bouillie et administrée en grande quantité, est le meilleur contre-poison et, en même temps, le purgatif le plus convenable pour l'élimination de l'agent toxique ;

3° Que, dans les cas d'empoisonnement par le phosphore, où il se présente de la dysurie, l'emploi de l'acétate de potasse est d'une grande utilité ;

4° Que toutes les boissons mucilagineuses, dont le malade fait usage, doivent être préparées avec de l'eau bouillie, afin qu'elles contiennent la plus petite quantité d'air possible. — (*Giorn. di farmacia e chimica di Torino*, et *Annales et bulletin de la Soc. de méd. de Gand.*)

POUDRE ANTI-DYSPEPSIQUE (A. Bonnet).

Sous-nitrate de bismuth	20 grammes.
Chlorhydrate de morphine	5 centigr.

Mêlez et divisez en vingt paquets. A prendre immédiatement avant chacun des deux repas, dans deux grandes cuillerées d'eau sucrée.

Ce remède convient particulièrement contre les dyspepsies avec tendance à la diarrhée. (*Gazette méd. de Lyon.*)

VARIÉTÉS.

Éloge de Richard, par M. Dubois d'Amiens.

(*Suite*)

Mais le temps me presse, Messieurs ; tout au plus pourrai-je ajouter ici quelques mots sur l'espèce végétale et sur les idées de M. Richard à ce sujet.

Ici encore se présente les plus belles questions dont puisse s'occuper le botaniste. Quelle a été l'origine des choses, le nombre des espèces végétales ? Ont-elles toutes apparu en même temps et faut-il admettre que celles que nous avons aujourd'hui sous les yeux ne sont que des dégénérescences des types primitifs, ou bien sont-elles demeurées telles qu'elles étaient aux premiers jours du monde ? Nous avons dit ailleurs que, pour les espèces animales, ces questions ont été résolues, que le doute n'est plus permis. Les espèces animales ont traversé les siècles sans altération notable ; mais en est-il de même à l'égard des espèces végétales ? Attachées comme elles le sont au sol qui les a vues naître, soumises à toutes les influences extérieures, et particulièrement à celles de la chaleur et de la lumière, il semble bien difficile d'admettre qu'elles aient pu conserver leurs caractères essentiels et leurs attributs primitifs ; et cependant, Messieurs, la permanence de ces caractères et de ces attributs n'en est pas moins un fait acquis à la science. Les causes que nous venons de mentionner ne sont au fond que des causes *excitatrices* de la végétation ; à leur *summum* d'intensité dans les régions équatoriales, elles y entretiennent une végétation exubérante ; mais que celle-ci soit ainsi exagérée ou qu'elle se trouve retardée ou amoindrie à mesure qu'on s'avance vers les pôles, elle n'en conserve pas moins ses formes essentielles et ses caractères propres ; les changements ne sont donc encore ici, comme dans le règne animal, que de simples variations, soit dans le nombre des espèces, soit dans le développement des individus.

Ainsi, Messieurs, les races végétales sont aujourd'hui ce qu'elles étaient à l'origine des choses ; l'action séculaire des éléments n'a rien changé à leurs attributs essentiels, et la fleur des champs est restée telle qu'elle était lorsqu'elle sortit des mains du Créateur.

Disons cependant qu'il est une différence fondamentale entre les végétaux et les animaux ; c'est celle qui est relative à la durée de la vie. Si les espèces animales traversent les siècles et vivent toujours, les individus ne font que passer ; dans le règne végétal, au contraire, il est des individus qui traversent eux-mêmes les siècles et qui semblent défier le temps. Et ceux-ci, comme témoignage de leur longévité, portent en eux les marques indélébiles des années qu'ils ont vécu.

M. Richard avait fait de cette question une étude particulière ; il y revenait encore dans un de ses derniers rapports à l'Académie des

sciences. Après avoir parlé des couches concentriques qui, dans le tronc des grands végétaux, viennent annuellement s'ajouter à celles des années précédentes, il insistait sur certaines lois que lui-même avait contribué à élucider, et particulièrement sur le principe organogénique en vertu duquel tout travail, toute production nouvelle, dans le végétal, s'accomplit sur place et ne consiste que dans une simple transformation d'organes.

Mais arrêtons-nous un moment, Messieurs, sur cette merveilleuse et admirable disposition organique qui nous permet ainsi de lire, sur la coupe transversale des arbres dicotylédons, le nombre de leurs années, et qui met ainsi entre nos mains les registres de l'état civil des antiques populations de nos forêts.

L'homme ne vit qu'un jour, il a sous les yeux des êtres qui vivent des milliers d'années! Il y a, dans les forêts de l'Angleterre, des chênes qui ont pu voir la marche triomphale des armées romaines; on a découvert en Afrique des boababs qui datent du dernier cataclysme, et si le Psalmiste passait de nouveau sur le Liban, il y verrait encore ce cèdre altier

> Qui cachait dans les cieux
> Son front audacieux!

Et l'homme se dit le maître et le propriétaire de ces vieux hôtes de la terre, et c'est à peine s'il a le temps de les contempler! il parle de ceux que ses amis ont cultivés comme étant bien à lui; mais demain, lui dit le poète, demain ceux-ci te verront mourir, et pas un, si ce n'est le sombre cyprès, ne suivra ta poussière, ô maître d'un jour!

> Neque, harum quos colis, arborum,
> Te, præter invisas cupressos,
> Ulla brevem dominum sequetur.

Ces immuables et vivants témoins des siècles passés ne semblent, du reste, demeurer parmi nous que pour nous montrer la permanence du plan, ou plutôt du dessin, qui a présidé à la formation des êtres; pour nous montrer que, partout et toujours, il y a des rapports suivis et des fins prévues; pour nous monter, enfin, que dans le règne végétal comme dans le règne animal, il n'y a rien, comme le disait Montaigne en parlant de l'univers tout entier, *rien qui n'y tienne place opportune, rien d'inutile, non pas l'inutilité même.*

M. Richard a été tourmenté, pendant toute sa vie, par un désir sans cesse renaissant, qui ne put jamais être satisfait, et par un vif regret. Ce que M. Richard regretta par-dessus tout, c'était de n'avoir pu faire quelques-uns de ces grands et lointains voyages qui inaugurent ou couronnent si dignement la vie d'un botaniste.

Que de fois il avait rêvé de marcher sur les traces des Tournefort, des Pallas et des Humboldt. Ah? disait-il, Fontenelle avait raison, la botanique n'est pas une science sédentaire et paresseuse qui se puisse acquérir dans le repos et dans l'ombre d'un cabinet, elle veut que

l'on coure les montagnes et les forêts, que l'on gravisse les rochers escarpés, et que l'on s'expose aux bords des précipices. Rien de tout cela n'aurait pu l'effrayer: l'instinct des voyages était d'ailleurs dans sa famille : son père, nous l'avons vu, s'était enfoncé dans les forêts de la Guyane et du Brésil, l'un de ses frères était allé se perdre dans les mêmes régions, et l'un de ses fils devait aller chercher des germes de mort dans le nord de l'Afrique; mais une santé toujours chancelante et toujours précaire, puis des liens et des affections de famille, l'avaient en quelque sorte attaché au rivage: de là, du moins, il encourageait et favorisait, autant qu'il était en lui, et de toutes les manières, ceux qui se jetaient dans ces périlleuses missions. Après les avoir affermis dans leur dessein, il les suivait pour ainsi dire pas à pas dans tous les lieux qu'ils visitaient; il s'identifiait si bien avec eux, qu'il semblait partager leurs périls, leurs fatigues, leurs infortunes, leurs succès et leurs joies. S'il en était besoin, il les aidait de ses conseils et de sa plume; il s'associait à leurs publications, il annonçait à leurs découvertes, et toujours de manière à leur en laisser toute la gloire.

C'est ainsi qu'il a rédigé les deux flores étrangères de Cuba et d'Abyssinie, je ne marrêterai que sur celle d'Abyssinie. On sait comment les matériaux de ce grand travail lui étaient venus, et quelle a été la fin déplorable de ses deux jeunes amis, Quartin Dillon et Antoine Petit; comment le premier, au moment où il traversait le Nil a la nage, fut dévoré par un de ces monstres qu'adorait l'antique Égypte, et comment le second alla mourir quelques mois après dans la vallée pestilentielle de Mareb. Ces deux infortunés semblaient avoir le pressentiment d'une fin prochaine: d'avance ils avaient légué à leur maître tons les documents qu'ils pourraient recueillir.

M. Richard répondit noblement à cette marque de confiance : il consacra plusieurs années à la rédaction de ce grand travail; les premières lignes expriment les sentiments qu'il éprouvait et le but qu'il s'était proposé.

« C'est, dit-il, pour accomplir un devoir pénible et en même temps » doux à notre cœur, que nous venons de consacrer plusieurs années » à la rédaction de cet ouvrage. Nous n'avons pas voulu laisser à d'au- » tres le soin de payer à nos deux jeunes et infortunés amis le tribut » de reconnaissance que leur zèle pour la science, et la fin déplorable » qui en a été la suite leur a si bien mérité. »

Mais autant qu'il a été en lui, M. Richard s'est efforcé d'arracher à l'oubli les noms et les travaux de ces deux martyrs de la science : le monument qu'il leur a élevé les fera revivre dans la mémoire des hommes. Heureux du moins en cela, ils ont trouvé dans celui qui avait été leur maître et leur ami un pieux et savant historien. La sombre flore d'Abyssinie, toujours fatale à ses amants, avait fait deux nouvelles victimes; mais la muse de l'histoire, toujours équitable, est venue leur donner une page dans les annales de la science.

Arrivé à ce point de ma tâche, Messieurs, je crois devoir passer

sous silence les écrits moins importants de M. Richard pour ne plus vous entretenir que de sa personne.

Vous avez vu, Messieurs, que c'était presque toujours un devoir qui lui dictait ses différentes publications, et que dans l'exécution il s'effaçait presque entièrement. Dans le commerce de la vie, c'était la même absence de toute espèce de prétentions, et cela, toutefois, ne l'empêchait pas de montrer un admirable dignité de caractère. Jamais, chez lui, la familiarité ne venait blesser le respect; tendre et affectueux avec ses élèves, simple et digne avec ses égaux; il était avec tous d'une cordialité et d'une urbanité parfaites.

M. Richard appartenait tout à la fois à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine. Ses rapports avec ses collègues étaient pleins de charme et d'agrément; peu soucieux de ce qu'on appelle des succès oratoires, il gardait volontiers le silence dans nos grandes assemblées, se réservant pour des communications du plus haut intérêt ou pour de consciencieux rapports qu'il défendait à l'occasion avec une exquise politesse, mais aussi avec une grande fermeté.

Sauf quelques petits orages inévitables dans la vie académique, l'existence, d'ailleurs si paisible et si retirée de M. Richard, ne fut troublée par aucune espèce de polémique; et, bien que toujours un peu souffrant, des années assez calmes se sont passées pour lui dans ce modeste et antique manoir attenant au jardin botanique de l'Ecole et à celui du Luxembourg; charmante retraite plongée dans la verdure et qui, avec ses murs épais, ses salles basses et voûtées et ses chambres inégales, semblait avoir été bâtie pour l'éternité. Il se plaisait dans cette pittoresque habitation, que le flot envahissant des nouvelles constructions n'avait pas encore atteint, et où venaient expirer tous les bruits de la grande cité.

Sa vie s'y partageait entre l'étude, la méditation et les devoirs de l'enseignement; mais dans les dernières années, alors que la vie semblait lui échapper, sa résignation seule faisait sa force; cette résignation qui le soutenait ainsi au milieu de douleurs physiques presque continuelles, était vraie, sans faste et sans ostentation, telle enfin qu'il appartenait à une âme essentiellement religieuse.

Bien que né au milieu des orages de la révolution, M. Richard avait trouvé dans le sein de sa famille des enseignements qui l'avaient disposé à recevoir les pieuses impressions de son âge mûr; et ces impressions c'était le spectacle même de la nature qui les lui avait données. Comme Leibnitz, comme Newton, Linné et Cuvier, il trouvait qu'on ne peut s'empêcher de remonter à une cause souverainement bonne et intelligente, quand on voit tous les faits conspirer dans la nature vers un seul et même but, lorsqu'on les voit disposés avec tant d'ordre, d'intelligence et de sagesse pour le besoin et le bien de chaque être.

Moi aussi, disait-il, j'ai dû me demander, à raison même de mes études, d'où naît cet ordre merveilleux et cette admirable beauté que nous voyons partout dans l'univers; et d'où vient que la nature ne fait jamais rien inutilement. Chaque science, ajoutait-il, a sa fin morale,

et celui-là se tromperait étrangement qui croirait que les travaux du botaniste ne doivent avoir pour but que de développer le mécanisme de la végétation ; ce que le botaniste doit avant tout se proposer, c'est de remonter par la science à l'auteur de toutes choses et de montrer que la nature, dans le règne végétal, n'obéit à des lois constantes et régulières que pour assurer notre bonheur et embellir notre vie.

Tel était, Messieurs, l'ordre de faits que se plaisait à invoquer M. Richard, et qui concordait si bien avec son âme naturellement douce et bienveillante, et avec l'objet innocent de ses études; en vain lui aurait-on objecté que de grands esprits ont rejeté cette philosophie, que Descartes la trouvait inacceptable dans les sciences naturelles, que Bâcon la comparait à ces vierges consacrées au Seigneur, belles et touchantes, mais qui ne portent aucun fruit ; c'était tout à la fois son cœur et sa raison qui la lui avaient fait adopter, et il s'en félicitait, car il y avait puisé une piété profonde, une tolérance sans égale et une confiance à toute épreuve dans les desseins de la Providence.

C'est ainsi, Messieurs, que nous fut ravi, à l'âge de cinquante-huit ans, cet homme si aimable et si bon. Pourquoi faut-il que des maladies sans cesse renaissantes et que d'interminables souffrances aient si souvent troublé sa vie! Il avait par devers lui tout ce qui peut donner le bonheur : le goût du travail, la modération dans les désirs, les joies du foyer, les affections de la famille ; une honnête aisance, la simplicité du cœur et la religion de l'âme. Deux fils lui étaient nés, à peu de distance l'un de l'autre, pour continuer son nom et honorer sa mémoire; ils avaient trouvé dans la famille ce que j'appellerais volontiers une double noblesse : dans la ligne paternelle, celle que les Richard s'étaient acquise par leurs travaux en histoire naturelle; et dans la ligne maternelle, celle qui leur venait du célèbre chirurgien Antoine Dubois. De sorte que la botanique et la chirurgie étaient venues se disputer ces deux jeunes gens.

On sait que l'aîné, M. Adolphe Richard, s'est laissé séduire par la chirurgie, et que de beaux succès ont marqué ses débuts dans cette carrière. Peut-être est-il présent à cette séance, peut-être entend-il mes paroles; je craindrais, si j'en disais davantage, de blesser sa modestie. Mais son jeune frère, mais Gustave Richard! il n'est point là lui pour m'entendre louer son père et pour s'entendre louer lui-même.

C'est à peine si le monde l'a connu, et cependant, déjà animé du feu sacré de la science et aussi de l'amour de la gloire, il avait donné les gages d'une instruction variée, d'un zèle soutenu et d'un courage à toute épreuve.

C'était surtout à la célébrité des botanistes voyageurs qu'il aspirait : déjà il avait parcouru tout le nord de l'Afrique ; un moment il avait pu croire que le Nil allait lui révéler le mystère de ses sources; mais ceux qui l'ont revu à son retour d'Égypte ne comprenaient que trop que l'aile de la mort l'avait déjà touché. Quelques lueurs d'espoir venaient cependant parfois les surprendre lorsqu'ils l'entendaient parler de nouveaux voyages, et dire quelles recherches il se proposait de faire. Hélas! se disaient-ils, infortuné jeune homme!

toi aussi, sans doute, digne petit-fils de Claude Richard, tu deviendras un grand naturaliste si tu pouvais forcer la destinée!

Mais l'histoire naturelle devait perdre coup sur coup les derniers nés des deux familles, qui avaient tant contribué à ses progrès : une année s'était à peine écoulée depuis la mort d'Achille Richard, que son ami Adrien de Jussieu, sortait aussi de ce monde. Et voilà qu'après un espace de trois ans le jeune Gustave Richard, en sa fleur trop tôt moissonnée, tombe à son tour, et ne nous laisse aussi que d'amers et douloureux regrets!

NOUVELLES.

Un mot sur la ferme nouvelle de l'établissement thermal des Eaux Bonnes.

Comme nous l'avons annoncé dans un de nos derniers cahiers, l'adjudication de la ferme des Eaux-Bonnes, a eu lieu à la mairie de Pau, le 14 janvier dernier.

On n'a pas oublié que ce qui pour nous faisait l'intérêt de ce renouvellement, c'était la différence qu'il devait y avoir entre le prix de la ferme qui allait commencer et celui de la ferme qui venait de finir.

Celui-ci étant de 15 ou 18,000 francs, nous annoncions que l'autre monterait au moins à trois fois ce chiffre. Nos prévisions se sont réalisées et bien au-delà, puisque, selon les détails qu'on nous transmet, il s'élève à 56,000 francs, pour chacune des 26 années du bail concédé.

La ferme a été adjugée à M. Barran, de Pau, le plus offrant de trois Compagnies qui se présentaient à l'enchère. Nous n'avons pas l'honneur de connaître la Société que M. Barran représente ; mais il est plus que probable que ses projets d'exploitation ne doivent pas moins compter sur la pulvérisation des eaux et les profits réels qu'elle promet. Il est certain que ce n'est pas sur la Buvette, que l'établissement thermal de Bonnes possédait à peu près seule, qu'on fonde les recettes suffisantes pour faire honneur aux obligations d'un tel bail.

La société de M. Barran doit donc présumer ses revenus, comme les autres sociétés prétendantes, sur l'institution complète des moyens hydrologiques fournis par la pulvérisation des Eaux. Or ces moyens sont aujourd'hui la Salle de respiration à l'eau poudroyée pour l'installation de laquelle le cahier des charges assigne

la dépense d'une trentaine de mille francs, à ce prix ce sera la salle de Respiration modèle en France sans contredit. L'établissement thermal de Pierrefonds, auquel on emprunte cette innovation, sera certainement distancé.

Comme dépendance de cette salle, sera établie celle des douches pharyngiennes à l'eau pulvérisée qui ont déjà eu des succès à Bagnères de Luchon. Ces douches seront bientôt reconnues comme le moyen le plus rationnel et le plus utile dans le traitement des angines et laryngites granuleuses qui fournissent d'ordinaire les trois quarts de la clientèle aux eaux destinées aux maladies dites de poitrine.

Enfin, la balnéation, toujours à l'eau minérale pulvérisée, que l'assistance publique vient d'adopter dans les hôpitaux de Paris pour son économie de liquide, puisqu'il suffit de trois litres d'eau pour un bain de trois quarts d'heure et dont l'effet curatif est plus qu'équivalent. Cette balnéation enfin sera adoptée et installée.

Nous n'avons jusqu'ici parlé que de l'établissement de Bonnes ; mais si les intentions de M. Barran sont celles des compagnies qui lui ont fait concurrence, nous sommes avertis qu'il y aura à Pau et à Paris des succursales où les eaux Bonnes seront administrées en dehors de la saison thermale tout comme elles le sont à Bonnes même durant l'été. La pulvérisation a rendu facile aujourd'hui tout ce qui était impossible avant elle, et l'on peut dire qu'elle a été faite pour les Eaux-Bonnes.

La ferme nouvelle sera doublée, dit-on, des influences de l'ancienne. Nous lui souhaitons de n'en pas suivre les traditions, mais d'entrer franchement dans la voie des progrès ouverte principalement aux Eaux de Bonnes, et de faire avec elles la triple exploitation annuelle, seul moyen, selon les gens expérimentés, de pouvoir longtemps remplir les engagements d'un bail à ces conditions.

Notre concours ne fera jamais défaut aux Eaux de Bonnes ainsi comprises et exploitées.

— L'administration de l'Assistance publique a formé le projet de reconstruire, dans la rue des Saints Pères, l'hôpital de la Charité, afin d'augmenter le nombre des lits existant actuellement dans cet établissement (350, dont 250 pour les hommes, et 100 pour les femmes) Une enquête vient d'être ouverte à la mairie du 6e arrondissement sur ce projet qui comporte aussi l'agrandissement et la régularisation du périmètre dudit hôpital à l'angle de la rue Jacob, et de la

rue des Saints-Pères et l'élargissement partiel de cette dernière voie publique.

Voici ce que nous apprennent les anciens auteurs sur l'origine de l'hôpital de la Charité :

Au seizième siècle, un Portugais, nommé Jean-de-Dieu, dans le but de soigner les pauvres malades, forma une association qui fit bientôt de rapides progrès. Cinq religieux appartenant à cette congrégation furent installés, en 1602, par Marie de Médicis, dans la rue où furent depuis les Petits-Augustins. Suivant leurs règlements, les frères de la Charité devaient être à la fois chirurgiens et pharmaciens. Ils furent transférés, en 1607, dans la rue des Saints-Pères, près de la chapelle Saint-Pierre, où ils célébraient l'office divin. Un peu plus tard, ils firent construire une nouvelle église dont la dédicace, sous l'invocation de Saint-Jean-Baptiste, eut lieu au mois de juillet 1621. Le nombre des frères de la Charité s'éleva jusqu'à soixante, et les libéralités de plusieurs personnages puissants leur permirent d'agrandir successivement leur hôpital.

— Un concours pour deux places de chirurgien adjoint des hôpitaux de Marseille sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu de cette ville, le 30 avril prochain.

Les candidats devront avoir le grade de docteur et justifier de quatre ans révolus de doctorat.

Les chefs internes des hôpitaux de Marseille seront également admis au concours s'ils ont un an d'exercice en cette qualité.

Les candidats devront se faire inscrire huit jours au moins avant l'ouverture du concours au secrétariat de l'Hôtel-Dieu, à Marseille.

— Après neuf mois d'attente, MM. les docteurs Hoskins (de Lisle), et Thomas Mansell, chirurgiens-majors de la milice royale de Guernesey, viennent de recevoir l'acceptation pure et simple de leurs démissions. Ces honorables confrères, dont le premier est agrégé (fellow) de la Société royale de Londres, refusaient de reconnaître pour collègue un *homœpathe* qui reste, par le fait, chef du service médical militaire à Guernesey ! (*The Lancet.*)

— Sous le nom italien d'*Occhiombra*, M. Calkin a proposé un appareil très simple inventé par lui et destiné à la protection des organes de la vue. Cet appareil, qui consiste en une sorte de visière formée d'une carcasse en fil d'archal, sur laquelle est tendue une gaze transparente, ou un autre tissu suivant les cas, s'adapte au front par en haut, de manière à permettre l'accès de l'air et une ventilation

convenable, tandis qu'en bas il repose et se moule par son bord inférieur sur les contours du nez et du visage, formant ainsi dans ce sens une sorte de chambre exactement fermée au-dessous des yeux. « Ses avantages, dit le journal *The Lancet*, auquel nous empruntons cette description, sont de protéger les yeux contre le vent et la poussière et d'adoucir l'éclat de la lumière, tout en permettant une vue parfaite. Si les yeux sont faibles ou enflammés, on peut augmenter l'épaisseur du voile sans en détruire tout à fait la transparence. L'occhiombra sera très utile aux personnes résidant dans les pays tropicaux aux voyageurs en excursion dans les Alpes. » — A. G.

— Le journal anglais *the Lancet* rapporte un nouveau fait de fécondité remarquable A Dowlais vit une femme de 45 ans, mère de 33 enfants. Mariée à quatorze ans, elle eut un premier enfant à quinze ans. Elle est la femme d'un très-pauvre ouvrier, et elle a donné naissance deux fois à trois enfants, trois fois à quatre, et six fois à des jumeaux!

—M. le docteur Achille Foville, médecin en chef de l'asile de Maréville, vient d'être nommé directeur-médecin de l'asile de Dôle.

— M. le docteur Joël, de Rolle, a obtenu ces jours derniers trois tubes de beau vaccin d'une pustule vaccinale qu'un jeune berger avait au pouce. Ce jeune homme ne se doutait pas de la nature de l'éruption : l'aspect de la pustule frappa immédiatement M. Joël, et quelques questions le mirent au clair ; le berger lui dit en effet que depuis quelque temps ses vaches avaient des boutons au pis et qu'elles pourraient bien lui avoir donné ce *mal*. Ce jeune homme n'avait jamais été vacciné. M. Joël, accompagné de M. Bicler, vétérinaire à Rolle, se rendit à l'écurie, où les pustules vaccinales furent clairement constatées sur l'une des vaches. Malheureusement, elles approchaient de la dessiccation, et l'on ne put en recueillir du vaccin. (*Echo médical suisse*).

— M. le docteur Melchior Robert vient d'être nommé chirurgien en chef des hôpitaux de Marseille. Il a été presque en même temps élu membre du conseil municipal de cette ville.

—Nous lisons dans un rapport du directeur de l'École de médecine de Limoges que cette école présente de grandes ressources pour les études anatomiques. Les salles de dissection reçoivent les cadavres provenant de l'hôpital civil, de l'Asile d'aliénés et de la maison centrale de détention ; ces derniers offrent une ressource d'autant plus importante, qu'ils ne sont jamais réclamés. En Allemagne il en

est de même pour plusieurs universités, pour Erlangen, entre autres. Deux maisons centrales existent en Alsace, l'une à Ensisheim pour les hommes, l'autre à Haguenau pour les femmes. Malgré les facilités que l'on trouve à Strasbourg pour les études anatomiques, il serait à désirer que l'on profitât des ressources qu'offrent ces deux établissements pénitentiers.

Insuffisance de l'instruction des élèves en pharmacie.

M. Carrié, pharmacien à Paris, vient d'adresser à la *Société de prévoyance des pharmaciens du département de la Seine*, une lettre dans laquelle il se plaint de la difficulté qui existe à avoir des élèves en pharmacie quelque peu instruits. M. Carrié fait remarquer que les certificats de stage dans les villes de province ne sont plus des titres sérieux, car on les trouve tous les jours entre les mains des jeunes gens les plus ignorants. Pour obvier à ce fâcheux état de chose, M. Carrié propose que l'on forme une commission parmi les membres de la Société de prévoyance, commission qui sera chargée d'examiner les élèves qui veulent entrer dans les pharmacies de Paris, et de leur donner des certificats de capacité s'il y a lieu. Nous désirons voir prendre en sérieuse considération, la proposition de M. Carrié, qui nous semble devoir offrir une plus grande sécurité aux pharmaciens, et qui peut avoir une heureuse influence dans l'avenir de l'art pharmaceutique.

(*Répertoire de pharmacie.*)

— Il existe aujourd'hui, tant dans les hôpitaux de Paris que dans les infirmeries des hospices, 7,877 lits affectés au traitement des malades, savoir :

Dans les hôpitaux,	Médecine 5,031. Chirurgie 2147.	Total 7.178.
Dans les hospices,	Médecine 546. Chirurgie 153.	Total 699.
	Total égal.	7,877.

Les lits des hôpitaux se subdivisent comme il suit ;

Médecine proprement dite.	3,250
Chirurgie proprement dite.	1,706
Accouchements.	677
Maladies de la peau.	933
Maladies vénériennes.	612
Total.	7,178
En 1859, on a traité dans les hôpitaux.	90,996
Dans les hospices.	5,086
Total égal.	96,082

C'était la seconde fois que le docteur Gendron était atteint de cette terrible maladie, dont il avait fait le sujet d'une étude particulière. Il était âgé de soixante-six ans; il était membre de la Légion d'honneur, membre correspondant de l'Académie de médecine et membre du conseil général du département de la Sarthe. Savant praticien, d'un dévouement sans bornes, sa vie avait été celle d'un homme de bien, sa mort fut celle d'un sage.

La Scillitine Mandet, ses sirops et ses pilules.

La Scillitine, résumé des propriétés thérapeutiques de la Scille, est un médicament déjà connu et employé par les praticiens. M. Mandet, pharmacien de Tarare a fait une étude spéciale de sa préparation et l'on sait l'accueil que lui a fait l'Académie, lorsqu'elle a été soumise à son approbation.

La Scillitine extraite par le procédé de M. Chevalier se présente à la pratique dépouillée de tout le principe irritant de la plante, et quel avantage dès lors n'offre-t-elle pas dans les cas de maladies respiratoires ou urinaires, contre les quelles le premier soin est celui de ramener la circulation à l'état normal. Nous ne croyons pas utile d'en dire davantage sur son emploi, non plus que sur la spécificité qu'elle possède contre les diverses affections de l'organisme, qu'il nous suffise de dire que l'expérience a démontré que la Scillitine, s'administre généralement aujourd'hui à la dose de dix à vingt centigrammes par jour.

Croyant rendre son administration plus facile, M. Mandet a pensé qu'il était convenable de faire des pilules et un sirop de Scillitine. L'adoption qu'on a faite de la préparation sous ces deux formes a démontré que M. Mandet avait eu raison. Le sirop et les pilules sont employés tous les jours dans les hôpitaux et dans la clientèle civile.

La Scillitine pure, et les pilules et sirop de Scillitine se trouvent à Tarare chez M. Mandet, pharmacien, et à Paris, chez M. Adrian, pharmacien, successeur de Page, 25, rue Coquillière.

La sève de Pin et son Sirop.

La sève de pin maritime est une heureuse découverte de nos temps modernes pour la médecine des maladies de poitrine. L'extension qu'elle a prise prouve son efficacité. M. Lagasse a eu la bonne idée de concentrer cette substance en un sirop béchique dont l'adoption a été prompte. Les médecins l'ordonnent avec avantage dans les cas de maladies chroniques telles que catarrhes, asthme humide, bronchorrhée, etc, et ses succès ne sont pas moindres dans les indispositions aiguës de l'hiver, telles que rhumes, laryngites, pharyngites et angines.

On a remarqué que ce *Sirop de sève de pin* a aussi une action évidente sur les sécrétions urinaireres, et les irritations inflammatoires de la vessie; il dispense avec avantage de ces préparations de bourgeons de pin, si généralement employés avant la découverte de la

sève qui est la substance la plus intime et la mieux élaborée de l'arbre.

Le *Sirop de sève de pin* de M. Lagasse se vend à sa pharmacie de Bordeaux, Cour-d'Albret, 51, et à Paris, chez M. Grimaud successeur à la pharmacie Dorvault, rue Lafeuillade 7, et chez les principaux pharmaciens de France.

PYROPHOSPHATE DE FER ET DE SOUDE, de LERAS, pharmacien, docteur ès-sciences. — Ce nouveau ferrugineux liquide, incolore, sans goût ni saveur de fer, contient, par cuillerée à bouche, 20 centigrammes de sel de fer. Il offre la composition des os et du sang. Seul, il ne précipite pas en présence du suc gastrique et ne provoque jamais de constipation. Il s'administre par cuillerée à bouche une demi-heure avant chaque repas, et peut se prendre en mangeant associé au vin, qu'il ne décompose pas. On en fait aussi un *Sirop* très-blanc et très-agréable, ainsi que des *Dragées*.

Il est toujours parfaitement supporté, et les observations de MM. Aran, Arnal, Barth, Bernutz, Casenave, Debout, etc., publiées par les divers journaux de médecine ont prouvé qu'il a réussi là où le *lactate de fer*, le *fer réduit*, les *pilules* de *Vallet*, l'*eau* de *Bussang*, de *Passy* et de *Spa* avaient échoué. — Prix du flacon, 2 fr. Dépôt à Paris, à la pharmacie 7, rue de la Feuillade, près la Banque. En province, chez tous les pharmaciens.

Les *Eaux de Krankenheil*, que les plus grands médecins recommandent, sont *Alcalines iodo-sulfurées*. Cette minéralisation indique déjà leur emploi principal. Elles sont ordonnées dans les cas d'induration des glandes, et les obstructions des viscères abdominaux; elles favorisent la digestion et l'assimilation, et sont d'un bon usage contre les maladies de la peau et les affections hémorrhoïdale e

Ces quatre sortes d'eaux minérales ne se vendent qu'à l'entrepôt de la compagnie, rue des Billettes.

La compagnie de propriétaires de Sources d'Eaux minérales françaises et étrangères, rue des Billettes, 11, vient de se rendre concessionnaire des trois principales *eaux minérales* de la Suisse qui étaient à peine connues en France, et qui sont destinéeàu prende un des premiers rangs dans l'hydriogie medicale.

1° L'eau de SAXON (Valais) désignée, d'après M. Henry sous le titre caracteristique d'*idio bromurée calcaire magnésienne* et qui s'emploie avec succès dans les *diathèses scrofuleuses* et *syphilitiques*.

Notice scientifique sur l'eau minérale Gazeuse naturelle (iodée). de Condillac.

L'eau Minérale de Condillac est la meilleure de toutes les eaux gazeuzes; on l'a surnommée à juste titre LA REINE DES EAUX DE TABLE. *C'est la seule salubre, étant la seule iodée.* Elle est éminemment digeste et amie de l'estomac. Aucune autre n'est aussi agréa-

ble au goût ; aucune ne convient mieux à tous les nerfs, à tous les tempéraments Elle a deux qualités précieuses : 1° elle donne de l'appétit ; 2° elle facilite la digestion. C'est l'eau de table *la plus hygiénique;* elle porte à la gaîté ; elle étanche merveilleusement la soif dans les chaleurs; c'est une boisson rafraîchissante et stomachique, qu'on doit préférer à toutes les eaux gazeuses *artificielles* qui n'ont aucun de ses éléments minéralisateurs si bienfaisants, qui ne sont u'une méchante contrefaçon des eaux de Seltz, et dont l'usage n'est même pas toujours exempt de danger. L'eau alcaline gazeuse *naturelle iodée* de Condillac fera partout répudier ces eaux gazeuses *factices*, dont l'agrément éphémère est loin de compenser les nombreux inconvénients.

L'Eau de Condillac n'a pas, comme les autres eaux alcalines, le désagréable inconvénient de décomposer le vin, et offre l'inappréciable avantage de se conserver parfaitement pendant plusieurs années et de pouvoir être transportée au loin sans altération : aussi peut-on la boire dans les pays éloignés aussi bien qu'à la source, non-seulement dans toute la France, mais en Espagne, dans les Colonies, en Italie, en Algérie, et dans tout l'Orient.

Ce n'est pas seulement une eau d'agrément : les médecins la recommandent de préférence aux malades et aux convalescents dan la gastralgie et les troubles de la digestion, les obstructions du foies les maladies des reins et de la vessie, l'engorgement de la matrice, la leucorrhée, la chlorose, les maladies nerveuses, l'hypocondrie, etc,

Enfin, M. Mathieu, de la Drôme, vient de trouver aux Eaux de Condillac de nouvelles propriétés curatives. Lorsque, par son système. de balnéation à l'hydrofère, on les administre à la surface du corps, soit que l'on ait à combattre localement des affections de la peau, soit qu'on ait à produire quelque utile dérivation contre les maladies nerveuses qui s'attachent aux principaux viscères de l'organisme. Des expériences faites à l'hôpital Saint-Louis et rapportées à l'Académie de médecine viennent de constater ces faits en faveur de l'Eau de Condillac.

Si le succès témoignait toujours de l'excellence des choses on pourrait assurer sans contredit que l'eau de Condillac a légitimement conquis le titre de *Reine des tables* qui lui fut donné par le médecin que les a le mieux étudiées. Jamais l'eau minérale, tant sous le rapport hygiénique que sous le rapport thérapeutique, n'a vu son usage se multiplier dans une semblable proportion et en si peu de temps. Nous aurons bientôt l'occasion de publier quelques-unesdes observations recueillies dans la pratique de l'hydrofère : bains à l'eau pulvérisée qui fonctionne déjà depuis 6 mois dans un des beaux établissements de Paris, d'où il s'étendra bientôt aux départements et à l'étranger.

Pour tous les articles non-signés, le Docteur SALES-GIRONS.

Paris. — Imprimerie de Moquet, rue des Fossés-Saint-Jacques, 11.

LA REVUE MÉDICALE
FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.
(15 Février 1861.)

CLINIQUE ET MEMOIRES.

DE LA DIÈTE RESPIRATOIRE

DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES DE POITRINE.

Moyen de modifier l'oxygène de l'air à respirer ;

Par le Docteur **Sales-Girons.**
Rédacteur en Chef de la REVUE MEDICALE.

L'oxygène est l'ami des surfaces saines
et l'ennemi des surfaces malades.

Voir le Cahier du 31 Janvier.

Le cache-nez cravate, par sa vulgarisation, tenta la spéculation de la pharmacie. Sans plus de raisonnement, et sans vouloir en obtenir d'autres effets, les pharmaciens Allemands et Anglais imaginèrent presque en même temps le petit appareil, devenu du plus grand usage chez nos voisins, et qu'ils ont nommé tout naturellement *Respirateur*.

Le respirateur est le cache-nez lui-même, réduit aux dimensions utiles d'une plaque couvrant seulement la bouche et les narines. On le fit d'abord de la même étoffe, à deux ou plusieurs doubles; puis la matière et le tissu furent diversement variés ; on en confectionna enfin en fil de fer et d'argent, etc.; mais toujours avec la même destination : *attiédir l'atmosphère respirée*. Les Allemands, qui comptent les poussières du sol comme une des causes principales de toute irritation bronchique, purent croire que le respirateur avait pour effet de tamiser l'air à son entrée dans les voies; ils eurent raison.

Arrivé fort tard en France, il est bien loin d'y avoir pris l'usage vulgaire dont il jouit à l'étranger. Un seul pharmacien, à notre connaissance, en a porté la confection à un degré très élevé ; c'est M. Ferrand, de Lyon. Le tissu de fil doré qu'il emploie et les raisons de physique qu'il s'est proposées distinguent son appareil entre tous. Je ne parle pas des enjolivements

qu'il y a adaptés pour en rendre l'emploi plus admissible dans l'état de nos habitudes.

Mais quant à l'idée vraiment médicale, le nom même qu'il a donné à son respirateur ne dénote pas qu'il soit allé plus loin que l'idée du cache nez lui-même ; son appareil a été par lui dénommé *Spirotherme* ou *échauffe respiration*.

Donc, échauffer l'air respiré, et le tamiser de toute poussière minérale, voilà le terme extrême que l'on s'est proposé en Allemagne, en Angleterre et en France. Le but de la cravate cache-nez n'a pas été dépassé, et celle-ci n'avait pas dépassé le but du mouchoir que l'on a de tout temps tenu sur la bouche et les narines lorsqu'on était enrhumé.

Il y a toujours très longtemps que l'instinct du malade pratique, lorsque le médecin se met à imiter ou à rationnaliser ses usages. Cependant, il y a des siècles que l'Ecole de Salerne écrivait ou copiait les paroles suivantes à l'article du traitement des rhumes de poitrine :

« Inspira calidum,.... comprime flatum;
« Hæc bene tu serva si vis depellere rhuma.

Fait pour être un simple moyen d'hygiène, on s'est étonné de voir le *respirateur* produire des effets thérapeutiques, des améliorations dans certaines affections aiguës ou chroniques du larynx et des bronches ; et l'on n'a pas seulement eu l'idée de s'en demander la raison. Toutes nos recherches n'ont pas abouti à découvrir un texte écrit où fut émise la pensée que cet appareil modifiait l'action de l'oxygène de l'air respiré.

L'appareil que nous cherchons pour remplir l'objet principal de notre diète est donc tout trouvé. Nous n'y aurons ajouté que l'essentiel, c'est-à-dire, la substance que nos expériences nous ont montrée puissante sur l'atmosphère pour en modifier l'oxygène. Il s'agissait de faire dans le *Respirateur* une place pour y mettre le goudron voulu. Ce n'a pas été, ce ne pouvait pas être une difficulté sérieuse.

Voici la description abrégée du petit *Respirateur* que nous avons fait confectionner, et que nous soumettons aujourd'hui à la haute sanction de l'Académie.

Qu'on se figure deux pièces presque rondes, moins grandes que la main et pouvant s'adapter, en les couvrant sur les lèvres et l'ouverture des narines. Ces deux pièces en tissus perméables à l'air sont dans notre appareil, l'une, celle qui est extérieure, en étoffe de laine ou de soie, l'autre en une toile de crin.

Entre ces deux pièces jointes par le bas comme les deux lames de la couverture d'un petit livre, se trouve une petite auge de métal inaltérable qui doit recevoir une très petite quantité de goudron préparé à cet effet.

Pour mettre ce médicament, il suffit d'ouvrir les deux valves de l'appareil comme on fait d'un porte-monnaie; l'auge chargée, on referme, et la chose est en état pour son usage.

On applique l'appareil ainsi chargé sur la bouche au moyen de deux petits cordons élastiques, qu'on arrête derrière l'oreille; on presse dessus pour le bien adapter sur la bouche et le nez, pression à laquelle se prêtent les deux tissus en gardant le pli qu'on lui donne; et l'on respire comme à l'ordinaire, puisque l'air passe au travers des tissus d'une manière presque imperceptible pour celui qui porte le petit appareil.

On comprend ce qui doit arriver, par ce que nous avons dit jusqu'ici :

L'air attiré par l'acte d'inspiration traverse les deux tissus échauffés par le contact et par l'expiration, s'échauffe lui-même, si froid qu'il soit au dehors. En traversant entre les deux feuillets du tissu, cet air passe sur l'émanation balsamique du goudron, que la température provoque, et l'oxygène reçoit la modification diététique que nous connaissons. Il arrive donc aux bronches ayant perdu quelque chose de sa quantité normale et adouci dans ses qualités excitantes, sans cependant être moins apte à l'hématose, comme nous le verrons dans les notes physiologiques qui suivront.

Or, comme dans toutes les atmosphères l'homme peut être muni de cet appareil, aussi facilement portatif que des lunettes, nous avons raison de dire qu'on emporte avec soi son atmosphère convenable.

Il est bien entendu que, comme dans tous les Respirateurs,

on pourra dans celui-ci, par l'interposition d'un ou deux feuillets de tissu entre ceux que nous avons dit, obtenir l'air graduellement plus chaud et plus humide. En multipliant même les feuillets de tissus que l'air aurait à traverser, on pourrait obtenir la condition voulue par l'Ecole de Salerne de comprimer la respiration : *Comprime flatum*.

Il est non moins bien entendu que ce n'est pas seulement le goudron qu'on pourra mettre dans l'appareil. Toutes les substances qui auront une influence sur l'atmosphère sont admises. Nous en avons essayé un très grand nombre. Ainsi le coaltar nous a montré dans l'air et sur l'oxygène le même effet que le goudron ; les substances analogues chimiquement ont une action analogue, et pourront au besoin être employées par le médecin. Le goudron a enfin des mélanges avec d'autres substances, telles que l'iode, etc., qui auront leur utilité.

Les produits balsamiques, aromatiques, volatils, si on ne les considère pas pour leur action modificatrice sur l'atmosphère, pourront encore être considérés pour leur action directe sur l'organe, ou spéciale sur les éléments de la maladie. L'appareil de notre méthode enfin n'est pas seulement destiné à porter les médicaments de notre choix ; mais aussi tous ceux qui, pouvant s'approprier à son usage, seront proposés ou imaginés par nos confrères les médecins.

L'avantage de notre Respirateur, ou de ce procédé nouveau, chacun le pressent, est, sur toutes les médications connues jusqu'ici, de pouvoir être continué et comme transformé en une habitude. On ordonnait aux malades d'aller habiter un pays où l'air fût plus doux ou moins vif, et l'on comptait sur le bon effet parce que le médicament aurait été permanent. Aujourd'hui, grâce à notre modification du cache-nez, l'air le plus excitant peut être mitigé sur place et sans avoir besoin de s'expatrier.

Notez qu'il n'est pas d'existence ordinaire d'homme ou de femme qui ne permette de le porter au moins six heures par jour; et nous ne comptons pas qu'on peut, sans s'en apercevoir, le garder durant le sommeil. On parle aussi distinctement

avec lui que sans lui ; avec un peu d'habitude, rien n'empêchera de le porter dans ses promenades, et dans sa voiture, et dans les rues, comme cela a lieu à Londres et à Berlin. L'utilité provoquera l'usage, nous n'en doutons point.

C'est sur les médications continues que compte la médecine. Quelque minime que soit son action thérapeutique, si cette action est permanente, elle peut produire à la longue des modifications organiques profondes, et telles qu'il les faut lorsqu'il s'agit comme ici de ramener jusqu'à la guérison un sujet gravement atteint de la poitrine.

A la maladie chronique il semble qu'il est rationnel de trouver une médication chronique, comme à l'action morbide permanente une réaction curative permanente. Nous croyons l'avoir trouvée ; d'autres, nous l'avons déjà dit, y ajouteront, la varieront et la perfectionneront. Nous nous contenterons de n'en avoir donné que le spécimen et l'idée, sous le nom de *Diète de la respiration*.

Si l'air, parcequ'il contient ses 21 d'oxygène, est trop excitant sur les lésions de la muqueuse respiratoire, que l'on calcule ce qu'un malade en reçoit de moins en quantité dans les vingt-quatre heures, lorsqu'il l'aura respiré à 20 ou à 19 d'oxygène. C'est ici que les quantités minimes deviennent des sommes énormes par la continuité.

En résumé, les maladies de poitrine, qui s'étaient présentées jusqu'à ce jour comme les plus difficiles à traiter, sont désormais les plus faciles, si on réfléchit qu'on peut leur administrer leur régime et leur traitement avec la respiration elle-même. Notre double procédé ne peut-il pas en vérité s'appeller un traitement fonctionnel (1) ?

Quoique nous ayons dit que notre modication de l'air respiré constitue le traitement des maladies de poitrine, ce que nous avons écrit en commençant fait bien comprendre que

(1) On sait que M. Sales-Girons avant d'avoir rien publié de la *Diète de la respiration* avait trouvé dans la *Pulvérisation des liquides* le moyen d'une véritable thérapeutique respiratoire.

nous n'avons encore touché qu'à la partie diététique de ce traitement. L'air et l'oxygène, en effet, que nous avons modifiés ne sont que des *ingesta* et des *circumfusa*. L'oxygène enfin n'a été donné ici que comme la cause secondaire d'entretien des lésions, et les causes secondaires sont du ressort de la diète.

La cause primitive de la maladie reste à traiter, et c'est à celle-ci que s'adresse le médicament proprement dit. Le régime peut-il guérir une lésion spéciale comme la tuberculisation? On le dit, mais à la réflexion on doit voir que le régime, quelque secours qu'il prête aux forces médicatrices de la vie ne saurait atteindre la semence du mal dans son essence.

La phthisie a deux causes bien distinctes, nous l'avons écrit bien des fois depuis 15 ans : 1° une cause qui engendre l'affection dans l'organisme; 2° une cause qui l'entretient et en précipite le développement organique. Nous n'avons ici travaillé que contre celle-ci. La diète respiratoire est instituée, procédons à la médication proprement dite; car la thérapeutique se compose de ces deux parties, la *diète* et la *médicamentation*.

Le titre de *Diète respiratoire*, que nous avons donné à notre étude, suppose l'intention restreinte au moins que nous voulons donner ici à la médication pharmaceutique. Ce n'est donc que comme supplément que nous en dirons un mot. Le livre publié par nous en 1845 pourrait au besoin remplir cette lacune; car nous y avons relevé avec un soin particulier les médications et les médicaments que la thérapeutique a successivement recommandés contre ces maladies, depuis Hippocrate.

Dans cet ouvrage nous croyons avoir prouvé que de toutes les substances qui ont été réputées plus ou moins spécifiques de la phthisie et des autres lésions chroniques de la poitrine, une seule a résisté aux systèmes et aux siècles. Cette substance, c'est le Goudron.

Le goudron serait donc à la fois l'agent modificateur de la cause secondaire de ces affections et l'agent médicinal de leur cause primitive; il servirait en même temps à la diète et à la médication.

Le goudron enfin suffirait à la thérapeutique complète

des maladies de poitrine, en modifiant d'une part les propriétés de l'oxygène et en s'attaquant plus haut à la cause morbide de la lésion.

Le goudron résume donc en lui cette association que la médecine traditionnelle a toujours fort estimée, l'association, disons-nous, de l'élément médicinal dans l'élément diététique. Cette substance serait pour nous l'objet d'une préférence marquée; ce que l'on comprendra si l'on songe qu'en la plaçant dans notre respirateur nous remplissons en même temps les deux principales indications que comporte la thérapeutique des maladies de poitrine, et qu'en ordonnant l'emploi de ce respirateur aux malades de cette catégorie, on remplit à leur égard les deux conditions d'un traitement complet : diète et médication.

De notre part la préférence pour le goudron ne va pas au-delà d'une préférence dans le sens strict du mot. Nous admettrons donc, pour la cure des affections respiratoires, tout ce que l'expérience recommandera, soit substances ou préparations, soit méthodes ou pratiques nouvelles.

Comme diète, on le pense bien, nous n'avons pas pu prétendre à ce que le goudron fût tout le régime du malade; l'alimentation, l'exercice, les occupations morales et intellectuelles, le soin de tous les organes et de toutes les fonctions autres que l'organe et la fonction respiratoire sont restés en dehors de notre diète, laquelle n'avait d'autre objet que la respiration.

Que l'on propose, que l'on emploie donc, tout ce qui sera jugé bon pour remplir ces divers points : nous l'acceptons d'avance. Les livres sont pleins de bons préceptes et de bons usages ; nous n'en venons rien supprimer ; nous venons au contraire y ajouter, croyons-nous, une pratique dont les résultats sont faciles à prévoir, d'après ce qui vient d'être dit.

Comme médicamentation non plus, l'usage du goudron ne fait obstacle ni opposition à aucune autre substance, celles surtout qui sont destinées à être administrées par la voie digestive. Ici au contraire, nous sommes d'avis qu'il faut conser-

ver aux substances qui ont fait leurs preuves, comme l'huile de foie de morue, par exemple, toute notre estime, et j'en dis autant des substances qui sont dans le même cas.

La thérapeutique des maladies de poitrine reste donc tout ce qu'elle était; il n'y a qu'un article de plus à la diète, et cet article s'arrange avec tout ce qui était avant elle; comme elle s'arrangera sans doute avec ce qui viendra après.

Dans notre pensée enfin, la diète respiratoire que nous avons proposée doit être la compagne obligée de tout traitement: elle complète le régime, elle complète la médication; et le meilleur régime et la meilleur médication ne peuvent, pour atteindre le but, se passer du moyen qui vient modifier l'air atmosphérique, car celui-ci est l'agent du bien et du mal dans la respiration à l'état morbide.

Nous avons dit les facilités d'applications qu'offre notre diète respiratoire; nous n'y reviendrons pas. En comptant que le petit appareil à sa place n'empêche aucunement de parler, l'on peut dire qu'il n'est pas de condition sociale qui n'en permette l'usage au moins douze heures sur les 24, si on voulait. Ce temps ne sera point nécessaire, et pourra pour l'ordinaire être de beauconp réduit. Six heures par jour, et même trois, sont encore plus que ne peut donner aucune des pratiques connues. Il faudrait seulement que l'usage en fût reçu comme celui des lunettes, ou du pince nez; ou comme il l'est en Angleterre et en Allemagne, où on le porte dans les rues et les promenades publiques.

Nous fesons des vœux pour que, sous bref délai, il en soit ainsi en France, ne doutant pas que les résultats ne s'en fassent sentir bientôt sur le chiffre énorme de la mortalité des maladies de poitrine.

La phthisie n'est pas la seule maladie de poitrine qui réclame le bon usage de la diète respiratoire; la bronchite, le catarrhe sec ou muqueux, l'emphysème, la laryngite surtout, et la pharyngite chronique en éprouveront le bon emploi.

Les affections aiguës, telles que les angines diphthéritiques, les amygdalites, les corizas, le croup, etc., sur les lésions des-

quelles l'oxygène de l'air n'est certainement pas moins nuisible, retireront d'heureux effets de l'adoption de cet appareil. Ici, comme dans les maladies chroniques, nous ne prétendons nullement qu'il vienne suppléer ou remplacer aucun article des traitements rationnels en usage ; nous disons seulement que, porté lorsque le malade n'est pas soumis à d'autres pratiques ou dans les longs intervalles qui en séparent les répétitions, ce petit appareil, chargé du médicament balsamique ou simplement d'un liquide médicamentenx ou non, doit avoir des effets avantageux sur la lésion.

Les états dans lesquels les conditions normales des organes respiratoires laissent à désirer, et que nous désignons sous l'expression de faible ou faiblesse de poitrine ; les personnes enfin, dont la susceptibilité est telle que le moindre refroidissement suffit pour les enrhumer, se trouveront bien, dans les circonstances où elles auraient quelque chose de semblable à redouter, de porter le respirateur, soit vide, soit muni de l'agent modificateur de l'oxygène, soit renforcé d'une ou deux doublures de flanelle, lorsqu'elles auront à subir un froid plus intense qu'à l'ordinaire.

Quand le médecin sera bien pénétré des effets subversifs de l'oxygène atmosphérique sur les affections aiguës ou chroniques des bronches, l'emploi de ce petit appareil ne manquera pas d'occasion d'être utilisé.

Viennent enfin, en dehors des maladies aiguës ou chroniques des voies respiratoires, en dehors même de cet état de susceptibilité que nous venons de désigner, certaines occupations ou professions dont les fatigues portent principalement sur l'organe de la voix ou des bronches. Ici encore l'usage du Respirateur peut avoir de bons résultats. Les hommes de science ou de lettres peuvent s'en servir utilement pendant qu'ils lisent ou qu'ils écrivent ; ils s'appercevront bientôt, nous en avons des exemples, que ces travaux les épuiseront moins qu'à l'ordinaire. Dans les veilles de cabinet, surtout, l'expérience comparative les aura bientôt édifiés à cet égard.

Nous ne citerons point ici les observations que nous avons pu faire et qui viendraient à l'appui de nos assertions. La modification de l'air portant sur l'oxygène est constatée par ses effets. Il ne fallait que la signaler, la formuler en préceptes pour que le praticien la reconnût utile et s'expliquât par elle-même maints résultats avantageux, dont jusque là il ne s'était pas encore rendu un compte exact et rationnel. Contentons-nous, aujourd'hui, de lui indiquer le moyen de produire cette modification, et il n'attendra point la citation de nos observations propres pour le mettre à profit.

Quant aux expériences que nous avons faites, elles sont déjà nombreuses et variées. Ce n'est pas sur le goudron ou par le goudron seulement que nous les avons opérées; d'autres substances analogues, comme le coaltar, la térébenthine, le camphre, les naphthés, les balsamiques, les antispasmodiques volatils ou odorants ont été mis à l'épreuve et ont produit des effets qui ont laissé peu de doute sur l'efficacité de leur mise en pratique.

Il ne nous reste maintenant qu'à reproduire ici comme complément, les preuves que la physiologie expérimentale réserve à notre méthode. Nous en ferons l'objet d'un autre article que nous intitulerons : *Notes justificatives de la Diète de respiration.*

DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

DE L'APOPLEXIE ET DE L'ÉPILEPSIE

Note lue à l'Académie de médecine par M. BAILLARGER.

La lumière n'est point faite, il s'en faut, sur la question du diagnostic différentiel, soulevée à l'Académie par M. le professeur Trousseau, entre la congestion apoplectiforme et l'épilepsie. Nous oserons même dire que les distinctions et définitions des choses en question ne font que de poindre à l'horizon de la discussion, grâces à la persistance et au soin que s'est donnés M. le professeur Bouillaud pour arriver à ces résultats !

La thèse a certainement son importance : différencier les vérita-

bles attaques d'épilepsie des attaques que l'on a prises souvent pour apoplectiques, pour des congestions réelles du cerveau, est un objet digne de l'attention que semble lui donner l'Académie. M. Baillarger, dans l'article que nous citons ci-après, nous semble avoir bien mérité de ceux qui demandent un peu plus de clarté sur le point en litige.

Voici le texte du discours de l'éminent académicien :

Arrive-t-il, dans un grand nombre de cas, qu'on prenne pour de simples congestions cérébrales apoplectiformes de véritables accès d'épilepsie ?

La congestion cérébrale apoplectiforme est-elle une maladie très rare, si rare qu'on doive presque songer à la rayer du cadre nosologique ?

Telles sont, ce me semble, les deux questions principales qui ressortent du remarquable travail lu par M. Trousseau dans l'une des dernières séances.

La première ne me paraît pas soulever de difficultés bien grandes. Lorsque l'épilepsie éclate à un âge assez avancé, si on n'a pas été témoin du premier accès, l'idée qui se présente tout d'abord est celle d'une congestion cérébrale. De là, pour la première ou les premières attaques, beaucoup d'erreurs possibles. Ces erreurs ne sont pas seulement commises par les parents des malades ; elles peuvent l'être aussi par des médecins auxquels on donne des renseignements inexacts. Il faut ajouter que, dans quelques cas, elles sont d'ailleurs presque inévitables. Il est certain que les premiers accès d'épilepsie, alors même qu'il y a perte complète de connaissance, ne présentent pas toujours des phénomènes convulsifs, et ressemblent à une simple congestion cérébrale. M. Trousseau a vu de ces faits, M. Delasiauve et M. Herpin en ont cité, et, tout récemment encore, j'ai eu occasion de recueillir une observation de ce genre, très propre à montrer les difficultés qui se présentent.

M. X..., âgé d'environ trente ans, d'une forte constitution, éprouve, une heure après son repas, une attaque que son médecin décrit de la manière suivante : « Tout à coup la langue s'embarrasse, le malade appelle au secours et s'af-

faisse sans convulsions de la tête ni des membres, sans agitation des globes oculaires ; la figure est très pâle, les yeux fermés ; sentiment d'oppression, vomiturition. » Le malade est saigné, et le soir même il peut se lever. Quinze jours après, nouvelle attaque absolument pareille. Quelle est la nature de ces accès? Est-ce de l'épilepsie? est-ce simplement de la congestion cérébrale? Le médecin de M. X..., adopte cette dernière opinion, se fondant sur ce fait, « qu'il ne retrouve, dit-il, aucun des signes saillants de l'épilepsie. » En effet, les convulsions avaient complétement manqué. Il faut ajouter que, dix ans auparavant, M. X..., avait eu deux accès semblables, et que ces accès avaient aussi été considérés par un premier médecin comme de simples congestions cérébrales. J'ai cru, néanmoins, devoir considérer ce malade comme épileptique, m'appuyant surtout sur les motifs suivants : Les deux premiers accès avaient eu lieu à dix-huit ans ; ils avaient eu lieu à un jour d'intervalle seulement ; la connaissance était revenue très vite.

Les deux derniers accès, qui se sont produits à quinze jours d'intervalle, n'ont, chez un homme de trente ans, laissé ni embarras de la prononciation, ni faiblesse dans les membres. Les observations de ce genre ne sont pas rares, et M. Trousseau a pu en rencontrer beaucoup. Il en est, certainement, et celle que je viens de citer est de ce nombre, qui sont embarrassantes ; mais, en général, des accès mieux caractérisés ne tardent pas à se dessiner, et viennent lever les doutes.

Il y a peu de temps, un médecin me rapportait qu'ayant été appelé pour voir un négociant qui venait d'être frappé de congestion, il avait pratiqué une large saignée. Quelques mois plus tard, il fut de nouveau rappelé pour le même malade, atteint d'une seconde congestion ; mais un troisième accès ayant éclaté plus tard, ce dernier offrit tous les caractères de l'épilepsie. Cette névrose peut donc, à son début, ressembler quelquefois à une simple congestion cérébrale, et l'erreur est alors difficile à éviter.

Il y a d'autres cas dans lesquels les mouvements convulsifs peuvent, comme M. Trousseau l'a dit, ne consister qu'en une forte contraction des muscles sans mouvements cloniques; d'autres où les convulsions sont très légères, très courtes, très limitées, et peuvent facilement échapper à l'observation. Dans toutes ces conditions, une erreur de diagnostic est encore facile à commettre.

En résumé, Messieurs, M. Trousseau me paraît avoir rendu un véritable service en insistant sur ce fait, que beaucoup de cas d'épilepsie échappent sous des dénominations différentes, et qu'il faut être en garde contre ces erreurs. Il est surtout bien démontré, comme l'a dit aussi M. Herpin, qu'on prend souvent pour de simples congestions cérébrales le premier ou les premiers accès d'épilepsie, lorsque la maladie débute à un âge avancé.

Je passe à la deuxième question :

La congestion cérébrale apoplectiforme est-elle une maladie rare, si rare qu'il faille presque songer à la rayer du cadre nosologique?

Telle est l'opinion de M. Trousseau, qui, depuis quinze ans, n'a plus, dit-il, rencontré de congestions cérébrales apoplectiformes. L'histoire de la paralysie générale me paraît fournir pour la solution de cette question des éléments très importants.

La congestion cérébrale est la cause prochaine de la démence paralytique; en outre, elle survient très souvent comme complication dans le cours de cette maladie. Ces congestions, que M. Tardieu a déjà fait intervenir dans cette discussion, sont souvent de celles qu'on peut appeler apoplectiformes.

D'après Bayle, elles offriraient ce caractère dans la moitié des cas. « Les malades, dit-il, après s'être plaints de malaise, de céphalalgie, de pesanteur de tête, de tintement d'oreilles, tombent tout à coup privés de sentiment et de mouvement.» Comme on le voit, il s'agit bien de la congestion cérébrale apoplectiforme.

Si, maintenant, du début de la maladie nous passons à sa

terminaison, voici ce que nous trouvons : M. Parchappe a publié quatre-vingt-six autopsies de malades morts de paralysie générale. Or, veut-on savoir dans quelle proportion figure la congestion cérébrale comme cause de mort? quarante fois sur quatre-vingt-six : c'est-à-dire dans près de la moitié des cas. La congestion cérébrale apoplectiforme est donc une cause fréquente de paralysie générale ; c'est une cause peut-être plus fréquente encore de mort pour les aliénés paralytiques.

M. Trousseau a rapppelé qu'il avait été interne à Charenton pendant deux ans, et il a ajouté qu'il avait vu ou cru voir dans cet asile un assez grand nombre de congestions cérébrales apoplectiformes. Dans ma conviction, ces congestions étaient très réelles, et elles n'ont pas cessé depuis d'être observées avec une grande fréquence.

Peut-on admettre que toutes les congestions cérébrales apoplectiformes appartiennent à la paralysie générale ; qu'elles la précèdent ou l'acccompagnent? Assurément non. M. Andral a recueilli 114 cas de congestions cérébrales : un certain nombre avaient le caractère apoplectique, et il est probable que ces dernières n'ont pas toutes été suivies de démence paralytique.

Avant de terminer sur ce point, je dois d'ailleurs faire remarquer que le tableau de la congestion cérébrale apoplectiforme tracé par M. Trousseau est peut-être trop favorable à son opinion. «Un homme, dit-il, tombe subitement frappé d'apoplexie; on le relève hébété, et pendant un quart d'heure, une heure, plus longtemps peut-être, il reste la tête lourde, l'intelligence confuse, la démarche mal assurée : le lendemain, tout est fini.»

La promptitude avec laquelle les symptômes se dissipent est un des caractères de l'accès d'épilepsie, et M. Trousseau est peut-être, je le reconnais, en droit de suspecter la nature de prétendus coups de sang dont les suites sont si bénignes. Mais voyons à côté de sa description celle qu'a tracée Bayle : « Au bout de cinq minutes, d'un quart d'heure, d'une ou de

plusieurs heures, ou même d'un temps beaucoup plus long, la connaissance revient d'une manière plus ou moins confuse et incomplète ; elle se rétablit ensuite davantage, soit spontanément, soit après l'emploi méthodique des évacuations sanguines. Mais le retour des mouvements n'est pas aussi prompt. Les malades conservent pendant un ou plusieurs jours, et quelquefois même des mois entiers, une paralysie plus ou moins marquée des extrémités ou d'une des moitiés du corps, et une grande difficulté dans l'articulation des mots.»

Je n'ai pas besoin de faire ressortir la différence de ces deux descriptions. Les malades de M. Trousseau, qui le lendemain ne ressentent plus rien de leur attaque, pouvaient bien pour la plupart être de véritables épileptiques; mais ceux de Bayle, qui pendant un ou plusieurs jours et quelquefois des mois entiers, conservaient des signes d'hémiplégie incomplète, de l'embarras dans la parole, ces malades avaient au contraire éprouvé de graves attaques de congestion cérébrale apoplectiforme. Il est donc, comme on le voit, nécessaire de bien s'entendre sur les faits qui font l'objet de la discussion.

Qu'on ne dise pas que les malades dont parle Bayle avaient eu non de simples congestions, mais de petites hémorrhagies cérébrales. Les autopsies de ces malades ont été faites, et on sait que rien n'est plus rare que de rencontrer des traces d'hémorrhagie cérébrale chez les aliénés paralytiques. Il est bien démontré, au contraire, que de simples congestions unilatérales lentes à se dissiper peuvent entretenir des hémiplégies incomplètes pendant plusieurs semaines.

En résumé, je ne saurais admettre que la congestion cérébrale apoplectiforme soit une maladie très rare, et les seuls documents empruntés à l'histoire de la paralysie générale me paraissent suffire pour prouver qu'il n'en est pas ainsi.

Il est un dernier point qui touche d'une manière très-étroite au diagnostic de l'épilepsie et de la congestion céré-

brale, qui me paraît pour cette discussion mériter une attention toute spéciale. Les congestions cérébrales qui précèdent ou accompagnent la paralysie générale offrent des formes très-variées. Il en est une très-remarquable, que tous les auteurs spéciaux ont décrite et qu'on désigne sous la dénomination de congestion épileptiforme, ou simplement d'attaques épileptiformes.

M. Billod, médecin de l'asile d'Angers, dans l'excellente note qu'il a adressée à l'Académie, désigne ces attaques sous la dénomination d'épilepsie symptomatique, et il sous-entend, dit-il, symptomatique d'une congestion cérébrale. Mais qu'est-ce qu'une épilepsie symptomatique d'une congestion cérébrale, si ce n'est une forme de congestion cérébrale, la congestion épileptiforme ?

Puisque l'Académie s'occupe du diagnostic différentiel de l'épilepsie et de la congestion cérébrale, n'y a-t-il pas lieu de rechercher si cette congestion épileptiforme ou cette épilepsie symptomatique n'est pas quelquefois confondue avec l'épilepsie essentielle. Cette confusion a certainement été faite, et il n'est pas douteux qu'elle n'ait encore lieu quelquefois ?

Voyons d'abord quels sont les caractères de ces congestions épileptiformes décrites pour la première fois par Bayle en 1825, et sur lesquelles M. Brierre de Boismont a publié un mémoire en 1829. « Ces attaques, dit Bayle, ont l'analogie la plus parfaite avec celles qui constituent l'épilepsie essentielle, et il serait impossible de les distinguer de ces dernières en ne considérant que les phénomènes qui les accompagnent..... La durée des attaques varie depuis une jusqu'à cinq, dix minutes et plus. Lorsque les convulsions cessent, tantôt le sentiment et la connaissance reviennent immédiatement après, tantôt les malades restent encore pendant plusieurs heures, ou même des journées, plongés dans un état comateux. »

Ces attaques se reproduisent en général plusieurs fois à des intervalles plus ou moins éloignés. Dans un cas je les ai

vues revenir presque régulièrement chaque mois chez un aliéné paralytique.

Quant à la nature de ces attaques, tous les médecins aliénistes semblent aujourd'hui d'accord pour les attribuer à de simples congestions cérébrales. On a pour soutenir cette opinion non-seulement des autopsies nombreuses, mais surtout ce grand argument que ces attaques épileptiformes précèdent ou suivent d'autres congestions de caractères différents, et sur la nature desquelles aucun donte n'est possible. J'arrive au point qui intéresse le diagnostic de l'épilepsie.

Dans un certain nombre de cas, ces attaques marquent le début de la démence paralytique, qui peut cependant encore passer inaperçue pendant plusieurs mois. On sait qu'il n'est pas de maladie cérébrale qui ait des prodromes plus éloignés et plus faciles à méconnaître. Il a donc dû arriver quelquefois qu'on a cru assister au début d'une épilepsie essentielle, quand en n'avait affaire qu'à une congestion épileptiforme.

Il y a dans le dernier ouvrage de M. Calmeil une observation quisuffit pour donner une idée des difficultés de la question. Un homme de quarante-six ans, gros, court, très-sanguin, surchargé d'embonpoint, fut trouvé sans connaissance et dans un état tout à fait comateux. On le saigne. Le malade revient à lui, et quelques jours après il reprend ses occupations.

Les médecins avaient jugé qu'il avait eu un coup de sang; mais après quelques semaines survient une attaque d'épilepsie suivie de quinze jours d'*hébétude* et d'une apparence de *faiblesse générale*. Pendant plus d'un an, les attaques se répètent à des intervalles variés, puis l'aliénation mentale éclate.

Le malade, qui habitait la Martinique, est ramené en France et placé à Charenton, où l'on constate les signes d'une paralysie générale. « L'épilepsie, dit M. Calmeil, est révoquée en doute, et on incline à croire qu'on a pris les effets dus à des congestions céphaliques répétées pour les symptômes du

mal caduc. » Plus tard, M. Calmeil ayant été lui-même témoin des attaques, revient de l'opinion des premiers médecins, et juge le malade épileptique.

Ainsi voilà des attaques dont la première a été regardée comme un coup de sang, les suivantes comme de l'épilepsie; puis on a jugé qu'il y avait peut-être eu erreur, et qu'on avait pris pour de l'épilepsie de simples congestions encéphaliques enfin, on revient à l'idée d'épilepsie.

Je crois que cette dernière opinion est parfaitement exacte; mais il me semble que l'existence dans ce cas de simples congestions épileptiformes pourrait jusqu'à un certain point être soutenue. Pour juger cette question, il faudrait avoir des détails plus complets sur l'année qui a précédé l'admission du malade à Charenton. Quoi qu'il en soit, cette observation m'a paru très-propre à donner une idée des difficultés de diagnostic que peuvent faire naître les congestions épileptiformes. Il est certain que quand l'épilepsie éclate après trente ans, il y a lieu de rechercher s'il n'existe pas des prodromes de paralysie générale; il faut aussi tenir grand compte des traces que le premier ou les premiers accès peuvent laisser après eux.

Ces congestions épileptiformes appartiennent-elles exclusivement à la paralysie générale? Et s'il en était autrement, n'y aurait-il pas lieu de soumettre à un nouvel examen certains cas qu'on rapporte à l'épilepsie essentielle? Ces réflexions me sont suggérées par l'une des observations que M. Herpin a citées dans la note publiée il y a quelques jours par plusieurs journaux de médecine.

Un homme de soixante et onze ans éprouve la nuit un premier accès d'épilepsie. Quinze mois après, il a une congestion cérébrale avec hémiplégie. Enfin, vingt mois plus tard il succombe à une attaque d'apoplexie. Ainsi, un seul accès d'épilepsie, qui n'a pas été observé par le médecin, est suivi d'une congestion et d'une apoplexie. Quand de tels faits se présentent, ne faut-il pas se rappeler les congestions épileptiformes?

En résumé, il ressortira, je crois, de cette discussion que quand un médecin est consulté pour une congestion cérébrale apoplectiforme, il ne doit pas oublier de songer à l'épilepsie, et que ce précepte formulé par MM. Trousseau et Herpin trouve d'assez fréquentes applications.

Je crois pouvoir ajouter que s'il s'agit, au contraire, d'un premier accès d'épilepsie chez un adulte, il peut quelquefois être utile de se rappeler les congestions épileptiformes qui précèdent assez souvent l'invasion de la paralysie générale.

MÉMOIRE SUR LA LARYNGOSCOPIE

Par le docteur MOURA-BOURROUILLOU (1).

(Voir le cahier du 15 Janvier.)

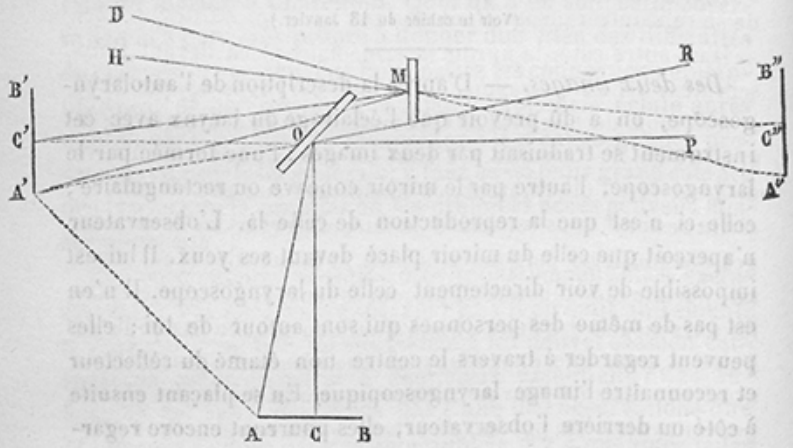
Des deux images. — D'après la description de l'autolaryngoscope, on a dû prévoir que l'éclairage du larynx avec cet instrument se traduisait par deux images : l'une formée par le laryngoscope, l'autre par le miroir concave ou rectangulaire ; celle-ci n'est que la reproduction de celle là. L'observateur n'aperçoit que celle du miroir placé devant ses yeux. Il lui est impossible de voir directement celle du laryngoscope. Il n'en est pas de même des personnes qui sont autour de lui ; elles peuvent regarder à travers le centre non étamé du réflecteur et reconnaître l'image laryngoscopique. En se plaçant ensuite à côté ou derrière l'observateur, elles pourront encore regarder dans son miroir et distinguer l'image qu'il aperçoit lui-même.

M. Czermak, en indiquant dans une figure la marche des rayons lumineux relatifs à ces deux images, a cherché à justifier son opinion que « les deux observateurs ne voient jamais

(1) Nous prions le lecteur de reprendre au cahier du 15 janvier dernier, le *Mémoire sur la laryngoscopie*, pour bien saisir la suite de cette étude la plus comptète qui ait été publiée en France sur cet important sujet. *Note du R.*

absolument la même image dans le miroir laryngien, parce que leurs axes visuels ne forment pas les mêmes angles avec la surface réfléchissante de ce miroir. »

Cette opinion est inexacte, selon nous. S'il est vrai *optiquement parlant et de fait* que les deux observateurs n'ont pas le même rayon visuel, il est également certain *optiquement parlant et de fait* que les deux images sont identiques. La seule différence entre les deux observateurs vient de ce qu'ils peuvent ne voir qu'une portion plus ou moins grande des parties éclairées ; cela est si vrai, que l'un verra très bien le larynx éclairé et l'autre ne verra rien et réciproquement. Puisque l'éclairage est réel, les deux images doivent exister de toute manière.



Voici d'ailleurs la preuve que les deux images sont parfaitement identiques :

RO, PO sont des rayons envoyés par le réflecteur sur le laryngoscope O. Ces rayons se réfléchissent et vont éclairer la partie postérieure AC de la glotte AB. La personne qui regardera par le centre du réflecteur verra donc l'image A' C'. Cette image, à son tour, envoie des rayons lumineux sur le miroir placé devant les yeux de celui qui s'examine ; ces rayons lumineux A' M et C' M se réfléchissent de leur côté suivant

M D et M H. L'observateur qui regarde dans ce miroir recevra ces rayons réfléchis et verra l'image de A' C' en A'' C''. Or je demande maintenant si l'image A'' C'' n'est pas identique à A' C' et par conséquent à A C? Il est donc certain que les deux images sont identiques optiquement parlant et de fait.

La figure qui sert à expliquer la proposition de M. Czermak est inexacte ou plutôt incomplète. Elle ne donne, d'une manière imparfaite, que les axes visuels des deux observateurs, axes qui aboutissent en définitive à deux points différents de la glotte. Ces deux axes rencontrent le miroir laryngien au même point. Cependant en haut, en bas, à droite et à gauche de ce point, le miroir peut recevoir des rayons lumineux qui en se réfléchissant donneront lieu à des axes visuels différents par leur direction, mais dont quelques-uns seront susceptibles de se rencontrer en un point donné.

D'un autre côté, le miroir intermédiaire placé devant l'observateur reçoit les rayons de l'image laryngoscopique A' C' et non ceux de la glotte A C comme le donne à entendre la gravure de M. Czermak. Ce sont ces rayons, qui réfléchis, se dirigent vers l'observateur, et constituent son axe visuel.

Du reste, il nous est arrivé de faire observer les deux images par plusieurs personnes, et bien souvent elles n'ont constaté aucune dissemblance. Par conséquent, la différence entre les axes visuels d s deux observateurs ne prouve pas qu'ils ne puissent avoir une image laryngienne identique, puisqu'il y a symétrie; mais ils peuvent n'en voir qu'une partie. De plus ils peuvent voir cette portion de l'image dans une direction semblable ou différente, comme on le remarque lorsque sans rien changer à sa disposition on fait tourner horizontalement le miroir qu'on a devant les yeux.

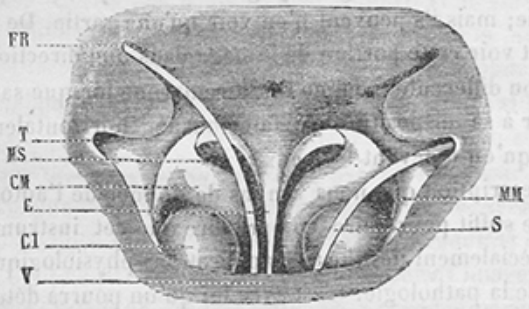
La description que nous venons de donner de l'auto-laryngoscope suffit pour faire comprendre que cet instrument est plus spécialement destiné aux applications physiologiques qu'à celles de la pathologie. C'est avec lui qu'on pourra déterminer certaines fonctions des organes de la voix plus ou moins bien connues jusqu'à présent. Cette destination et les difficultés in-

hérentes à son maniement sont les principales raisons qui nous ont fait rejeter le conseil donné aux commençants de débuter par l'autoralyngoscopie. Ce n'est pas que le réflecteur de l'appareil ne pût, à la rigueur, servir d'études laryngoscopiques des malades; mais la destination qu'il a reçue le rend tellement incommode à ce point de vue, que ce serait se créer des difficultés à plaisir, comme cet ancien qui jetait loin de lui son écuelle, parce qu'il pouvait boire dans sa main.

CHAPITRE V.

DE LA RHINOSCOPIE ET DE LA TRACHÉOSCOPIE.

M. Czermak avait d'abord indiqué que le laryngoscope pouvait être employé pour éclairer la partie supérieure du pharynx et en donner l'image à l'observateur. Plus tard, il a démontré sur lui-même que cet instrument était propre à la laryngoscopie et à la rhinoscopie en même temps. Le procédé d'éclairage du larynx est applicable, en effet, à l'arrière-cavité des fosses nasales. M. le docteur Semeleder a plus particulièrement mis en pratique l'exploration rhinoscopique pour les maladies qui siégent dans cette région. Il nous a permis lui-même de prendre copie de ses dessins remarquables et inédits, concernant l'état normal et l'état pathologique de l'arrière-cavité. Nous en donnons ici quelques-uns. Nous saisissons en même temps cette occasion pour le remercier de son témoignage de confiance à notre égard.



ER, Fossette de Rosenmuller. T, Trompe d'Eustache. MS. Méat supérieur. CM, Cornet moyen MM, Méat moyen. C, Cloison. CI, Cornet inférieur. V, Voile du palais. S, Sonde courbe.

La figure V représente l'image rhinoscopique de la paroi antérieure de l'arrière-cavité (*cavum nasale*) des fosses nasales. On y voit la cloison médiane qui est renflée à son tiers inférieur, comme nous l'avons observé sur nous-même. En haut, immédiatement au-dessous de la voûte des deux orifices, on aperçoit le méat supérieur, puis le cornet moyen, le méat moyen et enfin le cornet inférieur qui apparaît de chaque côté sous la forme d'une tumeur arrondie assez prononcée.

Sur les deux parois latérales de cette arrière-cavité, on distingue une échancrure creusée dans une saillie plus ou moins visible et d'une teinte jaune rougeâtre ; c'est le pavillon ou l'orifice de la trompe d'Eustache. Cet orifice n'a pas une position constante relativement aux parties voisines. Ordinairement il est situé à 2 ou 3 millimètres au-dessus du cornet inférieur ; il descend quelquefois plus bas, et d'autres fois il est placé à 5, 6, 7 millimètres plus haut. Dans la figure VI cette élévation est exagérée par la position presque horizontale sous laquelle on aperçoit l'image dans le rhinoscope.

Au-dessus et en arrière de la trompe d'Eustache, au point de réunion de la paroi latérale, postérieure et supérieure, il existe une dépression qui a reçu le nom de fossette de Rosenmuller. M. le docteur Semelder a fait ajouter au dessin deux sondes ou stylets recourbés qui s'engagent l'un dans le pavillon et l'autre dans la fossette, afin de montrer comment le cathétérisme de la trompe peut induire en erreur celui qui le pratique, et lui faire croire qu'il est dans le conduit pharyngien, tandis qu'il n'y est pas. C'est dans les fossettes de Rosenmuller ou dans son voisinage que viennent s'implanter souvent les polypes de cette région.

De l'arrière-cavité des fosses nasales. — L'arrière-cavité des fosses nasales représente d'une manière imparfaite un prisme rectangulaire oblique dont les faces supérieure et inférieure sont inclinées d'avant en arrière, et de haut en bas. La paroi antérieure dont nous venons de parler à l'instant, est représentée par les deux orifices postérieurs des fosses nasales ; elle est située sur un plan à peu près vertical. La

hauteur varie depuis 12 jusqu'à 25 et même 30 millimètres, et sa largeur est comprise entre 25 et 30 millimètres. Sa paroi postérieure ou pharyngienne peut avoir jusqu'à 30 millimètres en hauteur comme en largeur. Sa paroi inférieure, formée par la face supérieure du voile du palais, est inclinée de haut en bas et d'avant en arrière.

Etroitesse du diamètre antéro-postérieur. — Le diamètre antéro-postérieur du *cavum nasale* n'a que 20 millimètres environ, tandis que celui de la portion buccale ou moyenne du pharynx est de 50 millimètres. Si à cela nous ajoutons l'inclinaison en arrière du voile du palais, nous trouverons que ce diamètre va en diminuant, en descendant vers la luette. De sorte que l'espace qui doit donner accès aux rayons réfléchis par le miroir rhinoscopique est très étroit d'avant en arrière, tandis qu'il a deux et trois fois plus d'étendue transversalement. Il résulte de ces dispositions que le rhinoscope devant être en rapport avec ces dimensions, son miroir aura une forme elliptique et sa tige sera soudée sur l'un des côtés de celui-ci. De là encore la nécessité d'agrandir le diamètre antéro-postérieure, en soulevant en avant et en haut le voile du palais au moyen d'un releveur ou d'une spatule étroite et recourbée légèrement à son extrémité.

Rapport d'inclinaison des parois du cavum nasale.— Lorsqu'on veut procéder à l'exploration rhinoscopique d'une personne, on la fait asseoir en face de soi comme pour la laryngoscopie. Elle a la tête inclinée en arrière et la bouche largement ouverte. Dans cette position, la voûte palatine est inclinée de haut en bas et d'avant en arrière; elle forme avec la surface horizontale de la langue ou le plancher de la cavité buccale un angle d'environ 20 à 30 degrés. — La paroi postérieure ou pharyngienne de l'arrière-cavité se trouve inclinée, à son tour, de la même quantité que la voûte du palais sur le plan horizontal de la surface de la langue; de sorte que l'angle formé par cette paroi et ce plan est d'environ 120°. — La paroi supérieure ou crânienne, étant déjà inclinée d'avant en arrière et de haut en bas lorsque la bouche est fermée et

horizontale, est, de son côté, bien plus inclinée encore dans le cas présent; elle tend, par conséquent, à se rapprocher de la direction verticale; aussi n'en est-elle que plus difficile à éclairer. — Quant à la paroi antérieure, représentée par les deux orifices postérieurs des fosses nasales, elle prend une inclinaison de 20° à 30° comme la voûte palatine avec laquelle elle forme un angle droit ou de 97 environ. Enfin la paroi inférieure ou le voile du palais, déjà très incliné naturellement, s'est redressée et a pris une inclinaison plus favorable à l'éclairage.

D'après ce qui précède, l'angle d'ouverture du rhinoscope devrait varier suivant la paroi que l'on désirerait éclairer. Or, l'orifice postérieur des fosses nasales et la paroi supérieure de l'arrière-cavité sont sans contredit avec les parois latérales, les parties les plus importantes au point de vue pathologique. L'angle d'ouverture du rhinoscope doit donc permettre leur éclairage avant tout. Puisque la paroi antérieure est inclinée de 20° à 30° lorsque la bouche est ouverte, l'angle de 110° représente à peu près la limite de l'angle que les rayons incidents et les rayons réfléchis, doivent former entr'eux pour éclairer cette paroi. Un angle plus grand sera nécessaire pour éclairer la paroi supérieure. Le sommet de cet angle devant reposer sur la surface réfléchissante du miroir, on voit que nos laryngoscopes dont l'angle d'ouverture est de 120° ne sauraient permettre cet éclairage; c'est pour cela que nos rhinoscopes elliptiques ont un angle de 150° à 160° d'ouverture. Cet angle est celui que l'expérience nous a démontré le plus convenable pour l'exploration de l'arrière-cavité des fosses nasales.

Le procédé d'éclairage de cette région étant le même que celui du larynx, nous n'avons point à le décrire de nouveau. Nous ferons observer toutefois, que la tige de l'instrument est ici placée en bas, sur la langue; la main de l'observateur qui tient le miroir étant au-devant de la bouche et pouvant intercepter la marche des rayons lumineux ; ceux-ci doivent pénétrer dans la bouche obliquement plutôt que parallèlement à la tige.

Ce qui gêne le plus l'observateur qui procède à cet éclairage, c'est la luette. Cet appendice se place au-devant du miroir et empêche de voir l'image. Le relevé de la luette, dont nous avons parlé plus haut, ne permet de la soulever avec le voile du palais que lorsque la personne s'est habituée à son contact. Ceci ne manque pas d'offrir des difficultés graves dont on ne triomphe que peu à peu.

Pour faciliter l'éclairage du *cavum nasale*, M. Czermak se sert d'un instrument en forme de tube que nous ne connaissons que par la description qu'il en a donnée dans sa brochure. N'ayant pas eu cet instrument entre nos mains, nous ne pouvons que le mentionner ici. Jusqu'à présent nous n'en avons pas reconnu la nécessité. Nous n'avons pas besoin d'ajouter que pour faire des études rhinoscopiques sur soi-même, on fait usage de l'autolaryngoscope de la même manière que pour la laryngoscopie.

De la trachéoscopie. — Nous n'avons que peu de chose à dire sur l'éclairage de la partie inférieure ou sous-glottique du larynx et de la trachée.

M. le docteur Neudœrfer est celui qui a cherché le premier à appliquer à la trachée le procédé d'éclairage du larynx. Il a fait construire une canule dans ce but, et il a fait ses épreuves sur le cadavre. M. Czermak a employé ce moyen sur deux malades opérés de la laryngotomie. Voici comment il s'y est pris.

Au lieu de la canule ordinaire, M. Czermak s'est servi d'une canule dont la paroi supérieure est largement fenêtrée et permet, lorsqu'elle est placée dans la trachée, l'éclairage de la partie sous-glottique du larynx. Le malade respirait avec cette canule sans trop de gêne. M. Czermak a pris ensuite un petit miroir métallique (celui que nous avons a de huit à neuf millimètres de diamètre, et il est soudé à une tige courte et brisée); il l'a fait chauffer et il l'a introduit dans la canule de manière à le faire engager, en partie, dans sa fenêtre. La surface réfléchissante était tournée en haut dans une inclinaison convenable. En concentrant à l'aide d'un réflecteur concave la lu-

mière d'une lampe sur le miroir, il a obtenu l'image de la surface malade et a pu se rendre compte de la nature de la maladie et du siége qu'elle occupait.

Le petit miroir, lorsqu'il est placé dans la canule, gêne sensiblement la respiration, mais pas assez pour empêcher l'exploration trachéale. De plus, comme ses dimensions sont exiguës, il se refroidit très vite; de sorte qu'il faut le réchauffer fréquemment. Pour éviter cet inconvénient, et par suite celui de la condensation de la vapeur de l'air expiré, M. Czermak recouvre le miroir d'une couche très mince d'une solution de gomme, qui maintient, dit-il, la netteté de l'image pendant un temps suffisant.

N'ayant pas eu occasion de faire usage de ce procédé, nous nous contenterons de ce court aperçu sur ce sujet.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

Journaux Anglais.

De l'appréciation du sucre dans l'urine des diabétiques par la diminution de la densité du liquide par suite de la fermentation. — De tous côtés, on s'est ingénié à trouver les moyens de reconnaître la présence du glycose dans l'urine diabétique; aussi sont-ils nombreux, depuis les plus compliqués par des procédés chimiques jusqu'au plus simple, la *caramélisation* par la chaleur, en vaporisant quelques gouttes d'urine sur une lame d'argent. Mais trouver la proportion est un problème un peu plus difficile; et après avoir constaté sa présence, rien n'est plus important que de connaître la *quantité* respective du glycose dans chaque analyse d'urine diabétique.

Le Dr William Roberts, dans le *Brit. Med. Journal*, a proposé un procédé qui remplit parfaitement ce but. Voici en quoi il consiste : En faisant fermenter l'urine diabétique au moyen de la levure de bière, la pesanteur spécifique de l'urine tombe de 1,030 1,050 qu'elle était à 1,009, 1,002 et même au dessous de 1,000. Ce résultat est dû principale-

ment à la destruction du sucre que l'urine contenait, mais en partie aussi à la production de l'alcool et à sa présence dans le produit fermenté. Comme la diminution de densité doit être proportionnée à la quantité de sucre détruit par le ferment, il est évident que l'on peut calculer la quantité de sucre qu'elle contenait en évaluant cette diminution de densité, pourvu toutefois que la quantité des autres matériaux qu'elle contenait ne varie pas.

Pour s'assurer de la relation qui existe, en effet, entre la diminution de densité de l'urine par la fermentation, et la quantité de glycose, on a institué les expériences suivantes sur l'urine de malades diabétiques : 1° on prit la densité de l'urine ; 2° on s'assura de la quantité de sucre qu'elle contenait pour 100 par la solution du Fechling ; 3° on en plaça 100 ou 120 grammes dans une bouteille de 300 grammes environ avec 3 ou 4 grammes de ferment ou levure de bière allemande, on mit de côté à fermenter cette bouteille légèrement couverte ; 4° au bout de vingt-quatre heures, la fermentation était terminée ; on prit alors de nouveau la densité, et la diminution fut calculée.

La pesanteur spécifique, qui était de 1,038,60, descendit, après la fermentation; à 1,005,92 ; la diminution était donc de 32 68. Le rapport entre la densité perdue et la quantité pour 100 du sucre était donc dans cette opération comme 32,68 à 7 69, ou comme 1 à 0,25. — La certitude de ce procédé a été confirmée en opérant sur une urine diabétique diluée avec des volumes d'eau connus ou avec de l'urine non sucrée, et sur des solutions de morceaux de sucre dans de l'eau ou de l'urine saine. — Ce procédé nous paraît facile à appliquer. L'auteur établit la proportion suivante : *chaque degré de densité perdue indique 5 centigrammes de sucre par 30 grammes d'urine.* C.

(*Dublin medical press.* 5 décembre 1860).

De la vaccination comme moyen curatif des accidents syphilitiques.

Il y aura bientôt deux ans qu'un jeune savant russe, M. Justin Lukomski, vint en France et fit part au corps médical de Paris de l'idée thérapeutique nouvelle, de traiter la syphilis par l'inoculation plus ou moins répétée du virus vaccin.

Les journaux de médecine s'empressèrent de notifier cette idée comme une découverte, et l'auteur obtint que des expériences pratiques en fussent instituées à l'hôpital de Lourcine et soumises à l'examen d'une commission prise dans le sein de la société de chirurgie.

De ces expériences et du jugement de la commission il résulta que la découverte de M. Lukomski ne méritait pas de prendre place dans la thérapeutique.

La médecine parisienne n'est pas heureuse dans ses jugements non plus que dans ses examens lorsqu'il s'agit d'inoculations virulentes en vue de la cure antisyphilitique.

La syphilisation est adoptée dans toutes les facultés de médecine de l'Europe; elle a sa représentation dans ce que la science et la pratique ont de plus honoré dans les cliniques étrangères, et M. Auzias-Turenne, son inventeur, attend qu'on veuille bien revenir à son endroit des préventions que sa découverte lui a suscitées au milieu de ses confrères et compatriotes de Paris.

Il arrive quelque chose d'analogue à M. Lukomski, de Saint-Pétersbourg pour avoir eu l'idée de porter sa méthode nouvelle à notre connaissance et à nos appréciations. Du temps qu'il suit les expériences d'où l'on tirera sa condamnation sans appel à la société de chirurgie, la clinique de l'université impériale de Moscou par les soins des docteurs Basile Ieltsinesky et sous la haute responsabilité du professeur Alexandre Popov, qui ignorent sans doute ce qui se fait à Paris, se met à l'œuvre d'expérience, et après huit mois d'observation variée produit un ouvrage en langue russe intitulé : *Cure radicale de la syphilis par la vaccination, fondée sur des principes physiologiques et confirmé par l'épreuve clinique*. Cet ouvrage est de M. Basile Ieltsinesky, l'auteur même des observations.

Laissons parler l'auteur, il va nous faire lui-même l'historique de son entreprise relativement à la vaccination antisyphilitique.

« Ne trouvant dans les observations de Bamberger rien de contradictoire à l'opinion de Lukomski, » dit M. Ieltsinesky dans son avant-propos « je cherchais, de mon côté, l'occasion de vérifier les observations intéressantes de ce dernier, — et dans deux cas de ma pratique en ville, je me permis d'employer le traitement de la maladie syphilitique par la vaccination. Enhardi par le succès de ces deux cas, j'acceptai volontiers la proposition de M. le professeur Popov de faire de pareilles expériences, du consentement des malades, à la Clinique de l'Université de Moscou. Depuis le mois de juillet de l'année passée jusqu'à présent, ces expériences furent le sujet de nos travaux cliniques, sous la protection immédiate de M. le professeur A. P. Popov. Les succès de mes premiers essais de traitement de la maladie syphilitique par la vaccination furent bientôt connus de beaucoup de médecins de Moscou. La haute importance du succès sous le rapport scientifique, et par rapport à l'humanité en général, amenait les praticiens à notre Clinique pour voir personnellement les expériences qui y étaient faites; entraînés par l'évidence de l'action curative de la vaccination sur la maladie syphilitique, nos savants visiteurs me témoignèrent maintes fois leur désir impatient de voir mes expériences publiées. »

M. Ieltsinesky commence par ces mots: Un syphilitique vacciné présente à l'attention du médecin le tableau au plus haut degré instructif de deux maladies marchant en même temps, sous l'influence mutuelle de l'une sur l'autre, dans le même organisme. Les particularités des phénomènes de chacune de ces maladies, particularités que ne présente pas leur cours habituel, soulèvent dans l'esprit de l'observateur des questions scientifiques dont il chercherait en vain la solution dans les livres, et ce n'est que des observations ultérieures sur le même organisme qui peuvent lui donner des réponses à ces questions. Mais avant de décrire les phénomènes présentés par un syphilitique vacciné, je crois nécessaire de dire quelques mots sur la vaccination e le-même. »

Ici M. Ieltsinesky fait connaître la source où l'on se procurait le vaccin dont on se servait pour les expériences, sa qualité, le mode opératoire suivi pour pratiquer la vaccination, il expose quelques considérations sur les parties du corps qui lui paraissent le plus convenables pour pratiquer les piqûres, sur la distance, le nombre des piqûres, suivant l'âge et le tempérament du sujet, le temps à laisser écouler entre chaque vaccination successive, qui peut varier beaucoup suivant l'évolution des pustules vaccinales.

Ensuite M. Ieltsinesky décrit les anomalies que présente le cours des phénomènes vaccinaux chez les syphilitiques. Dans la grande majorité des cas, la pustule vaccinale atteint la grandeur d'un pois, mais elle contient une matière purulente et ne présente pas la dépression centrale caractéristique des pustules vaccinales ordinaires. Quelquefois la pustule vaccinale atteint des dimensions beaucoup plus grandes, devient une véritable ampoule, et tend à s'ulcérer. Les ulcères ainsi formés s'étendent quelquefois beaucoup, et en largeur, et en profondeur. Ils présentent les caractères des ulcères syphilitiques. La formation de ces ulcères a été observée pour la plupart chez des malades qui présentaient des formes de syphilis fournissant peu de pus, comme par exemple des ulcères primitifs qui sécrétaient peu de pus ou n'en sécrétaient pas du tout, des éruptions sèches et des excroissances condylomateuses sèches. Dans un grand nombre de cas, qu'on ne peut nullement considérer comme exceptionnels, la pustule vaccinale, dans sa période de dessication, présente une parfaite ressemblance au rupia syphilitique. Cette ressemblance est si frappante, que des médecins très experts dans le diagnostic des syphilides ont été induits en erreur. Les pustules vaccinales, soit qu'elles eussent été recouvertes de croûtes, soit qu'elles eussent été ulcérées, ne laissent pas de cicatrices comme les pustules vaccinales ordinaires; elles ne laissent que des taches cuivrées. Quelque profond qu'eût été l'ulcère, il est complétement comblé par la formation rapide des bourgeons charnus. Bientôt après la

vaccination il survient un état fébrile, dont l'intensité est proportionnée, toutes choses égales d'ailleurs, à la dose du vaccin introduit dans l'économie, et qui présente certaines particularités suivant le tempérament du malade. Chez les sujets qui ont déjà subi un traitement mercuriel cet état fébrile est compliqué de douleurs ostéocopes qui sont d'autant plus fortes que le sujet a ingéré plusde mercure et que le traitement mercuriel est récent. Dans quelques cas exceptionnels la vaccination peut provoquer des hémorrhagies. Dans neuf cas on avait observé une épistaxis, soit pendant la durée de l'état fébrile, soit quelques heures après le paroxysme; cette épistaxis se renouvelait lorsque les malades étaient de nouveau revaccinés. Dans un cas une première vaccination avait provoqué une légère hémoptysie, qui augmenta grandement sous l'influence d'une seconde vaccination; et ce n'est que par l'emploi de l'ergotine qu'on parvint à l'arrêter. Une femme, âgée de 21 ans, perdit beaucoup de sang par suite d'une métrorrhagie provoquée par la fièvre vaccinale neuf jours après ses règles et qui dura vingt jours. Cette métrorrhagie cèda aussi à l'emploi de l'ergotine. Une nouvelle vaccination, pratiquée seize jours après la cessation de la métrorrhagie, la fit revenir de nouveau, mais moins forte. Dans deux cas, où les malades syphilitiques étaient atteints de coqueluche, ce dernier mal empirait tellement sous l'influence de chaque vaccination, qu'on fut obligé d'y renoncer, ainsi que dans les cas cités d'hémoptysie et de métrorrhagie. Tout ceci engage à être modéré dans le nombre des piqûres, surtout pour la première vaccination, et à prendre en considération le tempérament, les particularités de la constitution du malade.

M. Ieltsinesky passe ensuite aux anomalies que présente le cours des phénomènes syphilitiques sous l'influence de la vaccine. Pour cela il donne quatorze observations cliniques non pas au choix, mais dans l'ordre chronologique.

Nous pouvons dire en résumé que ces quatorze cas présentent la variété des symptômes les plus caractéristiques de

la maladie qui nous occupe à tous les degrés. Chaque accident y a son représentant et tous ces phénomènes de l'affection sont réduits plus ou moins vite par la vaccination seule et sans l'emploi, ajoute l'auteur, d'aucun autre traitement, en évitant même avec soin ce qui peut avoir été employé contre la syphilis.

Je ne parle, dit M. Ieltsinesky, que de ces quatorze observations, mais j'en ai de la Clinique plus de soixante, et quarante de ma clientèle en ville. Si j'ai une remarque à faire sur ce nombre c'est que l'influence curative du vaccin est plus clairement démontrée dans les cas qui présentaient les formes les plus rebelles de l'affection.

Voici enfin quelques unes des considérations générales que l'expérience a provoquées dans l'esprit de l'auteur.

Il s'agit d'abord de l'influence de la vaccine sur les symptômes primitifs. La vaccination, provoquant une réaction générale dans l'organisme, augmente l'inflammation, la sécrétion du pus, les douleurs du chancre, la réaction générale s'apaisant, les phénomènes locaux s'apaisent aussi; puis les symptômes s'apaisent et la plaie se cicatrise. Si la cicatrisation ne s'opère pas après la première vaccination, la deuxième vaccination, produisant une nouvelle réaction générale, produit de nouveau les mêmes phénomènes locaux que la première, mais moins forts, et ainsi de suite pour chaque nouvelle vaccination, jusqu'à la cicatrisation complète du chancre.

Il suffit, ordinairement, de deux vaccinations successives pour la cicatrisation d'un chancre mou. La cicatrice peut être, ou tout à fait unie, sans la moindre induration, de sorte qu'il faut un œil bien expérimenté pour la reconnaître, ou déprimée et légèrement indurée, ou, enfin, plus ou moins élevée, proéminente, et présentant une induration considérable. Dans le premier cas le malade peut être considéré comme guéri; on aura beau le revacciner, la cicatrice ne présentera pas la moindre modification. Les cicatrices indurées, déprimées ou élevées, se transforment sous l'influence la de vacci -

nations ultérieures en cicatrices unies, non indurées, soit en s'ulcérant de nouveau, soit sans passer par cette phase. Les mêmes phénomènes s'observent constamment dans les cicatrices restées après un traitement mercuriel, si l'on soumet les malades, porteurs de ces cicatrices, à des vaccinations successives. Si la transformation de la cicatrice élevée ou déprimée en cicatrice unie s'opère lentement, il faut s'attendre à l'apparition de quelques symptômes secondaires.

La vaccination a aussi la même influence sur le bubon. S'il s'est développé avant l'apparition de symptômes secondaires, la vaccination hâte et active sa suppuration, et, après son ouverture, sa cicatrisation s'effectue de la même manière que pour le chancre. S'il s'est développé après l'apparition des accidents secondaires, sa suppuration marche lentement et faiblement ; à l'ouverture il donne peu de pus, se cicatrise vite, et une nouvelle vaccination peut provoquer de nouveau la suppuration, non plus dans la cicatrice, mais dans les ganglions. Sur ces onze cas, dans sept, l'uréthrite s'est dissipée sous l'influence de la vaccination avant la cicatrisation des chancres et la disparition des syphilides; et, si c'était une uréthrite chronique, elle passait d'abord à l'état aigu et ensuite elle se dissipait complètement.

Quant aux accidents secondaires, les ulcères présentent les mêmes phénomènes que les ulcères primitifs; les syphilides présentent certaines particularités, et dans leur apparition, et dans leur marche, et dans leur terminaison. Quelques-unes, comme par exemple la roséole, apparaissent avec leurs caractères ordinaires; d'autres présentent à leur apparition une forme étrange d'une éruption qui ne peut être rapportée à aucune espèce d'éruptions syphilitiques. Ainsi, on a observé, par exemple, l'apparition simultanée sur les épaules, le dos, la poitrine et le visage d'une éruption papuleuse qui, dans les premiers jours, ressemblait beaucoup à une varicelle, et ce n'est que la marche ultérieure de cette éruption qui permit de lui donner le nom de papuleuse. Toutes les espèces de syphilides, sous l'influence de la vaccina-

tion, marchent plus vite, et paraissent passer de leur état passif, chronique, à l'état aigu. Dans les syphilides sèches — la desquamation s'opère promptement, dans les syphilides qui tendent à suppurer — la formation du pus et des croûtes est non moins prompte. On a eu quelques cas de rupia dans lesquels les croûtes tombaient avec une rapidité étonnante. A leur terminaison les syphilides ne ressemblent plus à elles-mêmes. La syphilide tuberculeuse perforant laisse, au lieu de cicatrice difforme, des cicatrices régulières, unies. Les autres syphilides ne laissent non plus de traces après leur disparition.

Les accidents tertiaires ne restent non plus rebelles à l'action de la vaccine. On se rappelle, sans doute, que le sujet de la première observation présentait une carie de la voûte palatine qui guérit par la seule vaccination. On a observé également la guérison de six cas de douleurs ostéocopes nocturnes; mais dans trois de ces cas les douleurs nocturnes dans les os longs des extrémités étaient si fortes, qu'on ne se crut pas le droit de rester, par pure curiosité scientifique, témoin impassible des souffrances des malades, et qu'on employa à l'extérieur des vésicatoires, et à l'intérieur de l'acétate de strychnine en solution alcoolique (6 centigrammes pour 15 grammes d'alcool), 10 gouttes dans le courant de la nuit.

D'après M. Ieltsineski, la vaccination peut servir de réactif pour déceler une syphilis latente, de manière que ceux qui avaient eu la maladie syphilitique, dont ils avaient été guéris, soit par le mercure, soit par tout autre moyen, pour s'assurer s'ils sont guéris radicalement, s'ils sont complétement délivrés de la syphilis, doivent se faire vacciner. M. Ieltsineski rapporte plusieurs cas dans lesquels la vaccination rendait manifeste une syphilis latente, et la guérissait ensuite.

M. Ieltsineski explique la guérison de la syphilis au moyen de la vaccination par la réaction générale que provoque l'introduction du virus vaccin dans l'organisme. Il considère les

manifestations syphilitiques comme des effets de l'effort éliminateur de l'organisme, effort qui est stimulé par chaque nouvelle vaccination provoquant une réaction générale, de sorte que l'élimination des deux virus a lieu en même temps. En continuant les vaccinations, on arrive enfin à un moment où le virus syphilitique est déjà totalement éliminé, et où il ne se produit plus que la réaction vaccinale. On voit, d'après cette explication, que M. Ieltsineski est vitaliste, ce dont nous le félicitons.

Nous doutons fort que la connaissance de ces faits provoque le retour de l'opinion que la Société de chirurgie de Paris a manifestée contre cette méthode. Mais, selon nous, si l'étranger la devance en adoptant ce qu'elle a refusé d'admettre, l'histoire tiendra compte de sa conduite, et l'enregistrera au préjudice de sa renommée future.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Rapport sur les épidémies et les eaux minérales. — Diète respiratoire. — Congestion cérébrale; M. Baillarger; M. Bouillaud; M. Beau; M. Girard de Cailleux. — Opération césarienne. — Amas bronchiques de poussière de cuivre.

SEANCE DU 29 JANVIER. — Présidence de M. ROBINET.

Correspondance officielle.

M. le ministre transmet à l'Académie les rapports des épidémies qui ont régné dans les départements de la Creuse et de la Vienne pendant l'année 1860. (Commission des épidémies).

Correspondance manuscrite.

MM. Claude Bernard et Verneuil prient l'Académie de les inscrire sur la liste des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie et physiologie.

— La correspondance comprend ensuite : Des notes relatives à la question débattue devant l'Académie, par M. Moreau (de Tours), Marcé, Padioleau (de Nantes) et Maigrot (renvoyé à M. Trousseau).

DIÈTE RESPIRATOIRE. — M. Jeannel, professeur de chimie à

l'Ecole de médecine de Bordeaux, écrit sur le fait de la non-combustion lente du phosphore dans l'air goudronné présenté par M. Sales-Girons, et contesté par M. Guibourt, une lettre dont nous prenons le résumé :

« Si on suspend un fragment de phosphore un peu au-dessous des bords d'un flacon à large ouverture et au fond duquel on a étendu quelques grammes de goudron, ce phosphore cesse d'émettre des vapeurs blanches d'acide phosphatique et d'être lumineux dans l'obscurité et à la température ordinaire.

« La cessation de ces deux phénomènes de combustion (phosphorescence et vapeurs blanches) est bien due à l'absence complète de combinaison entre l'oxygène de l'air et le phosphore; car on peut conserver un fragment de phosphore pendant huit jours dans une éprouvette graduée remplie d'air goudronné et renversée sur l'eau, sans qu'il se produise aucune diminution dans le volume de cet air.

« Loin de moi l'intention d'intervenir dans la discussion à laquelle pourrait donner lieu la théorie de la diète respiratoire; mais je crois incontestable le fait fondamental avancé par M. Sales-Girons, et j'ai voulu le confirmer par mon témoignage. »

Cette lettre est renvoyée à M. Guibourt.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur les congestions cérébrales apoplectiformes. La parole est à M. Baillarger. (Voir page 138 de ce cahier).

M. Bouillaud : Je voudrais, messieurs, que la communication que vient de vous faire M. Baillarger eût éclairé assez le sujet pour que je pusse me dispenser de prendre la parole. Je demanderai à M. Malgaigne, par exemple, s'il se trouve suffisamment édifié; si oui, je renoncerai volontiers à la parole.

—M. Malgaigne. Je prie M. Bouillaud de parler; je recevrai avec plaisir le supplément de lumière que, d'ailleurs, l'Académie attend comme moi.

—M. Bouillaud. M. Trousseau, quand il saisit d'un sujet l'Académie, divise plutôt qu'il ne concilie. C'est peut-être un pri-

vilége de soulever ainsi des émotions au sein de cette compagnie. Mais cela me force à examiner quelle est la philosophie de M. Trousseau.

Moins la science dont on s'occupe est exacte, plus il semble qu'on doive ne jamais s'écarter d'une méthode sévère, et c'est surtout au médecin qu'il importe d'observer les lois de la logique générale. S'il y avait, parmi nous, une section de philosophie, je crois que M. Trousseau serait souvent, par elle, rappellé à l'ordre. Voyons si, dans le cas actuel, M. Trousseau s'est montré fidèle à ces principes sans lesquels toute science devient impossible.

Il avait à nous parler de la congestion cérébrale dans ses rapports avec l'apoplexie d'une part, et avec l'épilepsie de l'autre, la plus terrible des maladies après la rage. Le sujet était grave ; il fallait, avant toutes choses, définir d'une manière étroite et précise les termes employés. M. Trousseau l'a-t-il fait ? a-t-il défini même les nouveaux dont il a cru devoir se servir : l'étonnement cérébral, l'impatience du cerveau ?

— M. Trousseau. J'y ai renoncé !

— M. Bouillaud. Je le sais, mais je suis obligé d'y revenir; quelle était, disais-je, la règle à suivre ? Il fa lait recueillir patiemment un grand nombre d'observations, les classer, les ordonner, distinguer avec soin les diverses catégories formées par elles, et alors seulement il eût été permis de conclure.

M. Trousseau, je le sais, n'est pas partisan de la méthode numérique, cela lui parait grossier et indigne d'un esprit supérieur. Mais pour la bien appliquer, cette méthode, si mal appréciée, il ne suffit pas d'être comptable, car la grande question est de ne compter que des observations scrupuleusement pesées. Elle ne date pas d'hier, au surplus, et, malgré tout le mérite qu'a eu un de nos plus respectés collègues de la remettre en vigueur, on peut se convaincre, en lisant le livre des *Epidémies*, qu'elle était déjà appliquée du temps d'Hippocrate.

M. Trousseau, il faut bien que je le lui dise, au tort de ne pas rendre à la méthode numérique la justice qui lui est dué, joint le

tort d'aimer à marcher dans les ténèbres, au contraire d'Ajax, « qui aimait combattre à la clarté des cieux, » et de Gaubius, qui avait dit excellemment : *Melius est sistere gradum quam progredi per tenebras*. Mais je rentre directement dans notre sujet. M. Trousseau nous a fait la description d'un homme qui tombe tout à coup, comme foudroyé, et qui voit tous ces symptômes si alarmants se dissiper au bout d'un temps plus ou moins long, quelques heures à peine; c'est, dit-on, de l'apoplexie, ou du moins, on peut s'y tromper, et c'est la première idée qui viendra à l'esprit du spectateur de cette scène. Je le conteste formellement. J'ai vu peut-être 200 ou 300 cas d'apoplexie dans lesquels les choses ne se sont pas passées ainsi: quelques vertiges, un peu d'embarras de la parole, de l'incertitude dans les mouvements ; c'est là tout. Le malade rentre souvent seul et sans aide chez lui ; il est plus ou moins inquiet; on n'observe rien autre au début. Dans tout cela, il n'y a rien absolument qui ressemble au tableau qu'a tracé M. Trousseau.

Pourquoi donc avoir dit : Apoplexie ? Pourquoi congestion apoplectiforme, puisque les symptômes fréquents de l'apoplexie ne sont pas ceux qu'on a décrits comme appartenant à l'accident dont il est question? Eh ! il fallait s'en tenir simplement à ce que l'on voyait et dire qu'il y avait perte de sentiment.

A côté de ce premier tableau, notre collègue en a présenté un second dans lequel les symptômes sont moins prononcés, et il nous a dit qu'il s'agissait alors d'une congestion légère. J'ai demandé la définition de la congestion ; M. Trousseau l'a donnée avec la complaisance dont je me plais à le remercier, et c'est de cette définition que M. Malgaigne ne s'est pas montré complétement satisfait.

Dans cette définition de la congestion, M. Trousseau ne nous a pas parlé de congestion, mais bien de véritables hémorrhagies ; car les petites ecchymoses qu'il a fait ici intervenir hypothétiquement sont bien de véritables hémorrhagies.

Il en résulte que je suis désorienté, je ne sais plus ce qu'est

la congestion, et, avant cette discussion, je croyais savoir ce que c'était. Je distinguais, avec tout le monde, les congestions en actives et passives. Les premières, déterminées comme chez les poètes au moment de l'inspiration, par exemple, par l'activité plus grande de l'organe lui-même, analogues, qu'on me passe la comparaison, à une véritable érection : nul organe ne se gonfle de sang aussi facilement que le cerveau, et les chirurgiens le savent bien, eux qui enlèvent quelquefois des portions de cet organe, qui leur paraissent énormes et qui se réduisent à fort peu de chose, quand elles ne sont plus distendues par le sang; les secondes, déterminées par la position déclive, par la constriction d'un lien autour du cou, par le mécanisme de l'effort (occlusion de la glotte) si bien étudié par notre collègue M. Bourdon.

Si la congestion n'est pas cela, qu'est-elle? En quoi la congestion apoplectiforme diffère-t-elle de l'autre?

Si M. Trousseau avait raison, s'il ne fallait plus voir nulle part la congestion, on verrait partout l'épilepsie, et à mon sens, cette méprise serait bien autrement funeste que celle qu'il prétend détruire.

Je continue : M. Trousseau dit : « Si un homme est frappé d'apoplexie, soit par hémorrhagie, soit par ramollissement, soit par suite d'une embolie, etc. » Mais d'abord, messieurs, apoplexie, depuis Laënnec, d'immortelle mémoire, est synonyme d'hémorrhagie, à ce point qu'il a créé, et qu'on a répété après lui, l'expression d'apoplexie pulmonaire. Ensuite, messieurs, il peut exister une apoplexie, c'est-à-dire une hémorrhagie cérébrale sans plusieurs des symptômes énumérés par M. Trousseau. Cela dépend des parties du centre nerveux dans lequel s'est fait l'épanchement sanguin.

—M. Trousseau. Si M. Bouillaud veut bien me le permettre, je reconnaîtrai dès à présent que j'ai eu tort de me servir du mot apoplexie ; c'est hémiplégie que j'aurais dû dire.

— M. Bouillaud. A la bonne heure ! nous finirons par nous entendre. Je ferai seulement remarquer qu'il n'est pas possi-

ble de confondre les divers symptômes produits soit par l'hémorrhagie, soit par le ramollissement, etc.

Ici, l'honorable orateur entre dans la description de ces symptômes et discute leur valeur différentielle ; il rapporte à l'appui, des observations empruntées à M. Cruveilhier et à M. Lherminier et publiées depuis 1828 ; il termine en regrettant que les aliénistes n'aient pas mis davantage à profit ces travaux pour la localisation des lésions qui produisent les divers genres de folie.

M. Bouillaud, à ce propos, professe qu'il considère, dans beaucoup de cas, la folie comme une névrose, analogue, si l'on veut, à l'épilepsie, et il critique la dénomination de paralysie générale imposée à une nouvelle affection que les travaux des aliénistes contemporains ont, d'ailleurs, si bien fait connaître.

Séance du 5 février 1861.— Présidence de M. Robinet.

La correspondance manuscrite comprend : 1° Des lettres de MM. Béclard, Sappey et Béraud, qui se présentent comme candidats à la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie ;

2° Une observation de congestion cérébrale, recueillie par un médecin sur lui-même, communiquée par M. Aug. Mercier (renvoi à M. Trousseau).

— M. Larrey dépose sur le bureau une notice sur le laryngoscope, par MM. Richard et Garcia.

— M. Depaul présente un travail manuscrit de MM. les docteurs Landry et Samaseuilles, ayant pour titre : De l'état nerveux complexe attribué à tort à la congestion cérébrale. (Renvoyé à M. Trousseau).

— M. Velpeau fait hommage à l'Académie, au nom de l'auteur M. le docteur Laboulbène, de son Traité sur les affections pseudo-membraneuses.

Rapports.

Eaux minérales. — M. O. Henry, au nom de la commission des eaux minérales, lit un rapport sur l'eau de Thieux (Seine et-Marne).

Cette eau appartient à la classe des eaux sulfureuses calcaires froides, et vient prendre rang à côté de celles d'Enghien, de Pierrefonds, etc. La source de Thieux réunissant toutes les conditions convenables d'aménagement et de captage, la commission est d'avis qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter cette source pour l'usage médical. (Adopté).

Opération césarienne. — M. Devergie, au nom de la commission dont il est rapporteur, lit un supplément de rapport sur le travail de M. Félix Hatin, à l'occasion des nouvelles communications que l'Académie a reçues sur ce même sujet depuis la lecture du rapport. Il soumet à l'Académie une nouvelle rédaction des conclusions conçues en ces termes :

1° La législation actuelle suffit à sauvegarder les droits professionnels du médecin et ses devoirs envers la femme enceinte qui vient de décéder.

2° Le médecin qui a l'espoir d'extraire du corps de la femme enceinte décédée un enfant dans des conditions d'aptitude à la vie extra-utérine, peut et doit même, médicalement parlant, pratiquer l'opération césarienne, en observant les principes de la science et les règles de la chirurgie.

Cependant il ne peut pratiquer cette opération qu'après avoir acquis la certitude du décès et s'être entouré des lumières d'un ou de plusieurs confrères, à moins d'impossibilité absolue de réaliser cette dernière condition.

3° Le médecin, dans l'exercice de sa profession libérale, ne relève que de la loi et de sa conscience éclairée par les préceptes de l'art.

Ces conclusions seront discutées après l'impression de ce supplément de rapport.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur les congestions cérébrales apoplectiformes. La parole est à M. Beau.

M. Beau. M. Trousseau a formulé son opinion sur la nature de la congestion cérébrale apoplectiforme en disant que c'est une manifestation du mal épileptique. Cette opinion ainsi exprimée est très exagérée, par conséquent inexacte. D'abord, qu'est ce qu'une congestion cérébrale? Comme l'ont très-bien

dit MM. Tardieu et Durand-Fardel, la congestion sanguine du cerveau est la cause et l'effet d'un grand nombre de maladies cérébrales. La congestion vasculaire, quand elle est excessive ou qu'elle a lieu sur des tissus altérés, conduit à extravasion ou à l'hémorrhagie cérébrale ; elle conduit aussi au ramollissement rouge. Elle est l'effet de plusieurs maladies cérébrales confirmées; on l'observe aussi comme effet de l'attaque épileptique. Enfin on ne peut nier que lorsqu'elle se fait sur certaines parties de l'encéphale et dans des conditions qu'on ne connaît pas encore, elle ne produise même des symptômes épileptiques.

La congestion sanguine est donc dans le cerveau comme dans les autres organes, le point de départ et la cause d'une foule de lésions et de symptômes. Mais si elle fait des maladies graves, elle peut en faire aussi de légères ou de passagères; c'est ce qui arrive quand l'hypérémie sanguine est modérée et renfermée dans certaines limites de temps et d'étendue. Telle est l'espèce d'attaque que l'on appelle congestion cérébrale apoplectiforme.

Cette attaque, qui n'est ni une apoplexie grave, ni une épilepsie, avait été observée et admise par plusieurs auteurs sous d'autres noms. Willis l'appelait *apoplexia habitualis*, et il reconnaissait suffisamment par là que cette affection n'était pas très grave. Sauvage admet avec Willis que les apoplexies graves sont précédées longtemps par des attaques légères, accompagnées de vertiges et de céphalalgie, et il ajoute que ces attaques légères et répétées sont, moins rarement qu'on ne croit, plutôt épileptiques qu'apoplectiques. Mais il y a loin de là à soutenir avec M. Trousseau et à poser en loi que les attaques répétées que l'on rattache à la congestion cérébrale apoplectiforme sont des formes méconnues du petit mal épileptique.

M. Baillarger est venu apporter à cette tribune le contingent de sa riche expérience. Il a ajouté à ses faits propres ceux qui ont été recueillis par ses confrères aliénistes. Cependant je ne me sens pas très convaincu par les faits qu'il nous a exposés,

Le champ de leur observation est trop circonscrit. Il est tout naturel, en effet, que les aliénistes observent un grand nombre de congestions cérébrales liées au mal épileptique. Il en résulte que si l'on voulait éclaircir la question qui nous occupe uniquement avec les faits fournis par la médecine mentale, on aurait une tendance à accepter la loi de M. Trousseau.

Comme on le voit, il faut sortir de ce cercle circonscrit, si l'on veut connaître la vérité tout entière ; car en dehors de cette ligne, on a souvent l'occasion d'observer des faits d'attaques légères d'apoplexie habituelle, comme les appelait Willis, ou des congestions cérébrales apoplectiformes qui n'ont rien d'épileptique.

Ici M. Beau cite quelques faits tirés de son observation personnelle, destinés à démontrer qu'il y a en dehors du mal épileptique des phénomènes que l'on est convenu depuis longtemps de comprendre sous le nom de congestion cérébrale apoplectiforme.

Mais, reprend-il, à quel signes reconnaîtra-t-on que la congestion cérébrale apoplectiforme ne se lie pas à l'épilepise? Il faut, pour cela, entrer dans l'étude des caractères du mal épileptique.

L'épilepsie se révèle par le grand mal ou attaque, et le petit mal ou vertige. Le grand mal est si différent des symptômes de la congestion cérébrale apoplectiforme, que ces deux affections ne peuvent jamais être confondues. Il n'en est pas de même du petit mal ou vertige, dont les formes sont extrêmement variables. On peut lui reconnaître des formes comateuses, convulsives et délirantes. Parmi ces formes nombreuses, le petit mal en présente une qui ressemble aux symptômes de la congestion cérébrale apoplectiforme, c'est-à-dire celle dans laquelle l'individu tombe privé complétement ou incomplétement d'intelligence, d'insensibilité et de mouvement, sans délire ni sans phénomènes convulsifs toniques ou cloniques.

Comment, dès-lors, savoir si l'affection est épileptique, ou si c'est la congestion apoplectiforme, l'apoplexie habituelle de Willis

On devra prononcer que la congestion cérébrale dite apoplectiforme est épileptique, si elle existe chez une personne affectée en sus d'attaques ou de grand mal. On dira également qu'elle est de la même nature, si peu à peu des symptômes épileptiques non douteux finissent par s'ajouter aux phénomènes ordinaires de la congestion apoplectiforme. Mais en dehors de ces manifestations irréfragables du mal épileptique, je ne vois pas qu'on soit fondé à déclarer que la congestion apoplectiforme est épileptique.

La conclusion générale que M. Beau tire de tout ce qui précède, c'est que le nombre des épileptiques étant déjà malheureusement assez considérable, il ne faut pas l'augmenter indûment de tous ceux qui ont une simple congestion cérébrale apoplectiforme.

— M. Durand-Fardel avait l'intention de prononcer un discours que celui de M. Beau rend, dit-il, inutile. Il croit cependant devoir dire que l'usage adopté, et d'après lequel on fait le mot apoplexie synonyme d'hémorrhagie cérébrale, est un usage vicieux et auquel il faudrait renoncer.

—M. *Girard de Cailleux*, parle en sa qualité d'aliéniste, sur la question; le discours de M. Baillarger que nous publions aux *mémoires* dans ce même cahier peut nous dispenser à la rigueur de reproduire celui de M. Girard de Cailleux. M. Falret qui succède à la tribune entre dans plus de détail sur le diagnostiel différentiel.

Lorsqu'un, médecin dit-il, assiste à une congestion apoplectiforme, dont la nature lui paraît douteuse, ou s'il cherche à en établir après coup le diagnostic d'après les renseignements souvent incomplets qui lui sont fournis, ce n'est pas le plus souvent d'après les symptômes mêmes de l'attaque, qu'il peut en affirmer la véritable nature, mais bien plutôt par la connaissance des autres symptômes concomittants, qui ont précédé ou suivi l'attaque, d'après la connaissance des antécédents du malade ; quelquefois même ce n'est que plus tard, après avoir observé plusieurs attaques semblables et la marche de la maladie dans leurs intervalles, qu'il peut arriver à asseoir,

avec certitude, sur cette question délicate, un jugement définitif, qui se trouvera confirmé par la marche ultérieure de la maladie. Ce n'est pas trop de ces éléments de jugement pour décider avec maturité une question aussi difficile et souvent aussi obscure que le diagnostic des affections cérébrales. Les circonstances qui doivent surtout être prises en considération, selon nous, dans cette appréciation, sont les suivantes :

1° L'âge du malade. — On sait en effet que l'épilepsie se produit surtout dans l'enfance ou dans l'âge adulte. On doit dès lors être très circonspect pour admettre la production spontanée de l'épilepsie à un âge plus avancé chez un individu qui n'en a éprouvé jusque-là aucun symptôme. Dans ce cas, jusqu'à preuve du contraire, les présomptions doivent être en faveur d'une maladie cérébrale autre que l'épilepsie ;

2° L'hérédité de cette maladie dans la famille de l'individ qu'on est appelé à observer:

3° La cause occasionnelle qui a donné lieu à la première attaque ou aux attaques subséquentes. On sait, en effet, quel rôle important la frayeur ou les émotions morales très vives jouent dans la production de l'épilepsie ;

4° L'existence antérieure de vertiges épileptiques ou de grandes attaques à forme convulsive, chez le malade chez lequel l'on est appelé à constater l'existence d'une attaque congestive simplement apoplectiforme ;

5° La morsure de la langue, ou l'émission involontaire des urines, ainsi que les petites ecchymoses sur le front ou sur le cou, dont a parlé M. Trousseau, lorsque l'attaque a eu lieu pendant la nuit, alors même qu'on n'a constaté aucun phénomène convulsif ;

6° La production instantanée de l'attaque, sans prodromes très marqués sans symptômes cérébraux antérieurs très prononcés dans l'ordre des fonctions intellectuelles, sensitives ou motrices, plusieurs jours avant l'attaque congestive que l'on est appelé à observer. La même observation s'applique aux phénomènes cérébraux consécutifs à l'attaque, qui peuvent bien, dans l'épilepsie, persister encore pendant quelque temps

après le retour de la connaissance, mais qui disparaissent ordinairement plus rapidement que dans les diverses attaques congestives dépendant d'autres affections du cerveau. En un mot, le caractère le plus essentiel qui peut le mieux servir à distinguer d'une manière générale, les attaques congestives d'origine épileptique, de celles qui dépendent de toute autre affection, c'est d'être plus franchement intermittentes, d'être plus nettement distinctes que les autres de l'état habituel du malade, de survenir sans être précédées de longs prodrômes et de laisser après elle des traces moins durables que les attaques congestives dues à d'autres affections cérébrales, et de permettre le plus souvent, après leur cessation, le retour à peu près complet du malade à son état normal habituel.

Présentation.

M. Bouillaud présente le poumon d'un homme mort dans son service de l'hôpital de la Charité, comme cas rare de ces amas bronchiques de poussières respirées pendant la vie. Voici le fait :

Un homme de quarante ans, fondeur en cuivre, entre le 31 janvier au soir. Couché au n° 27 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, il a les yeux fixes, les lèvres cyanosées, les membres agités, et la gêne de la respiration est extrême ; 48 à 50 respirations. En avant et à droite, matité presque complète, ainsi qu'en arrière dans la fosse sous-épineuse. Bruit respiratoire presque imperceptible, même dans les grandes inspirations. Côté gauche assez sonore. Ce malade reçoit les premiers soins. Dans la nuit il se lève, et on le trouve mort hors de son lit.

Autopsie. — Poumon droit farci par places de concrétions noires et irrégulières qui rompent ou déforment les canaux bronchiques. Le tiers du volume de ce poumon est rempli d'une énorme quantité de poussière de charbon qui a fait corps et se présente sous forme de tubercules épars et mamelonnés. M. Bouillaud s'attache à faire remarquer aux sections qui ont été faites les différences du cas présent et de ceux qu'on attribue à la production mélanique propre aux poumons. Ici le charbon se détache sous le doigt et s'étend. D'ailleurs, les

concrétions sont limitées et présentent au couteau des tranchés compactes et résistantes; c'est donc la poussière que cet ouvrier a respirée dans son atelier.

Cette pièce anatomique est donnée à M. Salas-Girons, qui s'occupe des lésions de ce genre.

— La séance est levée à cinq heures.

FORMULES RECETTES ET PRATIQUES.

Anévrismes poplités. — Psoriasis. — Phlébite utérine. — Tænia. — Dyspnée. — Danger du Thymus. — Taches de sang. — Rhumatisme.

ANÉVRYSMES POPLITÉS VOLUMINEUX. — *Danger de la flexion forcée du genou.* — Les annales de la science renferment actuellement un certain nombre d'observations d'anévrysme poplité d'un petit volume, guéri par la flexion forcée du genou ; voici maintenant deux faits qui témoignent que cette méthode n'est pas applicable au traitement de ces lésions lorsqu'elles ont acquis un certain volume. Le premier fait est cité par M. Moore ; l'anévrysme était considérable, et, sous l'influence de la flexion forcée, la tumeur s'ouvrit dans l'articulation ; heureusement, ce chirurgien parvint à sauver son malade par la ligature de l'artère fémorale.

Le second fait est relatif à un homme de trente ans, traité de la même manière par M. Paget. La tumeur datait de cinq semaines, mais elle était d'un volume assez considérable. Sous l'influence de la flexion forcée du genou, l'anévrysme augmenta rapidement et devint douloureux ; le tissu cellulaire s'infiltra. M. Paget, craignant que l'anévrysme ne fût rompu, se décida à pratiquer la ligature de l'artère fémorale. Les suites immédiates de l'opération furent très favorables. (*Archives de Médecine.*)

PSORIASIS. — MALADIE DES GENS ROBUSTES. — Le professeur Hébra fait remarquer qu'une particularité du psoriasis est de frapper presque exclusivement les gens forts et robustes sans ébranler leur santé ordinaire, malgré la longueur de cette maladie, qui peut durer plusieurs années. Une seule fois le médecin de Vienne a rencontré le psoriasis dans une dyscrasie : c'était chez un phthisique.

Bien plus, si des malades voient leurs forces disparaître dans une longue et sérieuse affection, le psoriasis s'arrête, et ne reprend sa marche que lorsque la convalescence a permis au patient de recouvrer en partie ses forces.

Selon M. Hébra, le psoriasis serait fréquent de vingt à trente ans ; on le rencontrerait moins chez les enfants et les vieillards, et jamai

il n'a pu le constater au-dessous de six ans ou au-dessus de cinquante. Son hérédité dans plusieurs familles est hors de doute.

PHLÉBITE UTÉRINE. — FORMULE. — M. le docteur Sébastien (de Béziers) communique la formule suivante, qu'il prescrit aussitôt après la délivrance, pour prévenir la phlébite utérine et les inflammations dites puerpérales, à la suite des accouchements laborieux :

Eau	150 grammes.
Alcoolature d'arnica	2 —
Nitrate de potasse	50 centigr.
Sirop de gomme	25 grammes.

Mêlez. A prendre une cuillerée à bouche à chaque heure.

C'est à l'emploi de ce moyen que M. Sébastien attribue de n'avoir perdu aucune femme sur 287 qu'il a assistées, tant à la Maternité, dont il est le chirurgien accoucheur, que dans sa pratique particulière.

(*Revue de thérapeutique.*)

FORMULE CONTRE LE TÆNIA. — M. le docteur REIMONENCQ a communiqué à la Société de médecine de Bordeaux la formule empirique suivante, qui a réussi à expulser un tænia rebelle à tous les moyens employés contre lui. Les effets immédiats de cette médication ont été des coliques assez violentes et une purgation énergique, qui semblait avoir été produite par les semences de courges :

Graines de courges (n° 200)	40 grammes.
Huile de ricin ää	30 grammes.
Miel commun	30 grammes.

Mondez les graines, réduisez-les en pâte, et ajoutez l'huile et le miel. A prendre en une seule fois dans une verrée de lait. Deux heures après l'injection de cette préparation, on administre dans une verrée d'eau froide un mélange composé de :

Huile de ricin ää	30 grammes.
Miel commun	30 grammes.

Le malade s'abstiendra de manger et de quitter la chambre jusque après l'expulsion du tænia.

DYSPNÉE. — PILULES DE NOIX VOMIQUE ET D'IPÉCA. — Partant de ce fait que dans la bronchite les muscles de Reissessen, après avoir été surexcités par l'inflammation, se paralysent et deviennent une cause de dyspnée dans un grand nombre de catarrhes chroniques, un médecin irlandais, M. Duncan, a prescrit avec succès des pilules dont la composition est indiquée comme suit :

Extrait de noix vomique	25 centigr.
Poudre d'ipécacuanha	50 —

Mêlez et divisez en dix Pilules à prendre de trois à six par jour.

(*Dublin quarterly Journal.*)

DANGER *résultant de la persistance du thymus chez les enfants.* —

MM. Hemming et Haynl ont vu trois enfants, l'un de deux ans, l'autre de vingt mois, le troisième d'un âge indéterminé, mourir subitement, sans autres symptômes préalables qu'un léger accès de convulsion au dernier moment ; et l'autopsie ne révéla pas de condition morbide, si ce n'est un développement anormal du thymus. Chez l'un des sujets, il pesait 38, chez l'autre 40 grammes.

Ces remarques, confirmatives de celles de Copland et Hood, conduisent l'auteur, M. Breut, a déterminer le mécanisme par lequel le volume persistant du thymus peut causer la mort. Il le trouve dans la compression exercée sur les nerfs voisins, d'où est résulté le spasme de la glotte.

M. Breut estime, en outre, qu'il existe une corrélation entre le volume du thymus et le développement, et, par conséquent, l'excitabilité morbide du système nerveux. Aussi ces enfants, morts subitement, étaient remarquables par leur intelligence précoce. En second lieu, il est digne de remarque qu'on n'a jamais noté l'absence congéniale du thymus que dans les cas d'acéphalie. (*The Lancet*)

TACHES DU SANG, *moyen de les distinguer sur un instrument couvert de rouille* ; par MM. Lesueur et Ch. Robin. — Lorsqu'il s'agit de distinguer une tache de sang d'une tache de rouille, il peut arriver ou que la tache soit extrêmement petite ou que l'une ou l'autre substance soient superposées. Dans les deux cas, les réactions chimiques deviennent impuissantes. C'est dans un cas de ce genre que MM. Robin et Lesueur parvinrent à reconnaître une très petite quantité de sang formant à peine un vernis sur un instrument couvert de rouille. Ils raclèrent, en s'aidant du scalpel et de la loupe, une petite portion de la tache, et la firent tomber dans une goutte de solution de sulfate de soude rendue légèrement alcaline par addition d'un peu de soude caustique, puis ils examinèrent au microscope avec un grossissement de 520 diamètres réels. Au premier abord, la substance parut entièrement homogène ; mais au bout d'une demi-heure, elle s'était notablement gonflée, et, au bout d'une autre demi-heure, elle parut formée de globules que l'on put séparer les uns des autres en faisant jouer l'un sur l'autre les lames de verre. Ces globules furent reconnus pour des globules de sang de mammifère, et, par suite, pouvant provenir de sang humain. (*Rép. de pharmacie.*)

RHUMATISME CÉRÉBRAL. — Application de sangsues derrière les oreilles. — Cette observation, assez simple en apparence, et rapportée par M. Moutard-Martin, avait pour but de démontrer que toutes les métastases rhumatismales vers le cerveau n'étaient pas mortelles, comme avait paru le faire entendre un Mémoire publié par M. Vigla l'année dernière. M. Voillez a rapporté aussi une guérison du même genre dans la même séance. Ces communications ont donné lieu de diviser les cas de rhumatisme cérébral en métastases rhumatismales en quelque sorte foudroyantes, et en délire rhumatismal à longue période, qui donne le temps au médecin d'agiir utilement.

VARIÉTÉS.

La statistique médicale des hôpitaux de Paris a un intérêt scientifique que nous n'avons pas besoin de qualifier ; l'honneur en reviendra au directeur actuel, M. Husson et à M. le docteur Tardieu, qui en a si bien compris l'importance dans le rapport que nous portons ici à la connaissance de nos lecteurs.

« Monsieur le directeur,

« Vous avez arrêté qu'à partir du 1er janvier prochain il serait dressé une statistique médicale des hôpitaux de Paris, destinée « à faire ressortir l'efficacité des soins donnés aux malades dans « les établissements d'assistance publique, aussi bien qu'à fournir « aux hommes laborieux des moyens de comparaison et d'étude ; » et vous avez confié à une commission de médecins et de chirurgiens des hôpitaux l'étude des éléments nécessaires à cette grande entreprise et le soin de poser des bases solides qui permettent à l'administration de la poursuivre et d'en assurer la durée.

« Cette commission, présidée par M. le docteur Grisolle, membre du conseil de surveillance, et qui m'a fait l'honneur de me choisir pour secrétaire et pour rapporteur, a accepté la difficile mission dont vous l'avez chargée, avec le sincère désir et la formelle intention de chercher loyalement les moyens de réaliser une mesure dont la grandeur et l'utilité ne pouvaient échapper à personne, mais en même temps avec un sentiment très vif et un légitime souci de ce que vous nous permettrez d'appeler les franchises du corps médical des hôpitaux, dont il était de son devoir de ménager le temps, les intérêts et les habitudes. Cette double pensée l'a soutenue et inspirée durant les longues séances qu'elle a consacrées à l'élaboration d'un projet qu'elle vous soumet aujourd'hui, avec la ferme confiance d'avoir, autant que cela était possible, concilié une innovation utile avec les nécessités de la pratique nosocomiale, et réalisé, dans les limites d'une exécution simple et facile, un progrès qui doit rester comme un titre d'honneur pour votre administration.

« Il vous appartenait, monsieur le directeur, à vous dont le nom est attaché à des recherches statistiques si ingénieuses et si neuves, d'appliquer à la médecine hospitalière des principes dont vous connaissiez mieux que personne la fécondité.

« Déjà, à diverses époques, et sur quelques point particuliers, l'administration de l'Assistance publique, à Paris, avait compris qu'elle se devait à elle-même de faire connaître les résultats obtenus à l'aide des moyens immenses dont elle dispose, sur ce vaste théâtre, où passent annuellement près de cent mille individus. Les beaux travaux de M. l'inspecteur principal Blondel, sur les deux dernières épidémies cholériques, les comptes moraux administratifs publiés annuellement, montrent quelle riche moisson de faits possède l'administration de l'Assistance publique, et ce qu'elle peut donner à la science médicale, à l'hygiène et à l'économie sociale.

« Vous avez pensé qu'il convenait de généraliser ces tentatives et de dresser, pour l'avenir, une statistique médicale complète de tous les services hospitaliers que comprend votre administration. Avant même que cette mesure reçût un commencement d'application, disons mieux, avant qu'elle eût été mise à l'étude, elle était l'objet d'une haute et unanime approbation ; l'autorité supérieure en attendait avec impatience les premiers résultats, prête à l'étendre à tous les hôpitaux de la France et de l'étranger, qui nous a devancés dans cette voie, vous arrivaient des témoignages de sympathie et des renseignements précieux que la commission s'est appliquée à mettre à profit. Si nous avons tenu à rappeler ce premier effet de votre initiative, c'est moins pour la louer que pour montrer aux médecins et chirurgiens des hôpitaux, comme à tous ceux qui sont appelés à devenir vos collaborateurs dans cette œuvre considérable, quel intérêt, quel avenir, quelle estime attendent une mesure pour laquelle leur concours est indispensable.

« C'est cette nécessité même de l'intervention personnelle active de tous les chefs de service des hôpitaux qui a marqué, dès ses premiers pas, la voie que devait suivre la commission. Il fallait avant tout, et sous peine d'échouer complétement, demander peu pour obtenir quelque chose, et restreindre même l'utile pour s'en tenir au possible. De plus, il ne fallait pas perdre de vue qu'il s'agissait d'une statistique générale dont les éléments devaient être simples et se prêter facilement aux déductions numériques, pour laquelle enfin l'exactitude des données acquises était plus à désirer que la multiplicité de résultats incertains.

« Cependant un autre écueil était à éviter, c'était celui de ne rien faire, et d'arriver, après un grand effort, à un ridicule avor-

tement. La commission, nous l'avons dit déjà, bien convaincue de l'utilité de la tentative, la voulait sérieuse. La statistique ne devait pas rester bornée à des indications purement administratives, en quelque sorte; elle devait être médicale, c'est-à-dire porter la marque de la science, et rendre un jour à la science elle-même ce qu'elle en aurait reçu, en l'aidant à résoudre quelques-uns des problèmes contenus dans ces chiffres scientifiquement recueillis et laborieusement amassés.

« La commission ne s'en est pas tenue à la discussion et à l'adoption de ces principes généraux; elle n'a voulu négliger aucun détail, et s'est préoccupée des moindres difficultés d'exécution que pourrait rencontrer la mise en pratique d'une statistique médicale. Il serait superflu de reproduire ici ses hésitations, ses scrupules dans la recherche du meilleur mode à vous proposer pour recueillir les éléments de la statistique; qu'il suffise de dire qu'elle s'est arrêtée à un bulletin individuel, formant comme le double de la pancarte actuellement usitée pour chaque malade, et qui comprendrait à la fois les indications administratives et les renseignements médicaux. Il a paru à la commission, qui s'est attachée à simplifier la forme aussi bien que le fond, que ce bulletin serait à la fois plus clair et plus facile à remplir et à dépouiller, si un modèle distinct et spécial était approprié à chacune des principales divisions des services hospitaliers. Elle a adopté à cet effet quatre espèces particulières de bulletins : l'une pour les services de médecine, l'autre pour les services de chirurgie, la troisième pour les services d'accouchements, la dernière pour les maladies vénériennes.

« Avant d'indiquer la composition de ces différents bulletins, dont les spécimens sont joints à ce rapport, nous devons faire remarquer qu'ils devront tous contenir certaines indications communes, soit administratives, soit médicales; de plus, soit au verso du bulletin, soit sur une feuille spéciale, soit par tout autre moyen que vous prescrirez, une série de renseignements généraux sera recueillie par les agents spéciaux de l'administration, par les visiteurs, dont l'utile concours complétera très efficacement la statistique hospitalière. On verra, en effet, sortir du rapprochement des renseignements provenant de cette source avec les données médicales tout un ordre d'indications très précieuses qui nous permettront de restreindre le cercle des questions posées aux chefs de services, et qui offriront, en réalité, plus de va leur au point de

la statistique. C'est à vous, monsieur le directeur, qu'il appartient d'assurer cette partie du travail. Nous revenons à celle qui est plus spécialement la nôtre, en vous exposant comment la commission a compris la rédaction de chaque espèce de bulletin.

« Une première partie, commune aux quatre divisions, reproduira à peu près textuellement la pancarte actuelle et devra être remplie au bureau d'admission, au moment de l'entrée de chaque malade et avant d'être remise au chef ou à l'interne du service. Elle comprendra le millésime de l'année, le nom de l'établissement, de la salle, le numéro du lit et le nom du chef de service, les nom et prénoms, l'âge, le sexe et l'état civil du malade, le lieu de naissance, le domicile, la profession, la date de l'entrée, et, pour être ultérieurement indiquées, la date de la sortie ou du décès et la durée du séjour.

« Tous les bulletins contiendront également une mention relative à un point particulier, et, à quelques égards, distincts de la statistique médicale : nous voulons parler de la vaccine. C'est là une question qui, à quelque point de vue qu'on l'examine, est essentiellement du domaine de la statistique, et qui, ne pouvant être résolue que par elle, trouvera dans le chiffre énorme de la population qui traverse chaque année les établissements de l'Assistance publique une garantie et une chance de solution plus exacte et plus facile.

« Tous les bulletins présenteront donc une case où un simple trait indiquera si le malade a été vacciné, revacciné avec ou sans succès, non vacciné ou variolé. Cette mention si utile sera recueillie sans peine et par un rapide examen ; elle est dans beaucoup d'hôpitaux déjà entrée dans les habitudes de la plupart des chefs de service, qui font vacciner tous les malades sur lesquels ils ne constatent pas les traces d'une vaccine régulière.

« A. — Le bulletin destiné aux *services de médecine* énoncera ensuite les renseignements médicaux réduits à quatre points principaux concernant : 1° le diagnostic de la maladie ; 2° le début et l'état au moment de l'entrée ; 3° les complications intercurrentes ; 4° le résultat ou l'état à la sortie. Ce cadre sera complété par quelques sous-divisions qui, loin d'aggraver la tâche, la rendront, au contraire, plus légère, en permettant de répondre par un simple chiffre 1, placé en regard de la mention inscrite sur le bulletin,

de telle sorte que deux minutes suffiront à écrire tout ce que celui-ci devra contenir.

« Nous indiquerons plus loin quelles données fécondes, et plus étendues qu'il ne semblerait d'abord, peuvent fournir ces bulletins, si leur cadre, rétréci à dessein, est exactement rempli.

« B. — Le bulletin destiné aux *services de chirurgie*, dans ce qu'il a de spécial, ajoutera seulement aux indications précédemment énumérées des bulletins de médecine les renseignements relatifs, aux opérations, leur date, leur nature, leur siége précis, la méthode et le procédé opératoires, l'emploi des anesthésiques, les accidents consécutifs à l'opération et les opérations antérieures. Il n'est pas nécessaire, sans doute, de justifier cette addition capitale, si intéressante pour l'histoire de la chirurgie et qui est si particulièrement du ressort de la statistique.

« C. — Le bulletin des *services d'accouchement*, pour la rédaction duquel la commission a été heureuse de s'éclairer des lumières spéciales d'un de ses membres, M. Depaul, devait de toute nécessité s'étendre en détails plus nombreux et plus spéciaux. Mais, hâtons-nous de dire que, de ce côté du moins, le travail de la commission avait reçu par avance la sanction d'une longue expérience. L'hôpital des Cliniques et la Maternité font dès longtemps usage de fiches d'observations plus détaillées et plus compréhensives que le bulletin dont nous proposons l'adoption.

« Celui-ci comprendrait : 1° les antécédents relatifs à la conformation du bassin, aux accouchements précédents, à l'état habituel de la menstruation ; 2° les renseignements sur la grossesse : dernière apparition des règles, accidents compliquant la grossesse ; 3° ceux qui se rapportent au travail : rupture des membranes, présentations et position, terminaison naturelle ou artificielle, durée totale du travail, délivrance simple ou compliquée, accidents pendant le travail ; 4° les suites de couches régulières ou compliquées ; 5° enfin, des renseignements très succincts concernant le nouveau-né, et dont la plupart seraient consignés par les employés de l'administration. Ce bulletin, en raison de l'organisation de la pratique obstétricale dans les hôpitaux, devra s'appliquer, non-seulement aux établissements spéciaux, mais encore aux services d'accouchement des hôpitaux généraux. Si, dans ces derniers, toutes les indications du bulletin ne pourront pas être toujours complétement remplies, il y a néanmoins lieu d'espérer qu'un grand

nombre de renseignements utiles y seront recueillis comme dans les Maternités, et s'ajouteront aux détails que l'on est en droit d'attendre des établissements spéciaux. L'exemple de ce qui se passe à cet égard à l'étranger ne sera pas perdu pour nous.

« D. — La commission n'a pas hésité à préparer un bulletin particulier pour les hôpitaux spécialement consacrés au traitement des *maladies vénériennes*, et dans ce nombre elle a compris une partie de certains services de l'hôpital Saint-Louis. Les questions scientifiques si graves que la statistique médicale est ici en possession de résoudre lui faisaient un devoir de cette distinction, pour laquelle elle s'est appuyée avec confiance sur la haute autorité de son vice-président, M. le docteur Cullerier, l'honorable représentant des chirurgiens des hôpitaux dans le conseil de surveillance. Les différences que présenterait ce bulletin spécial seraient les suivantes : 1° diagnostic comprenant la nature, la forme, le siége de l'affection vénérienne ; 2° date de l'invasion et période de la maladie ; 3° maladies vénériennes antérieures, blennorrhagies, chancres ou autres accidents ; 4° traitements antérieurs ; 5° opérations. Le reste du bulletin serait en tout semblable à celui qui est destiné aux services de médecine.

« Tel est en résumé, monsieur le directeur, le cadre de la statistique médicale que la commission a l'honneur de vous proposer. Elle croirait laisser sa tâche incomplète, si elle ne faisait ressortir le sens des divisions qu'elle a tracées et si elle ne justifiait les limites qu'elle a cru imposer, à l'œuvre qu'il s'agit d'inaugurer. Une comparaison très utile lui était offerte à c et égard par la communication très intéressante que vous lui avez faite des documents adressés à votre administration, avec un si louable empressement, par l'honorable surintendant du Guy's Hospital de Londres, M. J. O. Steele. Avec un bulletin, une simple carte clinique qui contient le nom du malade, la date de l'entrée et celle de la sortie, la nature de la maladie et le résultat, l'institution privée de ce grand établissement hospitalier publie chaque année une statistique qui fournit des renseignements très dignes d'intérêt pour la médecine, l'art chirurgie et la des accouchements. Si, sur un total annuel de quatre à cinq mille malades on peut dresser une statistique intéressante pour la science, que sera celle qui portera sur cent mille individus de tout âge, et qui, à la fois médicale et administrative sans coûter au médecin un notable surcroît d'oc-

cupation, et pour une perte de temps insignifiante, réunira chaque année une masse énorme de matériaux que la science ne peut manquer d'utiliser ?

« En effet, c'est ici le lieu de faire remarquer que le simple rapprochement des données certaines et fixes, telles que celles du sexe, de l'âge, de la saison, des renseignements recueillis par les visiteurs sur les conditions hygiéniques, professionnelles et sociales, et des maladies considérées dans leur nature, leurs complications, leur durée leur terminaison, le rapprochement de ces seuls éléments statistiques est de nature à éclairer l'histoire des causes et de la marche de bien des maladies, la valeur comparative d'un grand nombre d'opérations chirurgicales et les circonstances générales de la grossesse, de l'accouchement et de l'état puerpéral. Les grandes influences étiologiques du sexe, de l'âge, des saisons, l'hygiène professionelle, la pathologie médicale et chirurgicale, la médecine opératoire, l'obstétrique, recevront donc, à n'en pas douter, de la statistique médicale, des lumières inattendues. Un tel résultat, si on le multiplie par le chiffre des malades, et par la suite des années, est bien fait pour exciter l'ardeur de tous ceux qui peuvent concourir à l'obtenir, et, avant tous, des médecins et chirurgiens des hôpitaux, dont le zèle pour l'humanité, l'amour de la science et l'infatigable dévoûment ont placé si haut la renommée et la gloire de l'école médicale des hôpitaux de Paris.

« La commission ne craint pas de s'engager pour tous les savants et honorables collègues qu'elle représente, en promettant en leur nom un concours loyal et actif à l'œuvre que vous voulez entreprendre, monsieur le directeur, et que pas un seul d'entre eux ne voudrait paralyser ou entraver avant que l'expérience ait été sérieusement tentée. Elle sait que vous trouverez, que nous trouverons tous, parmi les élèves distingués qui perpétuent dans l'internat des hôpitaux les traditions que leurs maîtres leur ont léguées; un studieux empressement à nous seconder et à se charger du léger travail qu'exigera la rédaction des bulletins. Nos collègues apprécieront, vous apprécierez vous-même l'entière et absolue liberté que nous proposons de laisser à chaque médecin et chirurgien dans la nomenclature qu'il voudra choisir pour les énonciations nosologiques qui devront être consignées dans les bulletins. La commission a pensé qu'il suffirait plus tard de guider les employés chargés du dépouillement et du récollement gé-

néral, à l'aide d'une synonymie qui pourra être ultérieurement préparée suivant les besoins que l'expérience fera connaître et qui serait aujourd'hui prématurée. La commission n'a pas voulu créer à la statistique médicale cette première difficulté.

« Elle terminera ce long rapport par l'expression d'un vœu que vous accueillerez, monsieur le directeur. Le principal attrait, la principale récompense que vous puissiez offrir au corps médical, en retour de la collaboration que vous attendez de lui, c'est la certitude que la statistique médicale des hôpitaux de Paris servira utilement la science. Rien ne serait plus propre à porter cette conviction dans tous les esprits que d'accorder à tous les chefs de service qui en exprimeraient le désir, un duplicata des bulletins, ou du moins un nombre double de feuilles, qui leur permettraient de se rendre compte eux-mêmes et par un travail personnel des résultats scientifiques fournis par la statistique de leur propre service. La commission ne doute pas que ces facilités nouvelles offertes aux hommes d'études ne soient la meilleure garantie, la preuve immédiate de l'esprit libéral qui vous a inspiré l'utile réforme que vous méditez, et à laquelle la commission dont j'ai l'honneur d'être l'interprète, vous remercie de l'avoir associée. »

NOUVELLES.

— Le discours prononcé par M. Paul Andral à la séance annuelle de l'Association générale des médecins de France résume les principales questions d'intérêt professionnel qui concernent le corps médical.

L'habile avocat n'a pas eu de peine à démontrer combien était dérisoire la rémunération qui nous est accordée pour expertises médico-légales. On sait en effet que d'après les décrets et ordonnances qui régissent la matière, le médecin reçoit par visite et rapport 6 fr. à Paris, 5 fr. dans les villes de 40,000 âmes et au-dessus; 3 fr. dans les autres villes et communes ; on n'ignore pas non plus que pour sa comparution devant le juge d'instruction ou aux débats, il lui est alloué (et à la condition encore qu'il requiert la taxe) pour déclaration, visite ou rapport, 2 fr. à Paris, 1 fr. 50 cent. dans les grandes villes, et 1 fr. dans les petites communes. Puis s'il est obligé de se déplacer pour faire une visite ou une opération, on lui concède 2 fr. 50 cent. pour chaque myriamètre parcouru, ou 1 fr. par myriamètre s'il s'agit de simple comparution devant la justice. M. Tar-

dieu doit faire partie d'une commission qui sera chargée d'étudier la révision de ce tarif. Espérons qu'elle insistera sur la nécessité de modifier la situation faite à l'homme de l'art dans l'instruction des affaires judiciaires et qu'on appréciera un peu plus qu'un simple témoignage la déposition scientifique qui engage parfois à un si haut degré la responsabilité du médecin.

Nous voulons aussi partager la confiance de Me Andral en ce qui touche l'interprétation des mots *dernière maladie*. Un arrêt de la Cour de Toulouse, cité par cet avocat, nous autorise à penser avec lui qu'on entendra par ces mots la maladie soignée en dernier lieu quelle qu'en ait été l'issue et non exclusivement celle dont la mort a été le résultat.

Quel doit être le point de départ de la prescription en matière d'honoraires ? Selon Me Andral la prescription court de la dernière visite faite par le médecin à son client et non de chaque visite considérée isolément.

Parlant du charlatanisme, Me Andral a dit avec la haute autorité de son savoir et de sa position : « On a quelquefois réclamé avec succès contre les charlatans l'application de l'art. 405 du Code pénal, qui édicte contre le délit d'*escroquerie* un emprisonnement de un à cinq ans. Pour constituer le délit d'escroquerie, la loi exige que le prévenu ait fait usage d'un *faux nom* ou d'une *fause qualité*, ou qu'il ait employé des manœuvres frauduleuses pour persuader l'existence de fausses entreprises, d'un *pouvoir* ou d'un *crédit imaginaires*, ou *pour faire naître l'espérance ou la crainte d'un succès*, d'un accident ou de tout autre événement *chimérique* (la *guérison certaine*.) » Cette définition de l'escroquerie, dit la *Gazette hebdomadaire*, ne rend pas, il est vrai, dans sa plénitude la pensée de l'art. 405. Il ressort du texte de cet article que la condition expresse et vraiment constitutive de l'escroquerie est de s'être « fait remettre ou délivrer » des fonds ou autres objets mobiliers. Mais, dans la pratique, cette condition est assez fréquemment réalisée, comme on l'a pu voir dans l'affaire Vriès.

Le principe de l'admissibilité des médecins à l'action civile, dans la poursuite de l'exercice illégal, a reçu maintenant la consécration de la Cour suprême, grâce à l'initiative et à la persévérance de la Société de médecine de Lyon. Me Andral a rappelé cette conquête et il a montré le parti qu'on pourrait tirer d'un autre principe : celui du cumul des peines dans les cas de récidive. Déjà en mai dernier

le tribunal d'Auxerre a condamné un empirique à sept amendes pour sept contraventions constatées. En citant un jugement semblable émané du tribunal correctionnel de Beauvais (affaire Seguin), la *Gazette hebdomadaire* fait remarquer avec raison que cet avantage des peines du cumul n'est obtenu qu'à l'aide d'une interprétation fâcheuse des articles 35 et 36 de la loi de l'an XI : il faut, pour que le cumul ait lieu, que l'exercice illégal ne soit qu'une contravention et non un délit; car, en cas de délit, la récidive n'entraîne que l'application de la *peine la plus forte*. Or, nous croyons avec ce journal, et nonobstant l'opinion contraire d'autorités très respectables, que dans l'esprit du législateur de l'an XI, l'exercice de la médecine était un délit.

— M. le docteur Eugène Moynier, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, vient d'être nommé chevalier de l'ordre de Léopold de Belgique.

Nomination. — Par décret du 12 janvier, M. le docteur Ambroise Tardieu a été nommé médecin consultant de l'Empereur en remplacement de M. le docteur L. Fleury.

— M. le docteur Melchior Robert vient d'être nommé chirurgien en chef des hôpitaux de Marseille. Il a été presque en même temps élu membre du conseil municipal de cette ville.

— M. le docteur Lélut, médecin de la Salpétrière, vient d'être élu vice-président de l'Académie des sciences morales et politiques.

— Nous lisons dans le *Messager du Midi* :

« Sur la proposition de M. Gavini, préfet de l'Hérault, M. le ministre de l'intérieur vient de nommer M. le docteur Lescellière-Lafosse, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de la maison centrale de détention de Montpellier, en remplacement de M. Lordat, démissionnaire.

« La position de M. Lescellière-Lafosse et la confiance dont il jouit justifient bien ce choix du gouvernement pour des fonctions dont personne ne contestera l'importance, surtout si on se rappelle qu'elles ont été remplies autrefois par Prunelle, et, depuis longues années, par le professeur Lordat. »

— Par décret du 25 janvier 1861, M. Auboyer, vétérinaire en 1er au train des équipages de la garde impériale, a été nommé vétérinaire principal, en remplacement de M. Gillet, admis à la retraite

— Un de nos confrères nous pose la question suivante : « Un officier de santé peut-il être nommé à une place de médecin de colo-

nisation en Algérie? Le titre de docteur donne-t-il seul des droits à l'admission? En principe, le doctorat est autorisé pour les emplois de médecin de colonisation; mais en fait, des emplois de ce genre ont été accordés à des régnicoles et à des étrangers qui, s'ils avaient un diplôme, n'avaient certainement pas celui de docteur. Nous croyons donc que malgré la règle un officier de santé pourrait prétendre, avec chance de succès, à une position de ce genre.

La nomination des médecins de colonisation est à la diligence des préfets et du gouverneur général. (*Gaz. hebd.*)

Vaccin. — M. le docteur Joël, de Rolle, a obtenu ces jours derniers trois tubes de beau vaccin d'une pustule vaccinale qu'un jeune berger avait au pouce. Ce jeune homme ne se doutait pas de la nature de l'éruption : l'aspect de la pustule frappa immédiatement M. Joël, et quelques questions le mirent au courant; le berger lui dit, en effet, que depuis quelque temps ses vaches avaient des boutons au pis et qu'elles pourraient bien lui avoir donné ce *mal*. Ce jeune homme n'avait jamais été vacciné. M. Joël, accompagné de M. Biéler, vétérinaire à Rolle, se rendit à l'écurie, où les pustules vaccinales furent clairement constatées sur l'une des vaches. Malheureusement elles approchaient de la dessiccation, et l'on ne put en recueillir du vaccin. (*Écho médical suisse*).

Association générale. — Une Société locale agrégée à l'Association générale, vient de se constituer pour l'arrondissement de Soissons. M. le docteur Missa est présenté par ses confrères au choix de l'Empereur pour la présidence de cette Société nouvelle qui sera la troisième pour le département de l'Aisne.

— M. le docteur Larrey a fait don à l'Association générale d'une somme à 100 francs.

Cataplasme d'Écrevisses. — Nous sommes heureux de pouvoir donner, pour étrennes, à nos lecteurs la recette de ce fameux cataplasme. La voici telle qu'une obligeante indiscrétion nous a permis de la copier sur l'ordonnance délivrée par un officier de santé, en ce moment de service chez une somnambule de notre ville :

« Madame prendra vingt-cinq écrevisses *vives*, que l'on fera *expirer* dans du vin. On les pilera ensuite, et on fera un cataplasme que l'on appliquera sur le ventre et qu'on laissera vingt-quatre heures en place. On l'étendra sur du papier mou que l'on pliera en double en ayant soin de laisser les bords libres, afin que l'on puisse l'enlever d'un seul coup, en débarrasser *subitement* la chambre et le jeter *profondément* dans les lieux. »

C'était la seconde fois que le docteur Gendron était atteint de cette terrible maladie, dont il avait fait le sujet d'une étude particulière. Il était âgé de soixante-six ans; il était membre de la Légion d'honneur, membre correspondant de l'Académie de médecine et membre du conseil général du département de la Sarthe. Savant praticien, d'un dévouement sans bornes, sa vie avait été celle d'un homme de bien, sa mort fut celle d'un sage.

La Scillitine Mandet, ses sirops et ses pilules.

La Scillitine, résumé des propriétés thérapeutiques de la Scille, est un médicament déjà connu et employé par les praticiens. M. Mandet, pharmacien de Tarare a fait une étude spéciale de sa préparation et l'on sait l'accueil que lui a fait l'Académie, lorsqu'elle a été soumise à son approbation.

La Scillitine extraite par le procédé de M. Chevallier se présente à la pratique dépouillée de tout le principe irritant de la plante, et quel avantage dès lors n'offre-t-elle pas dans les cas de maladies respiratoires ou urinaires, contre les quelles le premier soin est celui de ramener la circulation à l'état normal. Nous ne croyons pas utile d'en dire davantage sur son emploi, non plus que sur la spécificité qu'elle possède contre les diverses affections de l'organisme, qu'il nous suffise de dire que l'expérience a démontré que la Scillitine, s'administre généralement aujourd'hui à la dose de dix à vingt centigrammes par jour.

Croyant rendre son administration plus facile, M. Mandet a pensé qu'il était convenable de faire des pilules et un sirop de Scillitine. L'adoption qu'on a faite de la préparation sous ces deux formes a démontré que M. Mandet avait eu raison. Le sirop et les pilules sont employés tous les jours dans les hôpitaux et dans la clientèlle civile.

La Scillitine pure, et les pilules et sirop de Scillitine se trouvent à Tarare chez M. Mandet, pharmacien, et à Paris, chez M. Adrian, pharmacien, successeur de Page, 25, rue Coquillière.

La sève de Pin et son Sirop.

La sève de pin maritime est une heureuse découverte de notemps modernes pour la médecine des maladies de poitrine. L'extension qu'elle a prise prouve son efficacité. M. Lagasse a eu la bonne idée de concentrer cette substance en un sirop béchique dont l'adoption a été prompte. Les médecins l'ordonnent avec avantage dans les cas de maladies chroniques telles que catarrhes, asthme humide, bronchorrhe, etc, et ses succès ne sont pas moindres dans les indispositions aiguës de l'hiver, telles que rhumes, laryngites, pharyngites et angines.

On a remarqué que ce *Sirop de sève de pin* a aussi une action évidente sur les sécrétions urinaireres, et les irritations inflammatoires de la vessie; il dispense avec avantage de ces préparations de bourgeons de pin, si généralement employés avant la découverte de la

sève qui est la substance la plus intime et la mieux élaborée de l'arbre.

Le *Sirop de sève de pin* de M. Lagasse se vend à sa pharmacie de Bordeaux, Cour-d'Albret, 51, et à Paris, chez M. Grimaud successeur à la pharmacie Dorvault, rue Lafeuillade 7, et chez les principaux pharmaciens de France.

PYROPHOSPHATE DE FER ET DE SOUDE, de LERAS, pharmacien, docteur ès-sciences. — Ce nouveau ferrugineux liquide, incolore, sans goût ni saveur de fer, contient, par cuillerée à bouche, 20 centigrammes de sel de fer. Il offre la composition des os et du sang. Seul, il ne précipite pas en présence du suc gastrique et ne provoque jamais de constipation. Il s'administre par cuillerée à bouche une demi-heure avant chaque repas, et peut se prendre en mangeant associé au vin, qu'il ne décompose pas. On en fait aussi un *Sirop* très-blanc et très-agréable, ainsi que des *Dragées*.

Il est toujours parfaitement supporté, et les observations de MM. Aran, Arnal, Barth, Bernutz, Casenave, Debout, etc., publiées par les divers journaux de médecine ont prouvé qu'il a réussi là où le *lactate de fer*, le *fer réduit*, les *pilules* de *Vallet*, l'*eau* de *Bussang*, de *Passy* et de *Spa* avaient échoué. — Prix du flacon, 2 fr. Dépôt à Paris, à la pharmacie 7, rue de la Feuillade, près la Banque. En province, chez tous les pharmaciens.

Les *Eaux de Krankenheil*, que les plus grands médecins recommandent, sont *Alcalines iodo-sulfurées*. Cette minéralisation indique déjà leur emploi principal. Elles sont ordonnées dans les cas d'induration des glandes, et les obstructions des viscères abdominaux; elles favorisent la digestion et l'assimilation, et sont d'un bon usage contre les maladies de la peau et les affections hémorrhoïdales.

Ces quatre sortes d'eaux minérales ne se vendent qu'à l'entrepôt de la compagnie, rue des Billettes.

La compagnie de propriétaires de Sources d'Eaux minérales françaises et étrangères, rue des Billettes, 11, vient de se rendre concessionnaire des trois principales *eaux minérales* de la Suisse qui étaient à peine connues en France, et qui sont destinées à prendre un des premiers rangs dans l'hydrologie médicale.

1° L'eau de SAXON (Valais) désignée, d'après M. Henry sous le titre caractéristique d'*idio bromurée calcaire magnésienne* et qui s'emploie avec succès dans les *diathèses scrofuleuses* et *syphilitiques*.

Notice scientifique sur l'eau minérale Gazeuse naturelle (iodée). de Condillac.

L'eau Minérale de Condillac est la meilleure de toutes les eaux agzeuzes; on l'a surnommée à juste titre LA REINE DES EAUX DE TABLE. *C'est la seule salubre, étant la seule iodée.* Elle est éminemment digeste et amie de l'estomac. Aucune autre n'est aussi agréa-

ble au goût ; aucune ne convient mieux à tous les nerfs, à tous les tempéraments Elle a deux qualités précieuses : 1° elle donne de l'appétit ; 2° elle facilite la digestion. C'est l'eau de table *la plus hygiénique* ; elle porte à la gaîté ; elle étanche merveilleusement la soif dans les chaleurs ; c'est une boisson rafraîchissante et stomachique, qu'on doit préférer à toutes les eaux gazeuses *artificielles* qui n'ont aucun de ses éléments minéralisateurs si bienfaisants, qui ne sont qu'une méchante contrefaçon des eaux de Seltz, et dont l'usage n'est même pas toujours exempt de danger. L'eau alcaline gazeuse *naturelle iodée* de Condillac fera partout répudier ces eaux gazeuses *factices*, dont l'agrément éphémère est loin de compenser les nombreux inconvénients.

L'Eau de Condillac n'a pas, comme les autres eaux alcalines, le désagréable inconvénient de décomposer le vin, et offre l'inappréciable avantage de se conserver parfaitement pendant plusieurs années et de pouvoir être transportée au loin sans altération : aussi peut-on la boire dans les pays éloignés aussi bien qu'à la source, non-seulement dans toute la France, mais en Espagne, dans les Colonies, en Italie, en Algérie, et dans tout l'Orient.

Ce n'est pas seulement une eau d'agrément : les médecins la recommandent de préférence aux malades et aux convalescents dans la gastralgie et les troubles de la digestion, les obstructions du foies les maladies des reins et de la vessie, l'engorgement de la matrice, la leucorrhée, la chlorose, les maladies nerveuses, l'hypocondrie, etc,

Enfin, M. Mathieu, de la Drôme, vient de trouver aux Eaux de Condillac de nouvelles propriétés curatives. Lorsque, par son système de baluéation à l'hydrofère, on les administre à la surface du corps, soit que l'on ait à combattre localement des affections de la peau, soit qu'on ait à produire quelque utile dérivation contre les maladies nerveuses qui s'attachent aux principaux viscères de l'organisme. Des expériences faites à l'hôpital Saint-Louis et rapportées à l'Académie de médecine viennent de constater ces faits en faveur de l'Eau de Condillac.

Si le succès témoignait toujours de l'excellence des choses, on pourrait assurer sans contredit que l'eau de Condillac a légitimement conquis le titre de *Reine des tables* qui lui fut donné par le médecin qui les a le mieux étudiées. Jamais l'eau minérale, tant sous le rapport hygiénique que sous le rapport thérapeutique, n'a vu son usage se multiplier dans une semblable proportion et en si peu de temps. Nous aurons bientôt l'occasion de publier quelques-unes des observations recueillies dans la pratique de l'hydrofère : bains à l'eau pulvérisée qui fonctionne déjà depuis 6 mois dans un des beaux établissements de Paris, d'où il s'étendra bientôt aux départements et à l'étranger.

Pour tous les articles non-signés, le Docteur SALES-GIRONS.

Paris. — Imprimerie de Moquet, rue des Fossés-Saint-Jacques, 11.

LA REVUE MÉDICALE
FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.
(28 Février 1861.)

CLINIQUE ET MEMOIRES.

NOTE
SUR UNE CACHEXIE SPÉCIALE

DE FORME PELLAGREUSE, PROPRE AUX ALIÉNÉS ;

Par le Docteur JOIRE,
Médecin de l'Asile d'Aliénés de Lommelet (Lille).

L'attention de la science est appelée depuis quelque temps sur une affection particulière, se manifestant chez un certain nombre d'aliénés et paraissant revêtir tous les caractères symptomatiques de la pellagre, maladie endémique dans certaines contrées de l'Italie. M. le docteur Billod, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Sainte Gemme, auteur des premiers travaux sur ce sujet, invita tous ses collégues aliénistes à la recherche des faits analogues à ceux qu'il avait observés, et plusieurs répondirent à son appel par d'intéressantes publications.

Convié par la Société de médecine de Lille, à propos de la communication de l'une d'elles, à faire connaître mon opinion sur ce point, je viens exposer ici le fruit de mes propres observations. Mais j'aurai d'abord à présenter l'analyse des travaux de M. Billod et de quelques-uns de ses collégues aliénistes, travaux qui ont servi à édifier l'espèce morbide dont il s'agit.

Attaché successivement depuis plusieurs années à divers asiles d'aliénés, M. Billod remarqua, chez un certain nombre de malades, une affection spéciale revêtant tous les caractères de la pellagre, et fut conduit à la considérer comme endémique dans des établissements où en France on ne l'avait pas encore signalée. Tel fut du moins le sens d'une note adressée par lui en 1855 à l'Académie de médecine. Ses re-

cherches subséquentes dans l'asile de Sainte Gemme l'ont conduit à publier en 1858, dans les Archives de médecine, une histoire aussi complète que possible pour le moment, de l'affection dans laquelle il avait cru reconnaître les caractères de la pellagre, et dont il fit une variété propre aux aliénés.

Mais, malgré les rapports d'identité que l'auteur s'efforce d'établir, il n'expose encore son opinion que sous forme dubitative, et c'est ici qu'il invoque le concours de ses collègues de France pour appeler de nouvelles lumières sur la question qu'il vient de poser.

Cependant, dans le Mémoire publié en 1860, M. Billod semble laisser un instant de côté l'affection pellagreuse et ne vient que démontrer, chez un certain nombre d'aliénés l'existence d'une cachexie spéciale, qu'il élévera plus tard à l'assimilation avec sa forme pellagreuse.

Les phénomènes symptomatiques de cette cachexie sont pour lui un certain amaigrissement, une propension à la diarrhée, une déperdition successive des forces et une tendance de la peau à s'altérer de diverses manières. Ce dernier caractère donné comme essentiel se présente sous des formes très variables. Tantôt et le plus ordinairement sous l'influence de l'insolation, on constate sur le dos des mains et plus ou moins haut sur l'avant-bras une altération réunissant tous les traits assignés à l'érythème pellagreuse ; le dos des pieds, le cou et la poitrine, quand ils sont restés découverts, participent quelquefois à cet état. Ce qui complète l'analogie de cette forme de cachexie avec la pellagre, c'est l'époque de l'évolution et de l'exacerbation habituelle de ses symptômes et leur amendement ou leur rémission à peu près complète après cette époque. Tantôt on constate un aspect terreux de la peau, d'autres fois cette membrane prend une teinte bronzée qui rappelle la maladie dite d'Addison ; on y observe d'autres fois diverses éruptions dartreuses, et l'auteur a réuni ici toutes les formes de lésions cutanées qui ont été signalées dans des cas spéciaux par les aliénistes.

Enfin voilà, par la réunion de ces divers symptômes, la pellagre bien et dûment constatée. Mais l'auteur, qui craint, non sans motif, d'être taxé d'exagération, se hâte de relever chacune de ces manifestations symptomatiques et de reconnaître qu'elles peuvent pour la plupart faire défaut, ou apparaître dans une mesure d'intensité fort légère et pendant une très courte durée. De telle sorte que, dans le cours progressif de l'affection, il ne reste plus de bien établi qu'un état général de débilité et d'affaissement qui finit à la longue par entraîner la mort.

Dans l'étude pathogénique de cette affection, M. Billod considère comme condition première de son développement l'état d'aliénation; mais toutes les formes de folie ne lui prêtent pas un égal concours; et celle qui s'y rattache d'une manière plus spéciale, c'est la forme mélancolique et dépressive. C'est en effet dans cette forme que les sujets, par suite soit d'une lésion profonde et grave des centres nerveux, soit par la tendance de leurs idées qui leur fait refuser plus ou moins obstinément les aliments, éprouvent à la longue vers les organes digestifs des désordres fonctionnels, d'où résulte une altération prononcée des actes de la nutrition.

Cependant l'auteur se hâte de faire remarquer que le rapport de la forme mélancolique de la folie avec la cachexie pellagreuse, rencontrée dans les asiles où il a recueilli ses observations, pourrait bien ne pas se retrouver dans d'autres asiles, où on verrait prédominer la coïncidence avec l'état maniaque. Il observe que la manie prolongée entraîne une dépense d'innervation qui doit nécessairement dans un temps plus ou moins long conduire à l'épuisement; la dépression succède brusquement à l'excitation, et le marasme progresse alors plus rapidement que dans tous les autres cas. On comprend que la cachexie des aliénés, lorsqu'elle suit une marche aussi rapide, ne s'imprégne pas des mêmes caractères et s'accompagne bien plus rarement des symptômes cutanés rappelant la pellagre, que lorsqu'elle affecte, comme chez les lypémaniaques, une marche plus lente. Cette diffé-

rence dans les caractères de la cachexie des aliénés, suivant qu'elle atteint des malades en état de dépression ou d'excitation, explique peut-être celle observée sous ce rapport dans les asiles de la Seine où la forme maniaque prédomine sur la forme mélancolique. Il est possible aussi que, sous ce même rapport, il y ait de notables différences entre les asiles du midi, du nord, de l'est et de l'ouest.

L'influence de l'aliénation sur le développement d'une cachexie spéciale peut être activée ou atténuée et quelquefois neutralisée par certaines conditions hygiéniques. C'est un fait reconnu que dans les quartiers des pensionnaires d'asiles publics, où le régime réunit plus de confortable que dans les sections d'indigents, les développements de la cachexie spéciale sont moins manifestes, et qu'on ne lui voit jamais, quand elle survient, revêtir les caractères de la forme pellagreuse. Il nous a été possible, ajoute M. Billod, dans certains cas de retarder et même d'enrayer la marche de la cachexie spéciale par l'emploi d'un régime plus substantiel et plus réparateur, et l'usage quotidien d'une ration de vin.

Les recherches nécroscopiques, encore fort limitées qui ont eu lieu à la suite de l'affection qui m'occupe, ne permettraient pas sans doute à un esprit impartial de formuler un jugement précis sur la nature de la lésion qui la détermine; cependant M. Billod croit pouvoir, d'après quelques autopsies, signaler, comme lésion caractéristique, le ramollissement général ou partiel de la substance blanche de la moelle épinière. Il ajoute quelquefois que cette lésion n'a été rencontrée le plus généralement que dans les cas où la cachexie avait revêtu les caractères extérieurs de la pellagre, que dans plusieurs elle a fait complétement défaut. Il rappelle en outre, avec sa bonne foi accoutumée, que le docteur Dagone a trouvé cette même lésion de la moelle épinière dans des conditions différentes d'aliénation et de démence simple ou paralytique, en l'absence de toute apparence d'affection pellagreuse. M. Billod, cependant, n'en persiste pas moins à considérer ces faits comme exceptionnels : ce sont pour lui des

cachexies pellagreuses sans symptômes cutanés, comme en ont admis les observateurs les plus compétents, Strambio par exemple. Ajoutons que, parmi les faits communiqués par divers observateurs, ceux où la lésion sus-indiquée de la moelle épinière a été rencontrée sont de beaucoup les moins fréquents.

Tel est l'exposé analytique, le plus rapide qu'il m'a été donné de faire, de l'affection spéciale qui m'occupe en ce moment. J'ai cru devoir jusqu'ici la montrer toute entière, au seul point de vue de l'auteur, me réservant de juger plus tard ses appréciations.

Plusieurs de nos confrères aliénistes ont répondu à l'invitation de M. Billod, d'examiner dans leurs services respectifs les faits divers qui pourraient se rattacher de près ou de loin à la forme spéciale de cachexie prétendue pellagreuse qu'il croit avoir le premier signalée, et c'est dans ce but qu'a été publié dans les Archives de médecine, par M. le docteur Theilleux, un travail qui doit m'arrêter un instant.

C'est dans la division des femmes de l'asile d'aliénés de Maréville, dont il était il y a quelques années médecin en chef, que M. Theilleux a recueilli les diverses observations qui font l'objet de son mémoire. Sur un chiffre de 712 malades, et dans la période de janvier à octobre, considérée comme essentiellement propre au développement de l'érythème pellagreux, huit cas seulement ont été observés, présentant des altérations cutanées semblables ou analogues à celles signalées par le docteur Billod. On voit déjà que ce qui a fixé l'attention de notre auteur; ce qui pour lui est le point de départ de l'affection, c'est l'altération tégumentaire du dos des mains et des parties du corps habituellement découvertes. C'est dans la saison des premières chaleurs du printemps et sous l'influence de l'insolation que se sont manifestées les premières traces d'érythème. Remarquons ici, d'ailleurs, que la vraie Pellagre, là où elle règne endémique, ne traduit ses manifestations à la peau qu'à cette même époque de l'année. Nous verrons, sans doute, M. Theilleux tenir

compte aussi des lésions fonctionnelles de l'appareil digestif; mais il a soin de faire ressortir qu'à l'époque de ses observations une sorte d'épidémie diarrhéique s'étant manifestée dans l'asile de Maréville, avait atteint un certain nombre de malades et bien d'autres par conséquent que ceux qui offraient les caractères de la prétendue cachexie. Plus tard la diarrhée disparue, quelques cas d'érythème solaire se sont rencontrés, sans nulle apparence de troubles fonctionnels des voies digestives.

Je ne compte pas, on le conçoit, produire le détail des huit observations du mémoire de M. Theilleux; j'en ferai seulement l'objet de quelques remarques.

Il me semble, d'après l'exposé de ces faits, que l'auteur penche assez à adopter l'idée de l'existence réelle de cette forme spéciale de cachexie Pellagreuse chez les aliénés; il signale avec soin les traits qui peuvent y faire rentrer ses observations; ce qui ne l'empêche pas toutefois d'en faire ressortir les dissemblances. Voici, sous ce dernier rapport, une de ses remarques les plus importantes. « En lisant l'histo-« rique de chacun de ces malades, un fait vous aura frappés, « j'en ai la conviction : c'est de voir que parmi ces déments « lypémaniaques, etc., etc., quelques unes seulement ont « offert certains symptômes de perturbations psychiques « pouvant se rapporter aux formes spéciales de délire avec « dépression, et que chez les autres, aucun trouble intellec-« tuel symptomatique de l'altération tégumentaire n'a été « aperçue; enfin, que chez l'une de ces dernières le carac-« tère enjoué a dominé constamment la situation, tandis que « l'élément pellagreux s'installait d'une façon des plus tran-« chées à la face dorsale des mains de cette démente. Je dois « noter, en outre, que chez aucune des malades précitées « nous n'avons constaté de modifications dans la forme des « délires préexistants à l'apparition de l'érythème Pella-« groïde. » M. Theilleux cite ensuite, comme document important dans la question, une observation à lui fournie par le docteur Emile Parisot, de Nancy, d'une maniaque présen-

tant une altération de la nutrition générale, et chez laquelle un érythème écailleux de la face dorsale des mains rappelant la forme de l'ichtyose, et existant aussi sans écailles toutefois, au devant du sternum et en quelques points du visage, où cette altération épidermique se trouve confondue avec une véritable *Acné rosacéa*. Une alimentation réparatrice, des bains, etc., etc., firent disparaître cette affection en même temps que l'état général de la malade fut heureusement modifié. M. Parisot ajoute à la fin de son observation qu'il a rencontré plusieurs fois l'érythème pellagroïde chez des individus alcoolissés et même chez des sujets qui, n'ayant jamais été soumis à l'influence des boissons alcooliques, avaient à souffrir de maladies chroniques capables d'imprimer à la nutrition générale de profondes modifications; le cancer en particulier, surtout celui de l'estomac, finit parfois par amener ce résultat.

M. Theilleux signale aussi dans son service quelques malades chez lesquels la nutrition ne s'effectue pas d'une manière normale, qui de temps en temps ont des diarrhées, des vomissements, offrent un amaigrissement prononcé de la face dorsale des mains et spécialement une coloration brune de l'épiderme de cette région avec sécheresse et parcheminement.

Il ressort donc de l'aveu même du docteur Theilleux que les faits qu'il rapporte sont loin de présenter tous les phénomènes de l'affection cachectique signalé par M. Billod; que sous le rapport de la forme de la folie, sous celui des lésions fonctionnelles de l'appareil digestif, comme au point de vue de la gravité, plusieurs de ces faits offrent de notables différences; mais qu'ils se rapprochent seulement par l'apparition, à la face dorsale des mains et aux régions de la peau exposées à l'air libre, d'une affection érythémateuse développée sous l'empire de l'insolation; que cette même affection cutanée s'est manifestée quelquefois en l'absence de la folie chez des sujets présentant, par suite d'affections chroniques graves, une altération profonde de la nutrition générale.

Dans l'examen des causes, M. Theilleux paraît bien peu disposé à considérer avec le Dr Billod, comme espèce morbide à part, l'état cachétique spécial décrit par ce dernier.

Il rappelle une remarque importante de M. Aubanel de Marseille « qui a vu de temps en temps des aliénés, déments, « stupides, plus souvent paralytiques, être pris d'érysipèle ou « d'érythème intense par suite d'insolation, et présenter en- « suite sur les mains et les avant-bras, sièges habituels de « ces affections, un état de la peau qui ressemble assez bien « à celui que l'on assigne aux pellagreux. »

Cependant M. Theilleux n'ose pas affirmer que, parmi ces faits du docteur Billod il n'y en ait pas quelques-uns qui puissent se rattacher plus intimement à l'affection pellagreuse et ne puissent pas se justifier uniquement par les conditions d'un état général profondément altéré.

Enfin l'auteur pose comme il suit les conclusions de ses recherches. « De l'examen approfondi que j'ai fait de quel- « ques cas d'érythème pellagroïde qu'il m'a été possible d'ob- « server, il résulte une conviction pour moi : c'est que, mal- « gré tous mes efforts, il m'a été impossible de trouver, pour « les faits pathologiques soumis à mon examen, un critérium « nettement défini, et de préciser par contre la relation pa- « thologique qui, suivant M. Billod, doit exister entre l'éry- « thème, la forme du délire, l'état de marasme diarrhéique « et la lésion rachidienne. La seule coïncidence à peu près « nettement établie, d'après les quelques faits que j'ai « recueillis, se bornerait uniquement à la fréquente coexis- « tence de l'altération pathologique de la peau du dos des « mains, survenant sous l'influence de la chaleur et surtout « de l'insolation, chez des aliénés à constitution délabrée, « avec un état de trouble de l'appareil digestif. »

Si je n'ai pas cru devoir scinder davantage le résumé que je viens d'exposer du travail de M. Theilleux, c'est que dans l'intention d'exprimer une opinion sur les idées de M. Billod, j'aurai peut-être à m'étayer de celles de notre confrère qui, après de sérieuses et attentives recherches, n'a pu admettre,

comme espèce morbide spéciale, la cachexie pellagreuse des aliénés.

D'autres renseignements sont encore parvenus au docteur Billod à propos de l'affection qui m'occupe, et je veux m'y arrêter un instant, ainsi qu'aux faits nouveaux qu'il a rencontrés lui même depuis la publication de ses précédents travaux.

Quinze observations, recueillies par le docteur Auzouy, médecin de la section des hommes de l'asile de Maréville, ont présenté quelques uns seulement des phénomènes symptomatiques de l'affection. Dans quatre cas l'autopsie a révélé l'existence d'un ramolissement de la moelle. Dans deux autres le cerveau était seul le siége d'un ramolissement. Malgré cette absence de plusieurs phénomènes symptomatiques dans la plupart de ces cas, M. Billod n'en consent pas moins à y reconnaître la confirmation des faits qu'il a voulu mettre en lumière.

Deux faits ont été fournis par le docteur Bertier, médecin de l'asile du département de l'Ain. Dans l'un d'eux, la folie avait précédé, dans l'autre elle avait suivi l'apparition des accidents pellagreux.

Le docteur Belloc, médecin de l'asile d'Alençon, dit avoir constaté souvent chez les déments des altérations de la peau des mains, qu'il attribuait bien à l'influence de l'insolation, mais qu'il ne voyait pas se comporter comme les suites ordinaires du coup de soleil ; ce qui le portait à soupçonner chez les déments quelques modifications de vitalité imprimées aux divers tissus.

Enfin quelques autres faits du même genre ont été communiqués par divers confrères aliénistes au docteur Billod, et lui même en a recueilli depuis trois mois plusieurs autres dans son service de Sainte Gemme. Tous ont présenté l'altération spéciale de l'appareil cutané dans les régions habituellement découvertes ; mais les autres phénomènes symptomatiques ont fait bien souvent défaut. Il me parait important de remarquer que parmi ces derniers cas, il en est qui

ont été recueillis dans des localités où l'affection pellagreuse règne endémique depuis longtemps; les aliénés qui les ont fournis se trouvaient exposés aux causes générales qui déterminent cette affection, entre autres l'usage habituel du maïs altéré. Quelquefois l affection cachectique pellagreuse s'est montrée antérieurement à l'aliénation; parfois elle est apparue consécutivement,et peut-être alors les sujetsavaient ils déjà été atteints de cette affection les années précédentes. Rien donc ne peut causer ici le moindre étonnement à l'apparition de cette maladie; mais M. Billod trouve l'occasion de faire ressortir la similitude de l'affection pellagreuse vraie, irrévocable, avec l'état cachectique spécial qu'il a signalé. Nous verrons bien tout-à-l'heure l'exactitude, sous quelques rapports, de cette assimilation; mais nous la montrerons sous l'empire de causes un peu différentes.

Maintenant que j'ai fait connaître les divers documents sur lesquels se base l'opinion qui admet l'existence d'une affection cachectique pellagreuse propre aux aliénés, qu'il me soit permis d'exposer sur eux mes propres impressions.

(*La suite au prochain cahier*).

APPLICATION DU LARYNGOSCOPE

A LA PHYSIOLOGIE.

Avant de faire connaître quelques-unes des applications du laryngoscope, nous allons donner une idée de l'état normal de la région pharyngo-laryngienne vue par sa face postérieure. On comprendra plus facilement ainsi les fonctions de ses différentes parties et les images diverses que le miroir laryngien nous en transmet.

Appareil la voix. — Lorsqu'on a divisé le pharynx sur le milieu de sa paroi postérieure de haut en bas et que ses deux moitiés ont été écartées de chaque côté,l'appareil vocal se présente sous un certain aspect figuré dans la gavure ci-jointe.

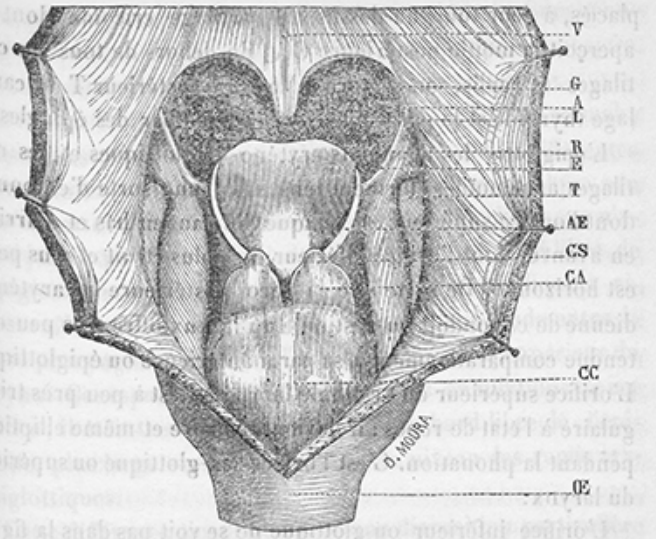


FIG. 6.

Au-dessus du larynx on aperçoit d'abord la face postérieure du voile du palais V, son appendice ou la luette L et son bord libre concave qui, de chaque côté, va se confondre avec la paroi pharyngienne en prenant le nom de pilier postérieur de l'isthme du gosier. Au-dessous de ce bord, c'est-à-dire de la partie supérieure de l'isthme, apparaît la base de la langue G, avec ses glandules et papilles. En dehors de cet organe, on voit les amygdales A, cachées en partie par les piliers postérieurs. Les fossettes sus-épiglottiques, le ligament ou repli glosso-épiglottique ne sont pas accessibles à la vue. L'épiglotte E, nous montre sa face laryngienne avec sa convexité inférieure très-prononcée. De chaque côté de son bord libre partent deux replis : l'un, R, remonte vers le pharynx et prend le nom de repli pharyngo-épiglottique ; il devient presque horizontal pendant la phonation et à un certain moment de la déglutition ; l'autre, A E, se dirige en bas et en arrière et se termine par deux éminences situées près de la ligne médiane et formées par les cartilages de Santorini C S. Ceux-ci surmontent deux renflements C A, constitués par les cartilages aryténoïdes et

placés, à leur tour, au-dessus du cartilage cricoïde dont on aperçoit la moitié postérieure CC. En dehors de tous ces cartilages et replis, on remarque le bord postérieur T du cartilage thyroïde et la paroi du pharynx fixée par des épingles.

L'épiglotte, les ligaments aryténo-épiglottiques et les cartilages aryténoïdes forment ensemble une sorte d'entonnoir dont l'orifice supérieur est oblique de haut en bas et d'arrière en avant et dont l'orifice inférieur, bien plus étroit et plus petit, est horizontal. De sorte que la paroi postérieure ou aryténoïdienne de ce conduit ou vestibule du larynx offre très peu d'étendue comparativement à sa paroi antérieure ou épiglottique. L'orifice supérieur du vestibule laryngien est à peu près triangulaire à l'état de repos ; il devient ovalaire et même elliptique pendant la phonation. C'est l'orifice sus-glottique ou supérieur du larynx.

L'orifice inférieur ou glottique ne se voit pas dans la figure ci-dessus. Ses modifications pendant la phonation sont beaucoup plus prononcées et plus nombreuses que celles de l'orifice supérieur.

Enfin, entre le vestibule du larynx et la paroi pharyngienne, il existe un espace vide qui s'étend en bas jusqu'à la partie inférieure du cartilage cricoïde et qui constitue ce qu'on a appelé *les gouttières latérales* du pharynx. Le vestibule laryngien est par conséquent comme enchassé dans un conduit plus grand et surtout plus élastique formé par le pharynx.

Observations anatomo-physiologiques. — M. Czermak, ayant étudié les dispositions des organes de l'appareil de la voix pendant la respiration, a reconnu, à l'aide du laryngoscope, que l'espace bucco-pharyngien se réduit à mesure qu'on ferme la bouche. En laissant celle-ci entr'ouverte de manière à apercevoir seulement l'image laryngoscopique du fond de la gorge, il a constaté sur lui-même, que l'épiglotte se met en contact avec la paroi pharyngienne postérieure par les extrémités de son bord libre; qu'elle laisse un espace vide, étroit, *une fente elliptique*, entre le milieu de ce bord et le pharynx; que deux autres espaces vides existent sur les côtés entre la

paroi pharyngienne et les deux replis ou ligaments aryténo-épiglottiques. C'est par ces trois espaces vides que l'air inspiré pénètre, dit-il, dans le larynx et de là, dans la poitrine.

Désirant vérifier les remarques précédentes de M. Czermak, nous avons étudié les dispositions qu'affectent les différentes parties du larynx dans les mêmes circonstances. Quelque peu entr'ouverte que nous ayons laissé notre bouche, nous n'avons jamais pu observer un véritable contact du bord libre de l'épiglotte avec le pharynx dans les conditions indiquées ci-dessus. Nous avons toujours constaté une espace vide entre la paroi pharyngienne et toute l'étendue de l'orifice supérieur du larynx. Cet espace offrait dans l'image les ondulations de cet orifice ; il était très étroit sur les côtés du bord libre de l'épiglotte, plus large vers son milieu et au niveau des replis ary-épiglottiques.

Cette différence tiendrait-elle à une disposition particulière de nos organes? Nous ne le pensons pas. Elle nous paraît dépendre de la position que prend la base de la langue pour permettre la vision de l'image laryngoscopique. Lorsque la langue est maintenue naturellement et sans effort derrière les dents de la mâchoire inférieure, telle qu'elle est quand la bouche est simplement entr'ouverte, sa surface se creuse d'avant en arrière pendant l'inspiration. L'épiglotte pendant ce temps reste complètement isolée. Mais pour peu qu'on déprime la base de la langue, ce qui arrive quand on ouvre la bouche plus qu'il ne faut, l'épiglotte est repoussée ou abaissée ; son bord libre se rapproche de la paroi du pharynx et peut faire croire à leur contact si l'on s'en tient à une observation superficielle. Ce contact ne saurait d'ailleurs exister pendant la respiration tranquille, c'est-à-dire lorsque la bouche est fermée, car alors la langue s'élève jusqu'à la voûte du palais et entraîne par conséquent le bord libre de l'épiglotte en haut et en avant.

L'espace vide que nous avons vu exister entre le milieu de ce bord et le pharynx laisse apercevoir profondément, ainsi que l'a très bien remarqué M. Czermak, « un bourrelet transversal de la muqueuse, de couleur rougeâtre. » Ce bourrelet dont la

base s'applique en arrière et en bas contre la paroi pharyngienne est comme échancré au milieu. Cette échancrure est plus prononcée pendant l'expiration que pendant l'inspiration, à cause de l'écartement des cartilages aryténoïdes dans le premier cas et de leur rapprochement incomplet dans le second. De chaque côté de l'échancrure, on aperçoit un renflement pisiforme qui correspond au cartilage de Santorini et qui exécute tous les mouvements aryténoïdiens. Le bourrelet muqueux dont nous venons de parler constitue la portion postérieure de l'orifice supérieur du larynx et sert d'intermédiaire aux deux replis ary-épiglottiques. L'intervalle compris entre ce bourrelet et la paroi du pharynx représente la partie postérieure des gouttières latérales qui conduisent à l'œsophage.

Pendant la respiration tranquille les deux cartilages corniculés ou de Santorini exécutent des mouvements l'un vers l'autre au moment de l'expiration, sans toutefois se mettre en contact. Ils s'éloignent au contraire dès que l'inspiration, quelque légère qu'elle soit, s'effectue. On peut distinguer en même temps des mouvements similaires, quoique très légers, dans l'épiglotte ; ainsi son bord libre se relève pendant l'expiration, tandis qu'il s'abaisse pendant l'inspiration.

Les autres parties du vestibule laryngien sont cachées par l'épiglotte. Pour les découvrir et les éclairer, il faut éloigner celle-ci de la paroi postérieure du pharynx en faisant une grande inspiration et en ouvrant la bouche largement. On remarque alors au fond du vestibule laryngien et au-dessous de lui la paroi antérieure de la trachée et ses anneaux avec leur face interne rougeâtre et concave. Entre chaque anneau on distingue une saillie étroite, concave également, d'un jaune rougeâtre et qui correspond aux intervalles remplis par le tissu jaune élastique.

Au-dessus de la trachée apparaissent, à droite et à gauche, les deux cordes vocales inférieures avec leur aspect d'un blanc légèrement jaunâtre ou rosé qui contraste avec le fond obscur du tuyau trachéal ; leur teinte blanche est parfois brillante, et comme nacrée, principalement pendant la phonation. Dans

la figure 3 on n'en voit que la moitié postérieure; leur éloignement est tel qu'elles semblent parralléles.

Immédiatement au-dessus et en dehors des cordes vocales inférieures, on observe une ligne horizontale sombre et même noire qui indique la place des deux ventricules de Morgagni; elle est plus apparente lorsque les cordes vocales se rapprochent.

Au-dessus de la ligne des ventricules on remarque un renflement muqueux, rosé, qui s'étend d'avant en arrière. Sa face supérieure, inclinée de dedans en dehors et de bas en haut, se continue insensiblement avec le repli aryténo-épiglotique et forme ainsi la paroi latérale de l'entonnoir ou vestibule laryngien. C'est la corde vocale supérieure, qui chez certains animaux, le cochon par exemple, reçoit un faisceau très développé du muscle thyro-aryténoïdien, et doit sans aucun doute participer à la formation de ses cris et de ses grognements.

Dans ses observations physiologiques sur la voix de l'homme, M. Garcia parle d'un muscle assez grêle qui correspond à chaque corde vocale supérieure et recouvre entièrement à *l'extérieur* l'extrémité supérieure du muscle thyro-aryténoïdien (1). Toutes nos recherches ont été jusqu'à présent infructueuses pour découvrir ce muscle chez l'homme.

Entre le bord libre de l'épiglotte et les cartilages corniculés s'étendent les replis aryténo-épiglottiques formés par la muqueuse laryngienne. La partie antérieure de ces replis est cachée sous l'épiglotte; leur partie postérieure présente ordinairement un petit renflement situé à côté et en dehors des cartilages de Santorini; il est dû à la présence de plusieurs nodules cartilagineux superposés et logés dans l'épaisseur du repli; ce sont les cartilages de Morgagni et de Wrisberg, les cartilages cunéiformes de Meckel.

La face externe ou latérale de l'entonnoir laryngien est

(1) *Notice sur l'invention du Laryngoscope par M. Paulin Richard*, 1861.

séparée de la paroi du pharynx par une cavité assez profonde qui s'étend en avant derrière le cartilage thyroïde, où elle se termine en cul de sac; la cavité droite se continue en gouttière avec celle de gauche en arrière des cartilages aryténoïdes et cricoïde. Ce sont les deux gouttières latérales du pharynx qui, par leur réunion, forment une cavité demi-circulaire, à concavité antérieure; elles sont limitées en avant et en haut par le repli pharyngo-épiglottique qui les sépare des fossettes sus-épiglottiques.

Le fond de ces gouttières latérales est divisé, surtout au moment de la phonation, par un ou deux petits replis muqueux qui vont d'une paroi à l'autre, en deux ou trois compartiments appelés *fossettes naviculaires* de Petz.

Enfin la base de la langue et le bord libre de l'épiglotte sont séparés par une surface libre, inclinée et concave de bas en haut et d'avant en arrière, convexe transversalement. Cette surface, qui n'est autre que la face antérieure de l'épiglotte, est divisée par le repli glosso-épiglottique en deux fossettes assez profondes appelées fossettes sus-épiglottiques ou glosso-épiglottiques. Nous ferons connaître plus tard les fonctions de ces fossettes ainsi que celles des gouttières latérales révélées par le laryngoscope.

Toutes les différentes parties de l'appareil de la voix situées au-dessus de la glotte sont bien plus faciles à distinguer pendant la phonation que pendant la respiration. Le tube trachéal ne s'aperçoit bien, au contraire, que pendant l'inspiration.

La glotte est largement ouverte pendant l'inspiration. — « Au moment où le sujet sur lequel on expérimente prend « une inspiration profonde, dit M. Garcia, l'épiglotte se trou- « vant redressée, laisse apercevoir la série des mouvements « suivants : les cartilages aryténoïdes s'écartent par un mou- « vement latéral extrêmement libre; les ligaments supérieurs « s'effacent contre les ventricules; les ligaments inférieurs, « bien qu'à un moindre degré, se retirent aussi dans ces mêmes « cavités, et la glotte, large, béante, se présente dans des « dimensions telles qu'on découvre en partie les anneaux de

« la trachée. Malheureusement, ajoute-t-il, quelque adresse « que l'on mette à disposer les organes, et en supposant le « succès le plus complet, le tiers antérieur de la glotte au « moins reste masqué par l'épiglotte. »

Aujourd'hui M. Garcia est sans nul doute convaincu de la possibilité de voir le tiers antérieur de la glotte. Nous l'avons d'ailleurs vérifié sur nous-même et sur nos malades, tout comme M. Czermak.

L'ouverture de la glotte est telle que la moitié postérieure des cordes vocales inférieures se trouve éloigné l'une de l'autre de 15 à 20 millimètres environ.

Forme de la glotte. — M. Czermak a reconnu que les deux côtés de la glotte présentent un angle tantôt ouvert, tantôt saillant. Cet angle est situé, dit-il, sur le milieu des cordes vocales, ce qui donne à la glotte une forme en losange (1).

Muller avait déjà signalé la forme en losange de la glotte, et il avait pourtant remarqué que l'*angle postérieur du losange manquait*.

En étudiant sur nous-même cette disposition de la glotte, nous avons vu que les deux côtés de la glotte présentent, en effet, un angle rentrant en dedans d'autant plus prononcé que l'inspiration est plus large ; l'angle saillant se remarque, au contraire, lorsque les cordes vocales sont assez rapprochées pour clore la glotte presque hermétiquement. Entre ces deux degrés d'ouverture, il en existe au moins un dans lequel les cordes vocales et les cartilages aryténoïdes forment deux lignes droites et donnent à la glotte une forme triangulaire. Les angles que nous venons de signaler correspondent, ainsi que l'observe M. Czermak, au point d'insertion des cordes vocales aux apophyses antérieures des cartilages aryténoïdes. Or, ce point est situé vers le tiers postérieur de la glotte et non sur le *milieu des cordes vocales*. Celles-ci ne constituent que les deux tiers antérieurs de l'orifice glottique. La forme de la glotte ne

(1) Loc. cit. page 59.

peut donc pas être celle d'un losange pendant l'inspiration. Cette forme est triangulaire dans ses deux tiers antérieurs, trapézoïde dans son tiers postérieur. Lorsque les cordes vocales sont rapprochées jusqu'au contact, l'ouverture triangulaire devient fusiforme ou linéaire, et l'ouverture trapézoïde ou quadrilatère se change en un petit triangle à sommet antérieur et à base postérieure ; ce triangle disparaît pendant la phonation. Enfin la glotte prend la forme d'un triangle isocèle lorsqu'étant modérément ouverte, ses côtés ne présentent ni angle rentrant, ni angle saillant.

Ces différents aspects de la glotte ne s'observent pas chez l'enfant. A cette époque de la vie, la glotte est presqu'entièrement constituée par les cordes vocales. Les cartilages aryténoïdes sont peu développés ; leur écartement pendant l'inspiration est peu considérable relativement à ce qu'il sera plus tard.

Les deux glottes. — Ces dispositions anatomiques ont fait diviser la glotte proprement dite en *glotte inter-membraneuse ou inter-ligamenteuse* et en *glotte inter-cartilagineuse ou inter-aryténoïdienne*. Physiologiquement, la glotte a été considérée comme formée de deux parties, l'une *vocale*, l'autre *respiratoire* ; elles correspondent parfaitement aux deux glottes précédentes. Cette division est, jusqu'à un certain point justifiée par le rôle que chacune d'elles remplit pendant la phonation et pendant la respiration volontaire ou intermittente. Le laryngoscope fournit la preuve de ce que nous avançons.

Muller avait constaté, en effet, que la glotte *inter-cartilagineuse ne participe pas aux vibrations des cordes vocales* ; qu'elle ne *donne pas non plus de son* et que, *ouverte* ou *fermée*, elle *ne modifie pas le son quant à son élévation*.

Lorsqu'on examine les cordes vocales au laryngoscope, on distingue très facilement les vibrations de la portion ligamenteuse, tandis que la portion cartilagineuse reste immobile. La glotte inter-membraneuse est donc la seule qui entre en vibration ; elle seule est *vocale*.

La glotte respiratoire est moins justifiée, puisque la glotte vocale est également respiratoire. Nous dirons toutefois que l'observation directe, c'est-à-dire la laryngoscopie, démontre que la glotte inter-aryténoïdienne est véritablement *respiratoire* dans certaines circonstances, à l'exclusion de la glotte inter-ligamenteuse.

Si, en effet, on maintient la glotte fermée complètement afin d'empêcher l'air d'arriver dans la poitrine ou d'en sortir, en laissant ensuite pénétrer ou échapper cet air par petites quantités, on voit la glotte inter-aryténoïdienne s'ouvrir brusquement, et en même temps une petite colonne d'air pénètre ou sort avec un léger bruit de soupape. Pendant toute la durée de l'expérience, les cordes vocales conservent leur contact parfait et la glotte inter-ligamenteuse est hermétiquement close. Les personnes présentes à notre cours, et parmi lesquelles nous pouvons citer MM. les docteurs Castan, agrégé de la faculté de médecine de Montpellier, Rizzi de Florence, de Ealo de la Havane, ont vérifié sur nous-même cette observation. Cette expérience peut être renouvelée un assez grand nombre de fois en quelques secondes.

Si nous rappelons, en outre, les expériences physiologiques de M. Longet, expériences qui prouvent que la respiration s'effectue par la glotte intér-aryténoïdienne dans les cas de paralysie des cordes vocales, nous aurons justifié, en partie du moins, la division physiologique de la glotte, *en glotte vocale* et *glotte respiratoire*. Nous ne dirons donc pas avec M. Czermak et d'autres, qu'on a *appelé à tort glotte respiratoire* (1) *la glotte intercartilagineuse*.

Mobilité des cartilages aryténoïdes. — « Dès qu'on s'apprête à faire entendre un son, dit M. Garcia, les cartilages aryténoïdes reviennent l'un vers l'autre et se pressent par les faces internes et par les apophyses antérieures sans laisser nul espace ou glotte inter-cartilagineuse ; quelquefois même ils se serrent au point de s'entrecroiser par les tu-

(1) Loc. cit. p. 58.

« bercules de Santorini. » Les mouvements des cartilages aryténoïdes sont, en effet, très vifs et comme instantanés parfois. Ils sont de plus énergiques, comme le prouve l'entrecroisement des cartilages de Santorini. Nous avons observé cet entrecroisement sur M. Czermak lui-même. L'étendue des mouvements inter-aryténoïdiens est considérable relativement au volume des cartilages qui les exécutent. On comprend toutefois qu'il en soit ainsi quand on se rapelle leur mode d'articulation avec le cartilage cricoïde.

Pendant que ces mouvements ont lieu, on distingue bien plus facilement ceux des cartilages corniculés qui forment deux éminences très apparentes. Lorsque ces cartilages s'approchent l'un de l'autre lentement, leur contact s'établit d'arrière en avant et par degrés ; leurs extrémités postérieures sont celles qui,sur nous-même, s'appliquent tout d'abord l'une contre l'autre. Ces cartilages sont extrêmement développés chez certains animaux ; ils sont recourbés en demi-cercle.

Les cordes vocales supérieures n'ont pas d'influence directe sur la voix. — « Les replis de la glotte engendrent seuls toute « la voix, quels qu'en soient les timbres et l'intensité; car « seulsils s'agitent au fond du larynx, a dit M. Garcia. Les cordes « vocales supérieures ne sauraient produire des sons, ajoute-t-« il. En effet, les cartilages de Wrisberg et les ligaments su-« périeurs eux-mêmes gardent en toute circonstance une posi-« tion écartée ; ils ne peuvent entrer en contact pour donner « lieu à l'*explosion de l'air* et ne servent qu'à encadrer l'es-« pace elliptique formé par les ligaments inférieurs. »

M. Garcia parle ensuite des muscles qui correspondent aux ligaments supérieurs pour prouver ce qu'il avance ; suivant lui, ils recouvrent entièrement à *l'extérieur* l'extrémité supérieure des muscles thyro-aryténoïdiens, ce qui exclurait les cordes vocales supérieures de toute participation à la formation de la voix. Mais alors nous demandons à M. Garcia à quoi servent les muscles en question? Leur existence, que nous n'avons pu constater, serait une preuve de la part plus ou moins active que ces cordes vocales supérieures prendraient à la pro-

duction des sons. M. Garcia dit bien ensuite que : « *ces muscles prennent part aux resserrements de la cavité laryngienne, surtout pendant la formation des notes élevées du registre de la poitrine et des sons de tête; les ligaments supérieurs se contractent jusqu'à réduire le petit diamètre de l'ellipse* (intervalle compris entre les quatre cordes vocales) *à n'avoir que quatre à cinq millimètres.* » Lorsqu'on étudie la phonation, on s'aperçoit » en effet que les cordes vocales supérieures ne se rapprochent que lorsque les sons prennent une certaine élévation; dès ce moment, et à mesure que la voix monte, ces cordes vocales se rapprochent de plus en plus, mais péniblement. La contraction exagérée des muscles voisins, du thyro-aryténoïdien surtout, nous semble suffisante pour opérer ce rapprochement.

Les cordes vocales inférieures sont les seules parties du larynx qui entrent en vibration.

De la phonation. — « La voix est formée uniquement par les compressions et les dilatations que l'air éprouve lorsque la glotte alternativement l'arrête ou lui livre passage; ou en d'autres termes, la voix est due aux explosions successives et régulières que l'air produit à la sortie de la glotte. » Telle est la manière de voir de Garcia. M. Cette définition de la voix nous paraît incomplète sous deux rapports : en premier lieu, l'air renfermé dans la poitrine et la trachée peut être soumis à des compressions et à des dilatations sans qu'il en résulte aucun son. En second lieu, ces compressions et ces dilatations de l'air peuvent s'opérer également lorsque l'air pénètre dans la poitrine; c'est même là ce qui constitue la division de la voix en voix *sus-laryngienne* et en voix *sous-laryngienne*. La voix est donc pour nous, comme pour M. Garcia, le résultat des ondes sonores produites dans l'air qui passe à travers la glotte par les vibrations des cordes vocales inférieures.

Ceux qui ont voulu considérer la voix comme le résultat des vibrations des cordes vocales, n'ont pas pensé que ces mêmes cordes vocales ne rendent aucun son dans le vide, malgré leurs vibrations.

Au moment de la phonation, les cordes vocales se rappro-

chent et ferment le passage à l'air « Dès que celui-ci s'est suffi-
« samment accumulé, dit M. Garcia, il les écarte et fait explo-
« sion ; mais au même instant, soulagées de la pression et sol-
« licitées par leur élasticité, elles se rejoignent de nouveau pour
« donner lieu à une explosion nouvelle. De cette série de con-
« tractions et de dilatations ou d'explosions qu'occasionnent
« les réactions de la glotte, naît l'émission de la voix. Il n'est
« pas nécessaire, pour obtenir l'explosion, que la glotte se
« ferme hermétiquement chaque fois, après s'être entr'ouverte;
« il suffit qu'elle oppose à l'air un resserrement capable d'en
« développer l'élasticité. Dans ce système, les longueurs de la
« glotte peuvent être différentes, sans cesser de donner le
« même nombre de battements, pourvu que des tensions diffé
« rentes se fassent entr'elles compensation. »

Au moment de l'émission des sons faibles de poitrine ou de fausset, on aperçoit les cordes vocales qui vibrent dans toute leur étendue : leurs vibrations sont amples et faciles à distinguer. Les ligaments vocaux ne se touchent que par leurs extrémités, et leur tension est modérée. A mesure que les sons s'élèvent, leur contact se fait de plus en plus d'arrière en avant, et leur tension augmente de même. Peu à peu les cordes vocales se touchent dans toute leur étendue et leur partie vibrante va en diminuant tant en longueur qu'en profondeur. Arrivée aux notes les plus élevées, la glotte est hermétiquement close; les cordes vocales supérieures sont très rapprochées; le vestibule laryngien est considérablement rétréci et soulevé, et un espace très étroit par où s'échappent les sons aigus s'aperçoit encore dans l'image laryngoscopique. Cet état du larynx est déjà le commencement de son occlusion pendant la déglutition.

Suivant M. Garcia, le moment où les apophyses antérieures des cartilages aryténoïdes cessent de participer aux vibrations des cordes vocales indique le point de division du registre de la voix en deux parties. Ce moment correspondrait chez la femme aux notes qui marquent le passage de la voix de fausset à la voix de tête.

EFFETS RESPECTIFS DE LA VAPEUR

ET DE LA POUSSIÈRE DES EAUX MINÉRALES D'EUZET,

Par M. le Dr AUPHAN, médecin inspecteur de cet établissement.

Un confrère qui a le privilége d'observer auprès de sources portant dans la composition chimique de leurs eaux la synthèse rare ou exceptionnelle du soufre et du bitume, M. le docteur Auphan, médecin inspecteur de l'établissement thermal d'Euzet, nous communique les conclusions que son expérience clinique lui a permis de tirer concernant les inhalations respiratoires de ces eaux, dans le traitement curatif des maladies de poitrine.

L'objet spécial que s'est proposé notre confrère dans son étude porte particulièrement sur la comparaison des effets thérapeutiques que produisent, d'une part les inhalations de la vapeur de ses eaux et d'autre part les respirations de la poussière de ces mêmes eaux. On sait que ce sont là deux méthodes, sinon rivales, du moins fort différentes dans leurs résultats, puisque la vaporisation ne fournit au poumon que de l'eau distillée et la partie gazeuse de la minéralisation, tandis que la pulvérisation donne à respirer l'eau minérale elle-même et dans la synthèse intégrale de sa composition.

Dans la station d'Euzet se trouvent néanmoins et marchent de front ces deux méthodes ; mais ce concours de moyens se justifie, dans le service de M. Auphan, par la composition même de l'eau minérale, qui contient à la fois du soufre et du bitume; c'est ce qui nous a fait dire que c'est un privilége de l'inspection médicale de notre confrère d'avoir à sa disposition des sources qui portent ensemble les deux éléments les plus efficaces et les plus incontestés dans leur action curative sur les diverses lésions chroniques de l'arbre bronchique.

Le bitume, on le sait, par son analogie, si ce n'est par son identité, est le succédanée véritable du goudron, et ses éma-

nations comme celle du goudron, ont sur l'oxygène l'effet modificateur qui constitue la base de cette *Diète respiratoire* que M. le Docteur Sales Girons vient de présenter à l'Académie de médecine. De sorte que si par l'élément sulfureux les eaux d'Euzet représentent le médicament des maladies pulmonaires, par l'élément bitumeux elles en présentent l'élément diététique.

Telle est la composition des eaux minérales d'Euzet que nous avons qualifiée d'exceptionnelle, et nous félicitons sincèrement M. le docteur Auphan d'en être le médecin. Cette position va lui permettre de vérifier la théorie si rationnelle de M. Sales-Girons ; qu'il porte son attention sur les effets que les émanations balsamiques du bitume produisent sur l'oxygène de l'air atmosphérique, cause d'entretien et d'exaspération de lésions pulmonaires et bronchiques ; qu'il constate les effets de l'eau sulfureuse pulvérisée mise en contact avec la muqueuse lésée ; en un mot, qu'il ait l'œil à la fois et sur les vapeurs et sur la poussière liquide qu'il fait respirer à ses malades, et qu'il mette le sceau de son observation précise aux conclusions qu'il nous transmet aujourd'hui. Il a sous la main les moyens de la diète et ceux de la médication, c'est-à-dire les deux parties constituantes de la thérapeutique des maladies de poitrine.

La pulvérisation n'exclut nulle part, dans la pensée de M. Sales-Girons, la vaporisation ; ce sont deux procédés différents, le premier administrant l'eau minérale dans toute son intégrité, l'autre n'en donnant que la minime partie et séparée de l'ensemble qui fait le médicament. Mais pour les eaux d'Euzet il faut faire une exception, à cause du bitume dont les émanations constituent un moyen de diète efficace à côté du traitement curatif.

Voici les conclusions de M. Auphan sur ce sujet; nous citons :

« Je m'occupe actuellement à résumer et à mettre en ordre les matériaux que j'ai recueillis à Euzet, durant les deux années qui viennent de s'écouler, au sujet de la respiration de

l'eau minérale pulvérisée et de ses vapeurs. Je crois qu'il ressortira de mon mémoire que ni l'une ni l'autre isolément à Euzet ne doivent convenir indifféremment dans tous les cas de maladie de la poitrine, et qu'il y a un choix à faire entre la pulvérisation et la vaporisation. Il vous sera peut-être agréable de connaître avant tous les conclusions de mon mémoire, je vous les transcris ci-après.

« 1° Les inhalations de substances médicamenteuses sont d'une grande ressource dans le traitement des maladies de l'appareil respiratoire;

« 2° La méthode qui consiste à faire respirer les eaux minérales à l'état de poussière, selon le procédé de M. Sales-Girons, est appelée à rendre de grands services;

« 3° Les inhalations de vapeurs bitumeuses et les inhalations d'eau minérale poudroyée peuvent être employées simultanément contre les catharres chroniques, alors que la maladie est à son minimum de manifestation;

« 4° Les inhalations de vapeurs chaudes de bitume conviennent plus spécialement dans les cas où l'état catarrhal des bronches est très développé et ou l'expectoration est très abondante. La respiration d'eau poudroyée dans ces cas a pour effet d'arrêter l'expectoration, et par suite d'augmenter le nombre et l'intensité des râles, de faire apparaître de la dyspnée, de l'oppression et de développer même quelquefois un état aigu qui ne serait pas sans danger.

« 5° Les inhalations bitumeuses conviennent indifféremment à toutes les périodes de l'évolution tuberculeuse, mais plus spécialement aux 2me et 3me degrès, pendant les périodes d'ulcération et de suppuration. La phthisie s'accompagne alors presque toujours d'un état catharral des bronches qui est combattu efficacement par les inhalations de bitume.

« 6° L'eau poudroyée convient surtout à la première période de la phthisie pulmonaire, alors que les tubercules encore à l'état cru n'ont pas déterminé d'autre trouble local qu'une congestion dans le parenchyme de l'organe. L'eau poudroyée

hâte la résolution et tout rentre rapidement dans l'ordre ; si bien que, souvent un mois après le début du traitement, il ne reste plus aucun signe extérieur de la maladie. Dans les cas d'hémoptysie les inhalations de la poussière d'eau d'Euzet sont encore très utiles : elles arrêtent ces raptus qui se font du côté des organes pulmonaires, et elles provoquent la résolution des engorgements existants.

« 7° Les hépatisations pulmonaires, sans complication de tubercules, se trouvent aussi très bien de l'eau poudroyée qui résout rapidement ces engorgements récents, et modifie d'une manière très sensible ceux qui existent de vieille date.

« 8° Les malades chez qui la fièvre est allumée ne peuvent faire usage que très prudemment des inhalations de bitume et doivent s'abstenir de celles de la pulvérisation.

« Telles sont, Monsieur et très honoré confrère, les conclusions auxquelles je suis arrivé, après deux ans d'essais et de tâtonnements. Si vous croyez opportun de me faire quelques observations ou de me demander quelques renseignements, je me mets entièrement à votre disposition. »

Recevez, etc,

Dr Auphan.

Que M. le docteur Auphan, reçoive nos remercîments pour la communication anticipée qu'il a bien voulu faire en notre faveur des conclusions de sa clinique ; mais qu'il prenne notre théorie de la *Diète respiratoire* en considération ; qu'il en vérifie les données principales dans les circonstances de sa pratique thermale, et il trouvera, nous en sommes bien convaincus, des occasions nombreuses où l'administration des vapeurs bitumeuses de ses eaux s'alliera efficacement avec celle de leur poussière liquide. A cet égard notre confiance en son discernement médical est complète.

Nous félicitons l'établissement thermal d'Euzet d'avoir pour médecin inspecteur un homme qui travaille à son succès en servant la science hydrologique à laquelle il s'est voué.

Dr Sales-Girons.

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

Journaux de Paris

Du liseré gingival comme signe de tuberculisation pulmonaire. — L'état particulier dont il s'agit a été signalé et vivement recommandé à l'attention des médecins par le docteur Thompson. Voici en quoi il consiste : le bord libre des gencives est plus foncé en couleur que les parties voisines et a un aspect festonné. La largeur de ce liseré est variable; ce n'est quelquefois qu'une ligne très-étroite ; ailleurs, il a plus de deux lignes de largeur. A mesure que l'affection avance et que ses caractères se prononcent davantage, ce liseré prend une couleur qui rappelle le vermillon. Le plus habituellement, il est surtout prononcé autour des incisives; mais on le voit aussi fréquemment au pourtour des molaires. Dans le cas où il est extrêmement prononcé, il s'accompagne assez souvent d'une hypertrophie des gencives.

On distingue facilement ce liseré de la rougeur des gencives qui peut être produite par d'autres causes, à l'aide des caractères suivants : Dans la gingivite qui se produit sous l'influence du mercure ou de l'iode, la rougeur est beaucoup plus diffuse, ou, si elle est bornée au bord libre des gencives, elle ne se perd pas aussi insensiblement dans la coloration des parties voisines.

Lorsque la rougeur des gencives est due uniquement à l'accumulation du tartre, l'aspect irrégulier, comme déchiqueté, du rebord gingival, est un caractère distinctif suffisant.

M. Dutcher a examiné attentivement depuis huit ans les gencives de tous les sujets atteints de phthisie pulmonaire qu'il a traités. Sur ces malades, dont le chiffre total est de cinquante-huit, quarante-huit présentaient le liseré en question. M. Dutcher l'a rencontré plus fréquemment chez les hommes que les femmes, et il a remarqué qu'il se produi-

sait, à une époque moins avancée, chez les jeunes sujets que chez les personnes plus âgées. Il précède quelquefois de deux ou trois ans tous les autres symptômes de la phthisie pulmonaire ; mais le plus souvent, son apparition ne tarde pas à être suivie de l'explosion de la tuberculisation parfaitement caractérisée. Cinq fois seulement, M. Dutcher a vu le liseré se produire à une période assez avancée de la phthisie.

D'après les observations qu'il a eu l'occasion de faire, M. Dutcher se croit autorisé à formuler les propositions suivantes :

1° Le liseré gingival de Thompson est un signe infaillible de la diathèse tuberculeuse ;

2° Lorsqu'il existe, quelque obscurs que soient tous les autres symptômes, on peut annoncer d'une manière certaine l'apparition prochaine de la phthisie confirmée ;

3° Si, dans le traitement des phthisiques, on voit le liseré, d'abord existant, disparaître sous l'influence de la médication employée; c'est un signe certain d'amélioration, et il est suffisant pour faire porter un pronostic favorable ;

4° Lorsque le liseré, développé d'abord autour des incisives, s'étend graduellement autour des molaires, en dépit du traitement employé, le pronostic est défavorable, et il faut s'attendre à une terminaison rapidement fatale lorsque la coloration du liseré passe du rouge vif au rouge sombre ou pourpre ;

5° Lorsque le liseré n'existe pas, on peut espérer, quels que soient les symptômes généraux, que la santé générale n'a pas reçu une atteinte très-profonde ; que le malade pourra, en employant des remèdes appropriés, recouvrer un état de santé relatif, et que l'on pourra ainsi prévenir ou retarder le développement des tubercules pulmonaires.

(*Gazette hebdomadaire.*)

Traitement de l'albuminurie.

M. Corfe publie deux plans de traitement qui lui ont réussi, et dont chacun s'applique plus particulièrement à une période déterminée de la maladie en question.

Si l'albuminurie est récente, si le malade en est à sa première attaque, s'il avait eu jusque-là des habitudes tempérantes et une bonne santé, l'auteur conseille de pratiquer une petite saignée, et deux heures après d'administrer en trois doses, d'heure en heure, 15 grammes d'une infusion récente de digitale. Après un intervalle de vingt-quatre à trente-six heures, on répète la même dose, répétition qui peut avoir lieu trois et quatre fois. L'ingestion de chaque infusion doit être suivie de celle de boissons nitrées en abondance.

Si la maladie n'a pas cédé, que l'hydropisie augmente, que le dépôt albumineux devienne plus abondant, au lieu de s'exposer, comme on le fait généralement, à congestionner les reins déjà à demi enflammés par l'usage des diurétiques salins, M. Corfe emploie l'élatérium, secondé par une application quotidienne de ventouses scarifiées sur la région lombaire, et une sudation le soir. La forme sous laquelle il donne le purgatif est celle-ci :

Extrait récent d'élatérium (concombre sauvage).	25 milligr.
Piment en poudre.	10 centigr.
Gomme gutte	15 —
Extrait mou de jalap.	20 —

Pour faire deux pilules.

On donne une de ces pilules à six heures du matin, une seconde à huit ; et s'il n'y a pas eu un effet purgatif considérable, on en fait prendre une troisième à neuf heures.

Les vomissements et les évacuations qui résultent de cette médication, éprouvent beaucoup et alarment même d'abord le malade ; mais il est amplement dédommagé de sa souffrance et de ses angoises par la prompte diminution des symptômes. C'est au point que très souvent il redemande instamment qu'on réitère ce traitement avant l'époque où le médecin juge convenable d'y recourir de nouveau.

Le régime devra être réparateur, animalisé. On prescrira en même temps, des reconstituants, tels que le fer, soit sous forme de sirop d'iodure, soit, et de préférence, mélangé à

des boissons gazeuses. L'huile de foie de morue est aussi parfaitement indiquée. (*The Lancet* et *Gaz. des hôp.*)

Moyens propres à prévenir la formation de cicatrices difformes sur la face dans la variole confluente. — Il résulte des travaux de M. Stokes, de Dublin, que les chances de cicatices difformes sont plus grandes dans les formes sthénique ou inflammatoire, que dans les formes asthénique ou typhoïde de la variole confluente.

Dans les formes typhoïdes, l'emploi d'un enduit artificiel à la surface de la peau, solution de gutta-percha, glycérine, rend souvent de bons services.

Dans les formes plus actives ou non typhoïdes, l'emploi extérieur des cataplasmes, ou de tous autres moyens propres à diminuer l'inflammation locale, semble le meilleur mode de prévenir les cicatrices difformes du visage.

Lorsqu'on emploie les préparations mercurielles, il faut faire bien moins honneur des résultats favorables à une action spécifique du mercure qu'à l'influence de la compression exercée sur le système vasculaire de la partie, à la soustraction de celle ci à l'action de l'air et à l'abondance de la perspiration cutanée, entretenue au-dessous de l'emplâtre.

Le rédacteur en chef du *Bulletin de thérapeutique* ne partage pas cette opinion, et nous nous associons complétement à sa manière de voir. Voici ce que dit M. Debout :

Une expérimentation de plus de vingt années ne nous permet pas de partager l'avis de notre savant correspondant. Il suffira à notre confrère de Dublin, pour acquérir la conviction de l'action abortive du mercure, d'appliquer, sur l'un des avant-bras d'un malade affecté de variole, une couche de collodion mercuriel de même étendue. La différence des résultats qu'il observera ne tardera pas à lui faire modifier son opinion à l'égard de l'action spécifique du mercure. Pour obtenir tous les effets de cette action, il faut que la préparation contienne une certaine quantité du médicament. La formule suivante est celle qui nous a fourni les meilleurs résultats :

Collodion élastique. . . .	30 grammes.
Bichlorure de mercure . .	50 centigrammes.

C'est pour avoir employé de trop petites quantités de sel mercuriel que plusieurs expérimentateurs ont pu, à l'exemple de M. Stokes, nier l'action abortive des préparations hydrargyriques. Ce topique est d'une application plus facile et fournit des résultats aussi satisfaisants que l'emplâtre de *Vigo cum mercurio*, qui jusqu'à présent a été le moyen sur lequel on a dû le plus légitimement compter. (*Ibid.*)

JOURNAUX DES DÉPARTEMENTS.

Nous attendions, en vérité, que quelque plume médicale de province vînt prendre la parole, non pas pour porter l'ordre et la lumière sur le paradoxe magistral dont nous voyons se dérouler la scène à l'Académie de médecine, mais pour en faire bonne et prompte justice.

On devine que nous voulons parler des congestions apoplectiformes, interprétées comme attaques d'épilepsie, par M. le professeur Trousseau.

Il faut, à notre avis, toute l'autorité dont jouit la parole de l'éminent professeur pour supputer une pareille confusion entre deux maladies où tout est différent et distinct, excepté peut-être le signe pathognomonique qu'il donne précisément à l'une d'elles, à l'apoplexie, quand il la décrit brièvement l'*état d'une personne violemment prostrée.*

Le lecteur au courant du débat va voir que nous n'avons pas attendu longtemps ni en vain. L'article ci-dessous, que M. le docteur Diday de Lyon, vient de publier dans sa *Gazette médicale*, remplit, en effet, notre attente, et rend, à quelques traits près de la forme littéraire, toute notre pensée sur la question qu'il a prise pour titre : *Existe-t-il une congestion cérébrale apoplectiforme?*

Il est facile de le prévoir, la discussion académique va être une série de monologues ; chaque maître, obligé par sa spécialité ou ses antécédents, va monter à la tribune, et la plupart en descendront après avoir fait leur partie, laquelle pourra même n'être pas sur le ton ni dans la question dont s'agit. Le jour où l'aliéniste a été provoqué au débat, on a certainement, selon nous, introduit

une voix qui ne peut que fausser dans l'ensemble de la thèse telle que l'avait suscitée M. Trousseau.

Mais l'occasion se présentera d'y revenir; citons ici la note de M. Diday.

Existe-t-il une congestion cérébrale apoplectiforme? — L'espèce de congestion cérébrale, ressemblant à une attaque d'apoplexie est une maladie qui a son rang dans nos livres, sa place dans nos hôpitaux, sa trace dans nos souvenirs. Tous les praticiens la connaissent; ils savaient même, et non sans succès, la traiter, la prévenir, lorsqu'il a plu à un éminent professeur de la Faculté de médecine de Paris, d'en contester l'existence. Ce n'est pas qu'il la nie entièrement. Oh non! M. Trousseau est tacticien trop exercé pour s'engager sans réserve avant d'avoir vu quel accueil sera fait à son ballon d'essai. Il n'affirme donc point qu'on ne voit pas de congestion apoplectiforme : il déclare seulement que, quant à lui, *depuis quinze ans, il n'en voit plus!*

On sait les principaux arguments sur lesquels le trop ingénieux théoricien a appuyé son paradoxe. Mais nous ne pouvons taire, — parce qu'en l'exprimant nous ne sommes que les échos de l'opinion générale, — l'étonnement profond que l'énoncé de cette thèse a produit chez tous les observateurs. Que parmi les sujets que leur famille fait, avec la complicité du médecin, passer pour *apoplectiques*, un auteur voué à l'étude de l'épilepsie réclame la juste part de cette affection, cela se conçoit. Et M. Herpin l'avait déjà fait, il y a huit ans, avec une justesse et avec une réserve où d'autres auraient pu trouver un exemple de logique, sinon un motif de silence. Mais que le clinicien le plus répandu de France dise que l'occasion lui a manqué de voir ce qui frappe les yeux du moindre de ses confrères, voilà où se révèle le parti pris; voilà où perce ce que, dans l'intérêt des élèves auxquels il porte une sollicitude si sincère, l'éminent professeur nous excusera bien d'appeler l'*outrecuidance doctrinale.*

Parmi les cas de congestions qui se présentent en foule et d'eux-mêmes, nous choisissons le suivant, cité par le rédacteur en chef de l'UNION MÉDICALE. Aucun ne nous paraît, vu la compétence de l'observateur et la netteté des détails, mieux fait pour fournir à M. Trousseau l'exemple qu'il demande, qu'il semble défier tous ses confrères de lui produire. Cette lecture va sans doute rappeler à chaque praticien un ensemble de circonstances que sa pratique lui a rendues familières. Aussi échapperions-nous difficilement à l'accusation de vouloir démontrer l'évidence, si nous ne prenions soin d'avertir que nous donnons ce fait comme un cas type, et point comme un cas rare :

« Un homme âgé de 45 ans, petit, fort, vigoureux, trapu, très-monté en couleur, n'ayant jamais éprouvé d'accidents semblables à celui dont il va être question, est pris tout à coup, en parlant, de douleur de tête, de défaillance ; il titube, il chancèle, il tombe. La face est vultueuse, les yeux brillants ; l'intelligence reste entière ; la langue est embarrassée ; la sensibilité à gauche et sur toute la moitié du corps légèrement affaiblie ; difficulté à remuer le bras gauche et les doigts de la main ; mouvements et sensibilité intacts à droite. On saigne cet homme ; le lendemain, l'embarras de la langue est très-sensiblement moindre ; il ne reste qu'un peu d'engourdissement dans le bras et la main gauche ; la sensibilité est égale des deux côtés. Quarante-huit heures après l'accident, plus rien, si ce n'est un léger tremblement dans les doigts. »

A cette observation si concluante dans sa brièveté, que répondrait M. Trousseau ? Comment s'y prendrait-il pour prouver qu'il n'y a eu là qu'un accès d'épilepsie? Comment?.... Oh! le plus simplement du monde. En en appelant d'abord à une observation plus attentive ; puis, si celle-ci reste muette, à l'avenir.

En effet, et d'abord, s'il y a eu pendant l'attaque des *mouvements nerveux*, si les urines *se sont écoulées involontairement*, si seulement il y a eu *des grimaces dans le*

visage, *des secousses dans l'un des bras*, le malade doit être réputé atteint du mal caduc ; car ces signes, dit M. Trousseau « suffisent amplement pour caractériser l'épilepsie ! »

Cependant, et contre l'ordinaire, la congestion cérébrale s'est-elle passée sans qu'aucun muscle du corps tressaille ? L'ardent fournisseur de l'épilepsie ne renonce pas, pour cela, à son diagnostic. Suivez le malade, dit-il, et l'épilepsie ne tardera pas à se dessiner.

Ce n'est pas à l'avenir que nous nous adressons, nous, pour contrôler de semblables assertions : c'est à l'expérience passée et présente. D'abord, l'épilepsie n'attend pas, pour se déclarer, la fin de l'âge mûr.—Puis, l'accès comitial est parfois, il est vrai, précédé d'une sensation locale instantanée, mais non d'une condition pathologique, établie de longue date, comme l'est la pléthore.—D'ailleurs, l'accès épileptique, si on l'a vu une fois, a des signes qui ne permettent pas de le confondre avec la *fausse apoplexie*. — Enfin, une fois l'accès passé, tout est fini, et le malade, quoique devant plus tard lui payer encore son tribut, n'en conserve aucune trace dans son intelligence, ni ses facultés sensitives et motrices.

Ce tableau, tout incomplet qu'il soit, n'éclaire-t-il pas, par une contre-partie suffisante, celui de la congestion apoplectiforme ? Oh ! si, comme M. Trousseau, on appelle apoplexie, l'état d'un homme « violemment jeté à terre et prostré, » il n'est pas douteux que les deux maladies que nous voulons distinguer ne se confondent dans cette définition fondée sur le terre à terre de l'étymologie, au mépris de la clinique et de l'anatomie pathologique. Mais, heureusement, l'éducation médicale antérieure aux temps où nous vivons a porté des fruits durables ; et nous ne croyons adresser un compliment à aucun de nos lecteurs, en disant que pas un seul d'entre eux ne verrait la moindre difficulté à établir le diagnostic qui semble maintenant tenir en échec le premier corps médical de l'Empire.

Le parodoxe de M. Trousseau offre un danger tout spécial, dont la perspective suffirait pour expliquer la chaleur que nous mettons à relever ce lapsus d'un esprit supérieur. La plupart des épileptiques, traités ou non, voient leur mal persister. Ils le savent : on le sait autour d'eux ; et le découragement a bientôt passé de leur famille aux médecins. Les sujets voués aux congestions encéphaliques, peuvent, au contraire, souvent s'y soustraire par quelques médications bien connues, et surtout par une hygiène et une diététique appropriées. Or, si vous persuadez aux médecins que tout vieillard qui tombe sans connaissance est un épileptique, je ne veux pas chercher si vous portez atteinte à sa réputation, mais je sais fort bien que, en faisant passer son état de la classe des affections curables dans celle des maladies à tort ou à raison réputées incurables, vous engendrez en lui et autour de lui une incurie permanente, avec des conséquences probables do e souhaite, sans l'espérer, que votre conscience vous fasse trouver la responsabilité légère.

Un dernier mot. De notre temps, pour le concours de l'Internat, à Paris, il y avait, de fondation, dans l'urne, cette question : « *Diagnostic différentiel de l'apoplexie, de l'épilepsie et de l'hystérie.* » On reconnaissait là une difficulté, certes, mais une difficulté pour des élèves. Les temps sont-ils changés à ce point? Ce diagnostic élémentaire s'est-il obscurci? Ou ne serait-ce que pour avoir occasion de mieux approfondir ce problème, que les maîtres, aujourd'hui, le réclament comme dignes de leurs méditations?.... C'est ce que nous ne manquerons pas d'apprendre à nos lecteurs, si la suite de la discussion académique nous donne la surprise de fournir à cette demande une réponse affirmative.

P. Diday.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Rapport sur les épidémies. — Don à la bibliothèque de l'Académie. — Annonce de la mort de Tiedmann. — Discussion sur la congestion cérébrale. M. Trousseau; M. Bouillaud.

SEANCE DU 12 FÉVRIER 1861. — Présidence de M. ROBINET.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. J. Cloquet, qui fait cadeau à l'Académie de plusieurs ouvrages provenant de sa bibliothèque : 1° Tiedemann, *sur les Artères*; 2° *Sepulchretum anatomicum*, de Bonnet.

M. le président annonce la mort de M. Tiedemann, associé étranger.

L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion sur la congestion apoplectiforme. — La parole est à M. Trousseau.

M. Trousseau : Quand je suis venu, il y a trois semaines, entretenir l'Académie des rapports qui peuvent exister entre les congestions et l'épilepsie, je n'avais pas l'intention de faire un discours *ex professo*, et l'Académie me rendra cette justice, que la lecture de la simple note que j'ai lue devant elle n'a pas duré plus de dix à douze minutes.

Cette lecture a soulevé de si nombreuses protestations et m'a valu de tels adversaires, qu'on me permettra bien de chercher à me replacer sur mon propre terrain, sur celui dont on n'aurait pas dû me faire sortir, et qui, je le reconnais d'ailleurs, est assez glissant.

Je n'aime guère les discussions de mots, et je ne fais aucun cas de tout ce qui est terminologie en médecine. Je n'ai jamais commis que deux mots nouveaux : *impatience* et *étonnement du cerveau*. J'en demande pardon à Dieu et aux hommes, et ça ne m'arrivera plus. M. Bouillaud aurait voulu m'attirer hors des limites dans lesquelles je tiens à rester. M. Bouillaud est un pathologiste habile et un philosophe très élevé. Mais je me sens mal à l'aise dans l'habit philosophique, et mal m'en a

pris toutes les fois que j'ai voulu m'en revêtir. Je ne me laisserai donc pas entraîner où ne me porte pas ma tendance.

J'aime le terre à terre de la médecine pratique, et je demande grâce pour la vulgarité de ma défense. Que suis-je venu lire à l'Académie? J'ai parlé des phénomènes apoplectiques transitoires prenant un homme au milieu de la plus florissante santé, et le laissant peu après dans le même état où ils l'avaient surpris.

Je pouvais rester sur ce terrain, et je n'y aurais pas été attaqué. En effet, tout le monde a été de mon avis sur ce point. Si j'ai trouvé des contradicteurs, c'est que, dans le cours de mon travail, il a été aussi question de l'éclampsie.

On m'a reproché de n'avoir pas fait de la médecine exacte, et de n'avoir pas distingué d'une façon précise les différentes formes de la congestion et des hémorrhagies cérébrales. Je reprends ma thèse : j'ai parlé d'un homme qui se portant bien, est jeté par terre, et chez lequel tous les accidents disparaissent au bout d'un temps relativement très court. Mais est-ce que tout est fini dans les cas que m'ont opposés MM. Bouillaud, Durand-Fardel et Beau? dans les cas d'hémorrhagies, de phlegmasies du cerveau, etc., etc.? Dans ces cas, le malade ne revient pas à son état normal quelques minutes, quelques heures après l'accident.

Qu'est-ce donc, avant toutes choses, que l'apoplexie? J'ouvre Boerhaave, et je lis :

« Apoplexia dicitur adesse, quando repente actio quinque « sensuum externorum, tam internorum, omnesque motus vo- « luntarii abolentur. Superstite pulsu plerumque forti, et res- « piratione difficile, magna, stertente, una cum imagine pro- « fundi perpetuique somni.»

Le savant commentateur de Boerhaave a soin de distinguer cette apoplexie des cas dans lesquels ces accidents se produisent à l'occasion d'une syncope, d'une embolie, d'une rupture du cœur, etc., parce qu'alors la respiration n'est pas grande et le pouls ne persiste pas. Mes contradicteurs n'ont pas fait cette distinction importante. C'est donc dans le sens de la défi-

nition de Boerhaave que j'ai parlé de phénomènes apoplectiques, abstraction faite de la cause qui les provoque.

J'avais, à la vérité, un défaut dans la cuirasse, et M. Tardieu, avec son habileté ordinaire, l'a saisi et m'a porté la première attaque sérieuse. J'avais eu le tort de prononcer le mot éclampsie, et j'aurais dû comprendre que j'allais avoir contre moi toute la phalange des médecins qui se sont consacrés à l'étude de l'aliénation mentale.

J'avais donné une belle occasion à tous les médecins légistes et à ceux qui s'occupent d'aliénation mentale, pour venir ici élucider cette question si importante des déterminations subites, irrésistibles, qui, si souvent, sont du fait de l'épilepsie, et sont, dans un trop grand nombre de cas, imputés à des motifs criminels. Cette discussion, si mes honorables collègues l'eussent acceptée, eût pu avoir pour résultat d'arracher un grand nombre de soi-disant criminels à l'échafaud. Au lieu de cela, chacun de nous ne gardera de cette discussion, limitée à la congestion, que les opinions qu'il avait avant. Ce ne sera pas ma faute.

Messieurs, je ne vous dirais pas toute ma pensée, si je n'ajoutais que l'épilepsie et l'éclampsie sont pour moi deux névroses identiques dans leur expression phénoménale et dans leur cause prochaine. J'ai déjà établi que l'attaque éclamptique ne différait en rien de l'attaque épileptique, et jamais un médecin ne distinguera la convulsion d'une femme enceinte épileptique depuis longtemps, de la convulsion d'une femme prise d'éclampsie au début du travail. Voilà pour l'expression phénoménale. Quant à la cause prochaine, je la crois encore identique dans les deux cas. Lorsque l'épilepsie se manifeste par accès mensuels chez un individu qui a un tubercule cérébral, il n'y a pas, du côté du cerveau et de la moelle épinière, d'autres lésions appréciables que celles qui existent dans le mal caduc, indépendant de toutes lésion. Si l'autopsie est faite et si nous trouvons un tubercule, un cancer, une tumeur osseuse, le reste de l'encéphale pourra ne présenter rien autre chose que l'état de turgescence vasculaire que l'on trouve dans le cadavre d'un

véritable épileptique, mort en état de mal, pour me servir de l'expression généralement adoptée. Que devons nous en conclure? C'est que si la tumeur cérébrale est la cause des phénomènes convulsifs, elle n'en est pas la cause prochaine et immédiate; cette cause prochaine nous échappe et nous échappera probablement toujours.

L'éclampsie survenant chez un enfant qui fait des dents ou qui a des vers, l'éclampsie, éclatant chez un enfant atteint d'anasarque scarlatineuse, ne diffère en rien, quant à la forme convulsive, de l'attaque épileptique. Ce qui n'empêche pas que ces maladies ne soient profondément différentes par leur nature. Ce que je veux dire, c'est que la modalité moléculaire de l'encéphale et de la moelle est peut-être la même dans les deux cas.

Quand nous voyons un individu rester pendant vingt ans avec des attaques presque périodiques, sans avoir d'ailleurs de phénomènes d'aliénation mentale ou de paralysie générale, nous disons qu'il a une épilepsie franche.

Si entre ses attaques il a de l'hémiplégie, des douleurs de tête violentes, ou des douleurs exclussivement nocturnes, nous supposons qu'il a une épilepsie symptomatique d'une tumeur cérébrale ou d'une vérole à accidents tertiaires.

S'il s'agit d'une femme enceinte albuminurique, ou d'un individu ayant une anasarque scarlatineuse, ou d'un homme empoisonné par le plomb, nous disons qu'il y a éclampsie.

S'il s'agit d'un enfant au début d'une pyrexie exanthémateuse, de la variole, par exemple, nous disons qu'il y a éclampsie.

Encore si cet enfant prend des convulsions à la fin d'une encéphale méningite, ce que l'on appelle une fièvre cérébrale, nous disons qu'il y a une éclampsie.

Si la convulsion épileptiforme a lieu chez un individu dont nous ouvrons la veine, chez un animal que nous faisons mourir d'hémorrhagie, nous disons encore qu'il y a éclampsie.

Si, comme dans l'expérience si curieuse de M. Brown Sequard, un animal prend une attaque convulsive épileptiforme, sous

l'influence de certaines excitations extérieures, nous disons encore qu'il y a éclampsie.

Qu'est-ce donc que l'éclampsie relativement à l'épilepsie, et réciproquement ?

En ne tenant compte que de la forme convulsive, l'épilepsie symptomatique ou essentielle, pour me servir des mauvaises divisions de l'École, n'est que l'éclampsie à retour ; — et l'éclampsie n'est que l'épilepsie accidentelle et transitoire.

Pour être conséquent, il faut donc accepter que toutes les convulsions épileptiformes sont, bien que tenant à des causes éloignées très diverses, sont, dis-je, suivant toute apparence, l'expression de la même modalité intime.

Si nous nous plaçons à ce point de vue, nous comprendrons mieux les relations de l'éclampsie et de l'épilepsie, avec ce que l'on est convenu d'appeler la congestion cérébrale apoplectiforme. Au moment de la période tonique de la convulsion épileptiforme, la glotte se ferme, et il se fait un effort suprême pendant lequel le visage, les vaisseaux du cou et nécessairement les vaisseaux de l'encéphale deviennent turgescents. On peut donc considérer ici la congestion comme passive et secondaire.

Mais, Messieurs, la profonde hébétude qui succède à une attaque d'éclampsie ou d'épilepsie n'est-elle que l'effet de cette congestion passive ? J'avoue que je ne le crois pas, car la perte de connaissance subite qui signale le début de l'épilepsie, perte de connaissance accompagnée dès l'abord d'une pâleur mortelle est le signe d'une modification si profonde dans les fonctions du cerveau, et probablement dans sa texture intime, que la stupeur consécutive à l'attaque est plus probablement la suite de cette modification que celle de la congestion passive secondaire. D'où résulte que ce que nous appelons la congestion cérébrale apoplectiforme pourrait bien n'être rien autre chose qu'un état analogue à la stupeur apoplectique qui succède à une grande commotion du cerveau, stupeur apoplectique certainement étrangère à la congestion.

L'éclampsie des femmes enceintes n'éclate pas au moment où

la mère se livre à de violents efforts qui pouvaient congestionner le cerveau. Elle se manifeste avant tout travail quelquefois, le plus souvent quand à peine l'utérus a éprouvé ses légères contractions qui n'éveillent pas l'attention de la malade.

Laquelle de ces deux femmes restera le plus longtemps apoplectique? Evidemment, c'est celle qui aura été éclamptique. Après l'accès, la stupeur dure sept à huit heures. Chez la première, quelques minutes à peine.

Un enfant qui a la coqueluche et qui est très congestionné au moment des accès, rit avec ses camarades une fois l'accès passé. Le fort de la halle, le bateleur qui marche la tête en bas sont aussi extrêmement congestionnés. Mais il n'y a pas rien que de la congestion ; dans l'éclampsie, il y a plus : il y a le coup, l'ictus. Qu'est-ce que cela? Je n'en sais rien, ni vous non plus, et je ne suis pas obligé de vous dire ce que c'est. Selon l'expression de Boerhaave, les épileptiques sont jetés par terre comme le bœuf qu'assomme le boucher. Aucun médecin ne croira que la congestion soit la cause de l'attaque d'épilepsie.

Il y a, dit-on, des congestions actives, mais celles-là ne jettent personne par terre.

Venons donc à la grande objection de M. Tardieu, c'est-à-dire à la paralysie générale. Quand un enfant a une encéphalo-méningite, cet enfant prend presque toujours des attaques épileptiformes. Ce qui est vrai de l'encéphalo-méningite aiguë des enfants, on peut le dire de la méningite chronique; MM. Bayle, Calmeil, etc., ont accepté que la paralysie générale était une suite de l'encéphalo-méningite chronique. Chez l'enfant dont j'ai parlé, comme chez les autres, ces attaques sont de l'éclampsie.

Le paralytique général, à cela près des idées délirantes qui l'occupent, à cela près d'une certaine incertitude dans le langage et dans la marche, serait d'une bonne santé apparente. Il prend une attaque épileptiforme, et à l'instant il est foudroyé et tombe dans l'état apoplectiforme. Pour ce malade, pas plus que pour l'enfant dont je viens de parler, la phlegmasie encéphalo-méningée n'est la cause prochaine de l'attaque convulsive

et apoplectique ; mais je suis en droit de dire que si cette phlegmasie est la cause éloignée de la convulsion éclamptique, la modalité cérébrale, la modification moléculaire intime qui produit l'attaque est la cause des phénomènes apoplectiques.

Je vais démontrer que les phénomènes apoplectiques, chez les paralytiques généraux, sont le résultat d'une attaque primitive d'éclampsie, vue ou non vue. Que disent les hommes spéciaux ?

M. Foville m'autorise à déclarer ici que, sans une exception, il y a des phénomènes éclamptiques au début de toutes les attaques apoplectiformes. M. Blanche est exactement du même avis.

M. Calmeil, qui sait compter et peser, comme le veut M. Bouillaud, affirme que, sur 45 paralytiques généraux, les trois quarts ont eu des congestions épileptiformes au début ; l'autre quart, il ne les a pas vus. On peut donc supposer qu'un grand nombre de ceux qui composent ce dernier quart, ont offert aussi ces phénomènes passés inaperçus.

Pour MM. Baillarger, Falret, Moreau, les convulsions au début seraient cependant rares.

Cette divergence d'opinions ne tiendrait-elle pas à ce que la durée des phénomènes convulsifs est extrêmement courte, et qu'ils ont dû échapper dès lors plus souvent à l'observation des surveillants ordinaires ? Quant aux médecins de la ville, ils ont peu souvent l'occasion de rencontrer dans leur clientèle privée des cas de paralysie générale.

Supposons qu'il y ait à Paris 1 aliéné sur 1,000 habitants, ça fera 1,800 aliénés sur une population de 1,800,000 habitants ; il y a maintenant 1 paralytique sur 8 aliénés, ce qui fait 1 paralytique sur 8,000 habitants. Or, les individus fous et paralytiques sont tous internés, soit dans les asiles, soit dans les maisons de santé.

On comprend que cela réduise de beaucoup le nombre des cas d'accidents congestifs que l'on peut rencontrer dans la pratique générale. Ne soyez donc pas surpris que, depuis quinze ans, je n'aie plus rencontré de ces congestions apoplectiformes

non épileptiques, tandis que mes confrères, mieux placés pour cela, en ont vu beaucoup dans les établissements qu'ils dirigent ou dans lesquels ils ont des services.

M. Trousseau termine en protestant contre l'assimilation qu'a faite M. Girard, de Cailleux, entre les phénomènes apoplectiques qui suivent l'attaque d'épilepsie, et ceux qui sont l'effet de l'ingestion des poisons.

Il s'élève, à cette occasion, contre la théorie qui attribue le sommeil et le narcotisme à une congestion du cerveau.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

SÉANCE DU 19 FÉVRIER 1861. — Présidence de M. ROBINET.

M. Le ministre d'État transmet une nouvelle formule des sirops iodhydriques et de proto-iodhydrates, par M. Galy, pharmacien.

L'Académie reçoit : Une note sur l'alcoolisme chronique et les attaques épileptiformes, par M. le docteur Auguste Voisin. (*Comm.* : M. Trousseau.)

Une note relative à l'indication d'une lésion organique des centres nerveux, particulière à la paralysie générale, non encore signalée dans la science, par M. le docteur Joire (de Lille). *Comm.* : M. Falret.)

Une lettre relative au traitement de l'épilepsie, par M. le docteur Fiévet (de Tournon. *Comm.* : M. Trousseau.)

M. le Président annonce que, mardi prochain, l'Académie se formera en comité secret immédiatement après la correspondance, et qu'elle reprendra ensuite sa séance publique.

— Discussion sur la congestion cérébrale. M. Trousseau, pour répondre à un désir que M. Bouillaud lui a exprimé dans une lettre, donne les définitions et les explications suivantes :

« On donne vulgairement le nom de congestion cérébrale apoplectiforme à un état de l'appareil cérébro-spinal, caractérisé par les phénomènes qui appartiennent à ce que l'on appelle ordinairement l'apoplexie foudroyante : perte subite de connaissance ; résolution complète ; respiration lente, profonde, stertoreuse ; pouls plein et assez lent ; en un mot, ce qui caractérise les phénomènes apoplectiques.

Ces accidents sont essentiellement transitoires, dans ce que l'on appelle congestion cérébrale apoplectiforme.

Pour moi, ces phénomènes apoplectiques ne sont pas le résultat d'une congestion cérébrale, mais d'une manière d'être de l'encéphale, laquelle est connexe à la modalité dont la grande attaque d'épilepsie ou d'éclampsie est le symptôme.

J'admets la congestion de l'encéphale.

Un ramollissement inflammatoire, une méningite, une encéphalo-méningite, une hémorrhagie, une blessure de l'encéphale, seront la cause d'une fluxion ou d'une congestion pour le cerveau, comme pour tout autre organe.

Mais cette congestion, que j'admets, ne sera pas soudaine et transitoire comme les accidents apoplectiques qui succèdent à une attaque d'épilepsie ou d'éclampsie.

Epilepsie : Expression vulgaire, désignant une maladie de l'axe encéphalo-rachidien, caractérisée, dans sa forme la plus grave, par la perte subite de connaissance, des convulsions générales, prédominant ordinairement d'un côté, — d'une durée qui n'excède pas habituellement deux minutes, — suivies de phènomènes apoplectiques, considérés, à tort suivant moi, comme congestifs. Cet état apoplectique est, suivant moi, le symptôme de la modalité cérébrale qui a produit l'attaque, et n'est pas plus que l'attaque elle-même une congestion cérébrale.

Le petit mal n'est que l'attaque avortée ou modifiée.

Eclampsie : Mêmes phénomènes que ceux de l'épilepsie; accidentelle, tandis que l'épilepsie est constitutionnelle et à retours.

Dans une maladie cérébrale chronique ou aiguë, il y a des phénomènes de congestion irritative et inflammatoire; mais ici même, dans la presque universalité des cas, les phénomènes apoplectiques qui surviennent subitement, et qui disparaissent sont de l'éclampsie ou de l'épilepsie symptomatiques, déterminés, j'en conviens, appelés, en quelque sorte, par la lésion aiguë ou chronique de l'encéphale.

M. Bouillaud pense et cherche à établir que M. Trousseau a

eu tort de se plaindre, dans son dernier discours, d'avoir été poussé, malgré lui, loin de la question qu'il avait posée, et entraîné hors du terrain où il s'était primitivement placé. N'est-ce pas M. Trousseau qui a parlé de certains états du cerveau, différents de la congestion et de l'épilepsie? N'est-ce pas lui qui a caractérisé ces états nouveaux, par des mots plus nouveaux encore d'impatience cérébrale, d'étonnement du cerveau? N'est-ce pas lui, enfin qui, sans le vouloir peut-être et sans le savoir, a soulevé des questions de haute philosophie médicale, en apportant à cette tribune des idées qu'il regarde comme neuves, en heurtant de front certains principes de nosologie généralement acceptés, et en adoptant une terminologie aventureuse, peu conforme au langage communément adopté?

M. Bouillaud établit que le langage représentatif, en médecine, comme le nommait Alibert, c'est-à dire la tendance à désigner une maladie par une expression qui rappelle à la fois la nature de la lésion et l'organe lésé, remonte à Hippocrate, et a été suivie par tous les grands médecins des temps passés. C'est en vain que M. Trousseau s'efforcerait de s'opposer à cette tendance, et de faire rétrograder ce mouvement; il a commencé par là, il y reviendra.

Ce qui fait l'immortelle gloire de Bichat, c'est d'avoir créé la médecine comme n'étant que l'anatomie et la physiologie, envisagées sous un autre point de vue; c'est d'avoir formulé la loi de tous les progrès accomplis ou futurs, en médecine, dans cette phrase restée célèbre : « Qu'est l'observation, si l'on ignore là où siége le mal? »

Héritiers des doctrines de Bichat, nous faisons de la médecine comme de la physiologie; nous étudions les troubles fonctionnels pour les rattacher à des organes lésés; de sorte que l'étude, la détermination de l'altération organique, de la modification anatomique, doit être regardée comme la base de la médecine moderne, qu'on pourrait appeler justement, pour cette raison, la médecine *incarnée*.

Hors de cette école de l'observation exacte, que reste-t-il?

L'ontologie, cette chimère, si rudement combattue par Broussais, doctrine décevante, qui regarde la maladie comme une abstraction, et qui l'étudie indépendamment des organes lésés !

Laennec, tout en condamnant les exagérations où le génie de Broussais s'était laissé entraîner, adopte le fond même de la doctrine de l'illustre réformateur. Dans l'introduction de son immortel *Traité d'auscultation médiate*, il compare les médecins qui créent des entités morbides ou qui les poursuivent à des gens qui courent après des fantômes ou à des bateleurs s'escrimant dans l'obscurité. Comme eux, dit-il, ces médecins s'exposent à frapper tantôt sur la maladie, tantôt sur le malade.

M. Rostan, M. Piorry et moi, ajoute M. Bouillaud, nous avons fait aussi de grands efforts pour anéantir ces fantômes d'entités morbides. M. Trousseau lui-même avait suivi d'abord cette bonne voie ; mais aujourd'hui voilà qu'il abandonne le sentier de la médecine exacte, positive, de la médecine d'observation, pour se jeter tête baissée dans les aventures d'un système illusoire et de pure fantaisie. Animé de je ne sais quel esprit de discorde, voilà qu'il vient, pour me servir de ses propres expressions, *faire une émeute* dans l'Académie. Voyant Catilina à nos portes, je me suis écrié : *Caveant consules* ! J'ai fait appel au Cicéron de l'Assemblée; mais, ne jugeant pas sans doute que la patrie fût en danger, M. Malgaigne reste muet sur son banc.

Il fallait bien que M. Trousseau tînt extraordinairement à produire quelque émotion dans le monde médical, puisque la note qu'il a lue à cette tribune n'est que la reproduction d'une de ses leçons cliniques, un chapitre emprunté à l'ouvrage qu'il publie en ce moment. L'Académie n'a donc pas eu les prémices de ce travail, et pourtant je la crois une assez belle dame pour mériter tous les égards, toutes les faveurs de notre collègue.

M. Trousseau. Le volume dont je suis venu lire un chapitre devant l'Académie n'a pas encore paru ; il est sous presse.

M. Bouillaud. Revenons à la question soulevée par M. Trousseau, à la congestion apoplectiforme. Encore une fois, M. Trousseau, en rapprochant la congestion de l'épilepsie, en rapportant à cette dernière affection des phénomènes généralement attribués à une fluxion sanguine encéphalique, fait un rapprochement forcé; il assimile entre celles des choses tout à fait disparates; il commet un grossier contre-sens pathologique; il confond une névrose, une affection convulsive, avec un état anatomique bien connu, bien déterminé. L'idée qu'il se fait de l'apoplexie n'a rien de scientifique, rien de médical; c'est l'idée que le vulgaire s'en fait. Un homme tombe subitement dans la rue, sans connaissance, sans mouvement; tout le monde s'écrie: C'est une attaque d'apoplexie! et le lendemain toutes les gazettes répètent à l'unisson: C'est une attaque d'apoplexie! J'ai demandé à M. Trousseau une définition rigoureuse de l'apoplexie; il m'a donné celle de Boerhaave. Cette définition pouvait être excellente du temps de Boerhaave, elle pouvait paraître satisfaisante aux médecins de cette époque; mais aujourd'hui que nous connaissons bien les fonctions du cerveau, que la physiologie est venue jeter le jour sur le rôle assigné aux différentes parties de l'axe encéphalo-rachidien; aujourd'hui surtout que l'anatomie pathologique nous a appris à préciser la nature et le siége des diverses lésions qui peuvent atteindre les centres nerveux; aujourd'hui que nous savons à merveille que l'apoplexie cérébrale n'est pas le seul accident morbide qui puisse terrasser un homme et le priver soudain de la connaissance et du mouvement, la définition de Boerhaave est un anachronisme, un non-sens. C'était dans les travaux contemporains que M. Trousseau aurait dû chercher la définition de l'apoplexie.

Si M. Trousseau avait ouvert la nosologie de Pinel, qui le premier s'est efforcé d'élucider la question obscure des apoplexies, il aurait vu avec quel esprit méthodique, quel sens profondément médical, cet illustre médecin avait cherché à débrouiller ce chaos informe. Pinel inscrit l'hémorrhagie cérébrale en tête des apoplexies; puis il décrit l'apoplexie sé-

reuse, et enfin il forme une troisième espèce, sous le nom d'apoplexie nerveuse, de tous les cas que l'anatomie pathologique ne permet point de faire rentrer dans les deux premières variétés. En procédant ainsi, peut-être M. Trousseau aurait-il découvert que beaucoup de prétendues congestions apoplectiformes, au lieu d'être justiciables de l'épilepsie ou de l'éclampsie, comme il le pense, c'est-à-dire au lieu d'être de pures névroses, pouvaient rentrer dans la classe des hémorrhagies, et s'expliquer par une de ces lésions anatomiques dont l'observation exacte nous apprend à bien préciser la nature et le siége. Ainsi, par voie d'élimination, M. Trousseau serait arrivé nécessairement à ce groupe de phénomènes où l'élément nerveux joue le rôle principal, et que nous sommes tous obligés de ranger parmi les névroses, faute d'altérations anatomiques appréciables. A coup sûr, si notre collègue avait procédé de la sorte, il aurait trouvé moins d'épilepsies dans sa pratique, et il n'aurait pas avancé cette grave et terrible proposition, à savoir que la presque universalité des gens qui éprouvent des vertiges, des étourdissements, des pertes subites de connaissance, doivent être regardés comme épileptiques; il n'aurait pas été conduit, non plus, à jeter l'alarme dans la conscience des médecins légistes, en les invitant à se prononcer ici sur l'importante question de la responsabilité de certains actes réputés criminels, et en leur déclarant que la solution de la question actuellement pendante pouvait arracher bien des têtes à l'échafaud.

J'ai peine à concevoir l'enthousiasme qui a accueilli le dernier discours de M. Trousseau; j'admire le zèle de ses amis, qui prétendent que notre collègue a répandu des flots de lumière sur ce difficile problème pathologique! Malheureusement, cette conviction n'a pas été partagée par tout le monde; et, au sortir de la séance, un des médecins les plus éminents de cette assemblée, M. Roche, s'est approché de moi en me disant: *Fiat lux*! M. Trousseau, d'ailleurs, semble lui-même s'associer médiocrement aux illusions de ses admirateurs, s'il faut en croire cet aveu, échappé à sa franchise: « Chacun de nous ne

« gardera de cette discussion, limitée à la congestion, que les « opinions qu'il avait avant. »

Et, en effet, messieurs, malgré toutes les explications tentées par M. Trousseau, je vous demande si vous êtes encore parvenus à comprendre le premier terme du débat, à savoir ce qu'il faut entendre par congestion cérébrale apoplectiforme. Quant à moi, je n'en sais rien encore. J'ai prié M. Trousseau de nous indiquer un ouvrage où cette maladie fût décrite, une monographie où ses caractères symptomatiques et ses lésions anatomiques fussent nettement indiqués. M. Trousseau n'a pu me fournir ces précieux renseignements. Et puis, il vient dire que c'est une affection généralement connue, et communément acceptée! Sur quelles preuves cliniques, sur quelles démonstrations anatomiques repose une pareille assertion ? M. Trousseau a-t-il jamais vu sur le cadavre cette congestion apoplectiforme? J'ai déjà dit, et je répète, que je ne l'ai jamais observée, et que jamais je ne l'ai signalée, ni dans mes livres, ni dans mon enseignement.

Voilà où il fallait porter la lumière; voilà quels étaient les termes du problème qu'il fallait surtout chercher à dégager, en prenant pour flambeau, non point une vaine hypothèse, mais l'observation clinique et l'anatomie pathologique, qui seules peuvent nous éclairer sur le siége du mal et sur la lésion.

M. Bouillaud termine en insistant sur la nécessité de distinguer l'épilepsie essentielle de l'épilepsie symptomatique; il range la première au nombre des névroses actives ou par excès d'action nerveuse; c'est dans ce sens seulement qu'il est permis d'en rapprocher certaines névralgies et l'angine de poitrine, qui sont également des névroses par excès d'action, mais qui diffèrent essentiellement par leur nature de l'épilepsie héréditaire, de cette affreuse maladie, le fléau et l'opprobre de l'humanité.

La séance est levée à cinq heures.

FORMULES RECETTES ET PRATIQUES.

Propylamine et rhumatisme. — Préparations microscopiques. — Anesthésique local. — Ulcères des jambes.

PROPYLAMINE *contre les affections rhumatismales.* — La propylamine, qu'on obtient de la saumure des harengs, de l'huile de foie de morue, du seigle ergoté, de l'urine de l'homme, etc., paraît, selon le docteur Awenarius, pouvoir revendiquer la propriété de devenir un vrai spécifique contre les affections les plus diverses d'origine rhumatismale. Le diagnostic de ces maux étant souvent fort obscur, on réussit même, dit l'auteur, par l'usage de la propylamine, à tirer au clair, en peu de jours, la nature de la maladie. La plupart des cas que l'auteur a traités étaient : le rhumatisme partiel ou général, la prosopalgie rhumatismale, les métastases rhumatiques au péricarde, aux méninges ou à la plèvre, les hémiplégies ou les paralysies des extrémités inférieures. Dans les cas aigus, la douleur et la fièvre avaient déjà disparu le lendemain.

Forme et dose :

R. Propylamine	24 gouttes.
Eau distillée	6 onces.

Ajouter en cas de besoin :

Oléo-sacchar. de menthe poivrée	2 onces.

A prendre une cuillerée à soupe de deux en deux heures. Il faut surtout faire attention à ce que le médicament soit pur.

(*Journal de médecine de Bruxelles.*)

LIQUIDE *conservateur des préparations microscopiques.* — L'importance prise par les études microscopiques nous engage à enregistrer la formule suivante, conseillée par M. Pacini pour la préservation des préparations microscopiques :

Perchlorure de mercure	1 partie.
Chlorure iodique	2 parties.
Glycérine (à 25° Baumé)	13 »
Eau distillée	113 »

On laisse le mélange reposer pendant deux mois, puis on étend une partie de ce liquide dans trois parties d'eau distillée, et on filtre.

Cette liqueur est très bonne, dit l'auteur, pour conserver les globules sanguins, les nerfs, les ganglions, la rétine et tous les tissus mous, qui s'y durcissent, et conservent leur forme et leur aspect.

(*Annales et Bull. de la Soc. de Gand.*)

ANÉVRYSME *de l'artère humérale guéri après deux heures et demie de compression totale.* — M. Denucé a communiqué le fait suivant : V..., âgé de cinquante-deux ans, vigneron, vient à l'hôpital pour une

tumeur assez volumineuse qui existe au bras, à la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs. Cette tumeur a apparu il y a trois ans et demi ; elle a grossi peu à peu ; le malade y a constaté des battements un an et demi après le début, et à cette même époque, il a commencé à sentir des douleurs névralgiques et de l'engourdissement des doigts. La tumeur a le volume d'une grosse noix ; elle présente des battements, faciles à constater par la vue et le toucher, un mouvement expansif, un mouvement d'expansion, un frémissement vibratoire assez faible, mais constant, un bruit de souffle à simple courant, facile à percevoir.

M. Denucé appliqua alors un appareil à compression, destiné à l'artère fémorale, et qu'il appropria au cas présent ; l'application fut assez difficile et longue, mais il parvint cependant à supprimer complétement les battements dans la tumeur. Deux heures et demie après, l'interne du service revint voir le malade ; celui-ci, souffrant trop, venait d'enlever l'appareil. Une heure et demie après, M. Denucé constata que les battements avaient diminué. Le lendemain matin, ils avaient cessé ; le soir, ils étaient revenus faiblement ; on appliqua le compresseur de J.-L. Petit pendant un quart d'heure, puis, à diverses reprises, mais très peu de temps chaque fois, le malade ne voulant pas le garder.

Il sortit de l'hôpital, et revint quinze jours après ; il dit que, depuis huit jours, les battements avaient complétement disparu.

Depuis cette époque, M. Denucé a revu plusieurs fois le malade ; un mois après la sortie de l'hôpital, on trouve la tumeur dure, sans battement. L'artère bat vigoureusement au-dessus de la tumeur ; au pli du bras et au poignet le pouls est faible, mais plus appréciable que précédemment. Le malade se sert librement de son bras ; il ne reste qu'un peu de douleur vague au niveau du poignet, et un peu d'engourdissement à l'extrémité du médius.

Ce fait, est très remarquable ; il vient après beaucoup d'autres prouver l'efficacité de cette méthode ; dans aucun cas, la compression totale n'a réussi en aussi peu de temps ; dans les cas les plus heureux, la compression totale avait été faite pendant sept heures et demie, onze heures, douze heures.

NOUVEL *agent anesthésique local* ; par M. A. Claisse, à Saint-Valérien. — Depuis quelques années, je fais usage d'un moyen qui produit une anesthesie locale, et me permet d'extraire des dents, d'ouvrir des panaris, et de faire d'autres petites opérations sans que les malades ressentent la moindre sensation douloureuse.

Voici en quoi il consiste :

Dans un petit flacon, j'introduis le tiers de sa capacité de camphre pulvérisé, et je remplis d'éther sulfurique.

C'est avec cette solution que je frictionne légèrement, à l'aide d'une petite éponge fixée à une tige en baleine, pendant une minute environ,

soit la gencive, soit l'endroit où le bistouri doit agir ; puis, je me hâte d'opérer.

Dans les circonstances où les malades font quelques difficultés, l'expérience m'a démontré qu'il vaut mieux recommencer à frictionner ; s'il s'est écoulé une ou deux minutes, l'anesthésie est grandement diminuée, sinon abolie.

BONS EFFETS *de l'iodure de potassium à l'intérieur, dans le traitement des ulcères des jambes.* — Ce n'est pas seulement quand il y a des antécédents syphilitiques que l'on doit administrer l'iodure de potassium dans le traitement des ulcères des jambes. M. le docteur Trastour a trouvé que, dans tous les cas où la vérole n'y est pour rien, les ulcères les plus rebelles guérissent en un ou deux mois, rarement plus, par l'usage de ce sel, administré à la dose de 2 à 6 grammes par jour. Les ulcères et les engorgements variqueux eux-mêmes cèdent rapidement à cette médication, secondée par une compression régulière et un pansement simple, M. Trastour n'assujettit ses malades ni au repos ni au séjour de l'hôpital ; ils continuent leurs travaux.

En somme, l'auteur a cru remarquer que la guérison est plus facile, plus complète et plus solide par sa méthode que par celles connues jusqu'ici. Il rapporte plusieurs observations qui mettent en évidence l'action avantageuse de l'iodure de potassium sur les ulcères. Sous l'influence de son administration, on voit la suppuration changer rapidement de nature, perdre son odeur fétide, l'état de la plaie se modifier favorablement, l'engorgement disparaître, la douleur cesser, la marche devenir facile, et, enfin, la guérison être bientôt complète. Au demeurant, ce traitement n'est pas applicable à tous les ulcères. Les ulcères scorbutiques et dartreux, par exemple, et même les ulcères scrofuleux, réclament toujours une médication plus complexe. (*Journ. de la Soc. acad. de la Loire-Infér.*)

VARIÉTÉS.

ARCHIVES HISTORIQUES DE L'ANESTHÉSIE,

Par E. Chassaignac, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

Dès le XVI^e^ siècle on connaissait, en chirurgie, l'art d'endormir les opérés avant de procéder à de grandes mutilations. Les vers suivants de Du Bartas, poëte français du XVIe siècle, né en 1564, impliquent l'idée d'un anesthésique pris en boisson, mais dont il n'indique pas la nature :

Comme le médecin qui désire trancher
Quelque membre incurable, avant que d'approcher
Les glaives impitieux de la part offensée,

Endort le patient d'une *boisson glacée ;*
Puis, sans nulle douleur, guidé d'usage et d'art,
Pour sauver l'homme entier, il en coupe une part.

Des recherches que nous avons faites dans les écrits publiés à diverses époques, et notamment dans la *Practique et cirurgie* de très-excellent docteur en médecine maistre Jehan de Vigo (Lyon, Benoist Bounyn, 1515), ne nous ont rien révélé de particulier à cet égard, mais nous avons trouvé des renseignements précieux dans plusieurs écrivains du XVIe siècle et du commencement du XVIIe, ainsi que dans Boccace qui, comme on le sait, écrivait au XVe siècle. (La première édition du Décaméron est de 1471. Elle a été donnée à Venise par Valdarfer.)

On lit dans la nouvelle dixième nouvelle de la quatrième journée du Décaméron :

(Nous prenons la traduction de le Maçon, l'une des plus anciennes et des plus estimées. Edition de Magdeleine Boursette, 1553, in-8°, page 158) (1).

« Advint que le cirurgien eut entre mains un patient qui avoit « une des jambes toute gastées, et cognoissant d'où procédoit le « mal, dist à ses parens, que si on ne luy ostoit un oz pourry « qu'il avoit en la jambe, il la luy fauldroit coupper, ou qu'il mou- « rust, mais luy tirant l'oz qu'il pourroit guérir : toutesfois qu'il « ne l'entreprendroit sinon le tenant desjà pour mort. A quoi s'é- « tant accordez ceulx de qui il étoit allié, ilz le luy baillèrent pour « tel. Le cirurgien pensant que si le patient n'estoit eudormy, il ne « sçauroit endurer la peine, et ne se vouldroit laisser penser, feit « son conte de ne commencer à faire ceste cure jusques au soir « ensuivant, *feit distiller au matin une eau d'une sience certaine « composicion, laquelle (quand le patient en aurait beu) le feroit « dormir autant de temps comme il mettroit à le penser....* »

On lit dans le *Printemps* de Jacques Yver, gentilhomme poitevin, dont la première édition fut imprimée à Paris, in-16, par Abel l'Angelier, en 1572, sous le titre : « Le Printemps d'Yver, conte- « nant cinq histoires discourues par cinq journées en une noble « compagnie au château du Printemps : »

« Et si suis tellement charmé (pardonnez-moi si je ne puis mentir), « que, *comme un patient qu'on endort avec les mandragore pour*

(1) Voir l'édition Elzévir en italien. — Amsterdam, 1665, p. 329.

« *lui couper un membre, je ne sens point mon mal...* » (Voir les *Vieux Conteurs français*, édition du *Panthéon littéraire*, Paris, 1841, p. 586.)

Guillaume Bouchet, sieur de Brocourt, autre auteur poitevin, dans le curieux ouvrage intitulé les Sérées (Soirées), édité pour la première fois à Poitiers, 1554, — commence par indiquer dans la 14e série, 2 volume, édition de Jérémie Périer, Paris, 1608, p. 39, les moyens de rendre les opérations moins douloureuses. Voici le texte :

« Les autres ont escript que si vous prenez du marbre du grand « Caire, appelé des anciens memphitis et qu'il soit réduit en poudre « et appliqué en liniment avec du vin aigre et en induisez les parties « que vous voulez couper ou cautériser, on ne sentira pas grand « mal et douleur. »

Il devient ensuite plus précis, et indique dans les termes suivants le breuvage qui avait, disait-on, la vertu de faire résister les patients à la question :

« Mais s'ils ont prins quelques breuvages, répliqua quelqu'un, « que pourra faire le juge? Car Albertaffirme que la *pierre nommée « memphite pulvérisée et meslée en eau et beurre, et prinse par celuy « qui doit estre torturé, fait qu'il ne sentira aucun mal.* Cardan dit « aussi que celuy qui sera oingt d'opium de chelidoine, de saffran, « et de la moiille et de la gresse d'un homme, avec de l'huile de lézards, ou s'il boit du vin où il y aura en dedans par huit jours de « la semence de *portula camarina*, que cela empeschera de sentir « aucun mal, et par conséquent de ne rien confesser. »

Sans doute, et chacun le sait, il n'y a pas grande foi à ajouter aux moyens de médication révélés par Albert et Cardan, parce qu'ils sont toujours plus ou moins mélangés de magie. Mais l'auteur continue ainsi :

« Toutesfois, selon aucuns, de Marsilis mérite d'être moqué, qu « a creu ces charmes, et qui usoit de contrecharmes: et disent qu'il « est espérimenté que *toute la recepte qu'on baille à ceux qu'on « met en torture, afin qu'ils ne sentent la douleue, n'est autre chose « que le savon destrempé en eau claire qu'on leur fait avaller, et « qui a ceste propriété de faire entièrement assoupirer les sens.* — « Je trouverois bien encore meilleur, va dire un autre, sans les « bourreller tout, si Pline dit vray, qu'on donnaste aux criminel « soupçonnez de quelque délict dedans du vin, une herbe nommée

« archiménide : laquelle beüe fait dormir, et estans endormis on « tirera d'eux la confession du faict beaucoup mieux que par toute « autre sorte de torture et question. » (*Ibid.*, p. 63 verso et 64).

Enfin, on lit dans le même auteur (16e sérée, p. 113) :

« Et je croy, adjoutoit-il, qu'on me pourroit donner une potion « qui m'empescheroit d'ouïr le tonner veu que les Turcs baillent « bien à ceux qu'on veut chatrer, cauteriser, ou coupper quelque « membre, une composition laquelle les fait dormir d'un tel somme « qu'ils n'endurent nul mal... »

Terminons en citant un auteur qui parle *de visu*. Nous voulons parler de l'auteur du livre intitulé : *Le Procès Criminel*, divisé en deux livres : le premier contenant les crimes ; le second, la forme de procéder aux matières criminelles, par Claude Lebrun de la Rochette, advocat en la Seneschaucée et Siége présidial de Lyon, et au bailliage de Beaujolois; à Roven, 1611, in-8. On y lit, p. 144 du liv. 2 : « Quant à leurs ruses pour ne sentir les douleurs de la « question, *j'ai veu* la première année de ma réception au barreav « de Beaujolois, qui fust *en l'année* 1588, que de quatre voleurs « qui y estoient prisonniers, le chef nommé Grand François, homme « d'une hauteur gigantale, appliqué à la question, s'y endormit, et « luy furent, à force de le tirer, emportez les poulces des deux « pieds, sans qu'il fist aucune démonstration de douleur : et jusques « à ce que l'un de ses compagnons descouvrit qu'il avoit encore « *mangé du savon* qui a force de stupéfier les nerfs et le remède « contre cette ruse, estre de lui donner du vin, lequel suivant cet « advis lui étant apporté et commandé de boire, il dit lors qu'il étoit « mort, et sans plus se faire tirer confessa franchement une infinité « de meurtres et de volerie, pour expiation de quoy lui et ses com- « pagnons furent rouez par sentance du sieur Thomasso, prévost « des maréchaux en Beaujolois. » (*Médecins contemporains*).

NOUVELLES.

Prohibition des vases et des sels de cuivre dans la préparation des conserves alimentaires. — M. le préfet de police vient de rendre l'ordonnance suivante, à laquelle nous ne pouvons qu'applaudir. Nous exprimerons même, à cette occasion, le vœu que des ordonnances analogues viennent mettre un terme à des abus plus graves que ceux que M. le préfet a voulu réprimer :

« Nous, préfet de police, considérant que l'emploi des vases de cuivre et l'addition de sels de cuivreux dans la préparation des conserves de fruits ou de légumes présentent des dangers pour la santé publique ;

» Considérant, d'ailleurs, que la mesure d'interdiction dont il s'agit, nécessaire pour protéger la santé des consommateurs, ne saurait être préjudiciable à la fabrication, puisqu'il existe des moyens de colorer en vert les fruits et légumes sans employer des agents toxiques ;

» Ordonnons ce qui suit :

» Art. 1er. Il est interdit aux fabricants et commerçants d'employer des vases et des sels de cuivre dans la préparation des conserves de fruits et de légumes destinés à l'alimentation ;

Art. 2. Les contrevenants seront poursuivis devant le tribunal compétent pour être punis conformément aux lois ;

» Art. 3. La présente ordonnance sera imprimée et affichée ;

» Les sous-préfets des arrondissements de Sceaux et de St-Denis, les maires et les commissaires de police des communes rurales du ressort de notre préfecture, le chef de la police municipale, les commissaires de police de Paris, les officiers de paix, l'inspecteur général des halles et marchés, et autres préposés de la préfecture de police, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de tenir la main à son exécution. »

On assure qu'une ordonnance semblable a été rendue également par la plupart des préfets dans les départements.

— M. le Dr Lelut vient de résigner les fonctions de médecin de l'hospice de la Salpétrière.

Par arrêté du 5 février 1861, le paragraphe IV de l'article 2 de l'arrêté du 15 juillet 1850 est rapporté :

La clôture du registre d'inscription des Facultés, pour le premier trimestre de l'année classique, est de nouveau fixée au 15 novembre, époque de l'ouverture des cours.

Les jeunes gens qui n'auraient obtenu le diplôme de bachelier que dans la session de novembre, seront exceptionnellement admis à prendre leur première inscription jusqu'au 20 novembre inclusivement.

Hôpital de la charité de Paris ; agrandissement. — Une enquête est ouverte à la mairie du 6e arrondissement sur le projet d'agrandissement et de régularisation du périmètre du dit hôpital,

à l'angle de la rue Jacob et de la rue des Saints-Pères. Cet hôpital, qui existe depuis 1602 et qui contient 350 lits, devrait être, en bonne hygiène, diminué et assaini, mais non agrandi. La même résolution devrait être prise pour tous les hôpitaux situés dans l'intérieur des villes, où l'on ne doit tolérer, pour le succès des opérations et la prompte guérison des malades, que de très petits hôpitaux, disséminés suivant la popupulation, et où seraient portés les malades les plus urgents; les autres malades, dans leur intérêt, conforme à l'économie et à la bonne gestion administrative, doivent être transférés dans des hôpitaux et hospices bâtis en rase campagne et très distants. Les chemins de fer font disparaître les inconvénients de la distance.

Société des sciences de Lille. Une médaille d'or sera décernée à l'auteur du meilleur travail sur les questions suivantes :

Du traitement du croup ou angine laryngée diphthérique. — Sans rien imposer aux candidats, la Société désire voir adopter l'ordre suivant :

1° Traitement à diriger contre l'état local;

2° Traitement à diriger contre l'état général;

3° Examen spécial du degré de l'efficacité de la trachéotomie.

Les assertions contenues dans les mémoires envoyés devront s'appuyer sur des statistiques authentiques dont on indiquera soigneusement les sources.

Adresser les travaux présentés au concours à M. le secrétaire général de la société, à l'Hôtel-de-Ville, avant le 15 novembre 1861.

— Nous transcrivons à la hâte de l'*Union Médicale* et en nous associant à ses sentiments pour un co frère que nous avons aimé, la note qui suit.

Une nouvelle aussi douloureuse qu'imprévue nous arrive à l'instant. M. le docteur F. Aran, médecin de l'hôpital Saint-Antoine et professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, a succombé vendredi soir, après quelques jours de maladie, à un rhumatisme généralisé qui s'est compliqué d'accidents cérébraux. M. Aran n'avait que 44 ans; sa nature forte et énergique semblait lui présager une longue vie; comme Valleix, il meurt au milieu de sa course et au moment même où il commençait à recueillir les fruits légitimes de ses longs et opiniâtres travaux. Nous sommes trop profondément troublé pour rendre en ce moment un hommage digne de lui à notre cher et si honorable confrère, à l'ancien collaborateur de l'*Union Médicale*,

au savant auteur d'ouvrages sur les maladies du cœur, sur les maladies de l'utérus, et de mémoires et de monographies de pathologie et de thérapeutique très estimés.

Les obsèques de M. Aran n'ont pas eu lieu à Paris; par une disposition expresse de son testament, il a voulu que son corps fût transporté sans céromonie aucune à Bordeaux, sa ville natale.

Nous nous rendons assurément les interprètes de ses nombreux amis en disant combien cette perte inattendue paraîtra cruelle à tous ceux qui ont pu apprécier les qualités solides et élevées de l'esprit et du cœur de notre infortuné confrère et ami. A. LATOUR.

— Par suite de la démission de M. Lélut, un mouvement va s'opérer au premier jour dans le personnel médical des hospices d'aliénés. On nous assure que M. le docteur Moreau (de Tours) passerait de Bicêtrs à la Salpêtrière, et M. le docteur Marcé de la ferme Sainte-Anne à Bicêtre. Si nos renseignements sont exacts, l'administration générale de l'Assistance publique renoncerait à employer la voie du concours pour le recrutement des médecins des services d'aliénés. On assure aussi que la résidence à Bicêtre ne serait plus obligatoire pour l'un des chefs de service. Quant à la place gratuite laissée vacante à la ferme Sainte-Anne par la promotion de M. Marcé, elle serait supprimée. Dans le cas contraire, M. le préfet de la Seine y nommerait directement.

L'harmonie chez les fous. — Une séance musicale a été donnée, le 23 janvier, aux aliénés de l'hôpital Saint-Luc Quoique ce ne fût, nous dit-on, qu'un concert d'amateurs, les assistants se sont montrés fort impressionnés de cette sensation, qui semblait vraiment, dit le narrateur, faire vibrer en eux quelque corde inconnue. — Souhaitons que ces essais aient un meilleur résultat chez nos voisins qu'en France. Ils sont bien faits pour réhabiliter la méthode; car si nous leur contestons, non sans motif, l'appréciation des choses musicales, ils sont du moins gens à en tirer tout le parti possible. Et déjà ne lisons-nous pas que, à la suite du concert, le directeur, M. Toller, a prononcé un discours pour démontrer la nécessité de l'*harmonie* entre tous les fonctionnaires d'un asile d'aliénés!.... Bonne et britannique conclusion, en effet! Seulement l'avertissement n'eût-il pas été plus à sa place avant qu'après le concert? Exécutants et infirmiers auraient alors pu prendre leur part de cette mercuriale à deux fins.

(*Gaz. med. de Lyon*).

Cornée artificielle. — Dans un écrit très intéressant, publié à Zurich en mai dernier, nous trouvons un fait remarquable, peut-être unique, celui du placement et maintien depuis lors d'un cristal dans l'ouverture pratiquée à cet effet dans des cornées entièrement opaques, opération pratiquée le 13 septembre 1859, par le docteur Heussor de Richterschwil (Zurich) sur une jeune fille aveugle, et couronnée au mois de mars 1860 par la Faculté de Vair. « Et, dit le narrateur : les yeux supportent très bien ces cristaux, et les supporteront probablement à l'avenir. » C'est le docteur Nussbaum, de Munich, qui, le premier, avait proposé cette opération ; mais ce fait est sans doute le premier de son exécution sur l'homme et de sa réussite. Il démontre une possibilité à laquelle personne n'aurait cru, et cette opération pourrait ainsi trouver place dans d'autres cas de cécité complète, suite de l'opacité des cornées.

— M. le docteur Rochard a ouvert, le 17 février, un cours des maladies de la peau, à son dispensaire, 5, rue du Pont-de-Lodi.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'Histoire du merveilleux dans les temps modernes, par M. Louis Figuier. 2e édition, 186 , Paris, librairie de Hachette et Cie.

Il y avait dans notre époque, si diversement intéressante et intéressée, une spécialité scientifique à prendre ; mais elle était du nombre de celles dont ne se chargent pas les premiers venus Il fallait, dis-je, un homme muni de tout ce que la science moderne peut fournir pour rééditer la science du passé.

Or, dans cette science de nos pères, si nous la comparons à un arbre splendide, nous voyons qu'il a poussé, et du milieu du tronc, un jet vigoureux entre tous : c'est la branche dite du merveilleux. Cette branche, nous la voyons jeter plus ou moins son ombre sur toutes les parties de l'arbre, et, physique, physiologie, philosophie, le cadre entier des connaissances humaines s'est influencé de cet ombrage, que nous ne qualifions pas, de peur de n'être pas assez juste.

Et non-seulement la science, mais le savant lui-même le plus résolu de ce moyen âge si studieux, quelle que soit la partie qu'il professe ou pratique, s'est laissé séduire par cette influence, au point qu'il est difficile, quand on tient un de ces grands noms qui ont précédé ceux de Bacon ou de Descartes, de bien distinguer

chez lui où finit le positif et où commence l'arcane : ces deux choses ne se distinguent réellement qu'aux extrémités, après avoir été longtemps confondues dans le milieu.

La doctrine du moyen-âge dans son ensemble comme dans ses détails, est la combinaison intime de ces deux éléments. On peut dire même que, chez le savant, qu'il soit psychologiste ou minéralogiste, c'est le merveilleux qui est le principe actif de l'œuvre et de l'étude. Dans ces temps, et ils remontent haut dans l'antiquité, on n'exagèrerait rien en disant que l'imagination est la faculté scientifique par excellence ; la raison, sa souveraine aujourd'hui, n'était alors que sa servante.

La spécialité dont nous voulons parler, on le devine, est la publication nouvelle de la science du merveilleux, éclairée et jugée par les données acquises de la science moderne; et l'homme qui avait compétence et qualité pour nous la faire connaître ainsi est M. le docteur Figuier. Ajoutons qu'il vient en temps opportun, au milieu même de cette recrudescence qui, depuis les tables tournantes et autres fantasmagories, a failli nous reporter de plusieurs années en arrière.

Aussi se dispute-t-on les livres de M. Figuier, et les éditeurs comme le public sont ses tributaires.

Ce n'est point aujourd'hui et dans ce coup d'œil sommaire que nous voulons examiner si vraiment, comme on le lui a contesté, notre confrère avait bien joint à sa capacité de savant celle qui lui aurait donné l'autorité nécessaire pour bien nous montrer la doctrine dont il s'est fait l'historien et le critique.

Disons seulement ici, de notre auteur, que la génération qu'il honore de ses talents et de ses travaux n'était guère faite pour lui donner toutes les conditions requises à son œuvre. Selon nous, M. Louis Figuier est peut-être trop physicien, dans le sens actuel de ce mot, pour se laisser séduire par la magie dont il parle; en un mot, il était trop chimiste pour se faire momentanément alchimiste, comme il semble qu'il l'aurait fallu.

Mais la question n'est pas là, à notre avis : il s'agit de savoir ce qui eût été mieux pour accomplir la difficile tâche que s'est imposée M. Louis Figuier, ou d'un de ces esprits portés au *quid divinum* en tout et toujours, ou d'une de ces intelligences qui ne croient à d'autres réalités qu'à celles que peuvent avouer les sens et le raisonnement.

Réduits à ce choix dans notre époque, nous confessons que nos préférences n'auraient pas balancé ; mais en optant pour que la spécialité revînt de droit à M. Louis Figuier, nous n'aurions pas exclu de l'œuvre un homme comme M. de Mirville. L'un nous aurait appris, disons-nous, comment bon nombre de prodiges, consignés dans les annales du merveilleux, peuvent fort bien être rangés sans trop d'effort dans le cercle des sciences dites naturelles ; l'autre nous aurait garanti de cette absorption systématique certains faits qui ne rentreront jamais, quelque violence qu'on leur fasse, dans ce cercle, et qui resteront dans la sphère du surnaturel.

La plus belle page de notre histoire de France est un conte merveilleux et surnaturel ; or, ce conte et cette histoire se tiennent par des liens intimes qu'il n'est donné à personne de rompre sans détruire l'un et l'autre à la fois. J'en connais qui auraient honte, en face du présent, de croire encore au surnaturel, si Jeanne-d'Arc n'était là. Mais comment supprimer Jeanne-d'Arc ? Et si on la supprime, comment rayer d'un trait l'histoire du merveilleux ?

Nous reviendrons sur cette question ; contentons-nous pour aujourd'hui d'avoir insinué au moins de quelle manière et dans quelle mesure nous admettons, non pas le merveilleux qui existe, mais les faits qui en remplissent l'histoire, et que M. Figuier a très bien fait de trier, et d'apprécier pour la plupart, comme il a cru le devoir faire dans son ouvrage.

Du reste notre savant confrère a pris la précaution de ne pas remonter trop haut dans le moyen-âge de peur d'y trouver notre héroïne ; il commence beaucoup plus près de nous comme on va le voir. Son ouvrage se compose de quatre volumes in/12, format moderne.

Le premier, qui contient une bonne introduction de l'auteur, est rempli pour le reste de l'histoire si intéressante des *Diables de Loudun*, et *des Convulsionnaires jansénistes*.

Le deuxième volume traite *Des Prophètes protestants*, et *De la Baguette divinatoire*.

Le troisième est rempli par l'Histoire du Magnétisme animal.

Le quatrième, enfin, rapporte tous les prodiges des tables tournantes, des Médiums et des Esprits.

L'Histoire du merveilleux, de M. Louis Figuier, est édité par la librairie Hachette ; rue Pierre-Sarrasin, n° 17. à Paris.

La Scillitine Mandet, ses sirops et ses pilules.

La Scillitine, résumé des propriétés thérapeutiques de la Scille, est un médicament déjà connu et employé par les praticiens. M. Mandet, pharmacien de Tarare a fait une étude spéciale de sa préparation et l'on sait l'accueil que lui a fait l'Académie, lorsqu'elle a été soumise à son approbation.

La Scillitine extraite par le procédé de M. Chevalier se présente à la pratique dépouillée de tout le principe irritant de la plante, et quel avantage dès lors n'offre-t-elle pas dans les cas de maladies respiratoires ou urinaires, contre les quelles le premier soin est celui de ramener la circulation à l'état normal. Nous ne croyons pas utile d'en dire davantage sur son emploi, non plus que sur la spécificité qu'elle possède contre les diverses affections de l'organisme, qu'il nous suffise de dire que l'expérience a démontré que la Scillitine, s'administre généralement aujourd'hui à la dose de dix à vingt centigrammes par jour.

Croyant rendre son administration plus facile, M. Mandet a pensé qu'il était convenable de faire des pilules et un sirop de Scillitine. L'adoption qu'on a faite de la préparation sous ces deux formes a démontré que M. Mandet avait eu raison. Le sirop et les pilules sont employés tous les jours dans les hôpitaux et dans la clientèlle civile.

La Scillitine pure, et les pilules et sirop de Scillitine se trouvent à Tarare chez M. Mandet, pharmacien, et à Paris, chez M. Adrian, pharmacien, successeur de Page, 25, rue Coquillière.

La sève de Pin et son Sirop.

La sève de pin maritime est une heureuse découverte de notemps modernes pour la médecine des maladies de poitrine. L'extension qu'elle a prise prouve son efficacité. M. Lagasse a eu la bonne idée de concentrer cette substance en un sirop béchique dont l'adoption a été prompte. Les médecins l'ordonnent avec avantage dans les cas de maladies chroniques telles que catarrhes, asthme humide, bronchorrhe, etc, et ses succès ne sont pas moindres dans les indispositions aiguës de l'hiver, telles que rhumes, laryngites, pharyngites et angines.

On a remarqué que ce *Sirop de sève de pin* a aussi une action évidente sur les sécrétions urinaireres, et les irritations inflammatoires de la vessie; il dispense avec avantage de ces préparations de bourgeons de pin, si généralement employés avant la découverte de la sève qui est la substance la plus intime et la mieux élaborée de l'arbre.

Le *Sirop de sève de pin* de M. Lagasse se vend à sa pharmacie de Bordeaux, Cour-d'Albret, 31, et à Paris, chez M. Grimaud successeur à la pharmacie Dorvault, rue Lafeuillade 7, et chez les principaux pharmaciens de France.

PYROPHOSPHATE DE FER ET DE SOUDE, de LERAS, pharmacien, docteur ès-sciences. — Ce nouveau ferrugineux liquide, incolore, sans goût ni saveur de fer, contient, par cuillerée à bouche, 20 centigrammes de sel de fer. Il offre la composition des os et du sang. Seul, il ne précipite pas en présence du suc gastrique et ne provoque jamais de constipation. Il s'administre par cuillerée à bouche une demi-heure avant chaque repas, et peut se prendre en mangeant associé au vin, qu'il ne décompose pas. On en fait aussi un *Sirop* très-blanc et très-agréable, ainsi que des *Dragées*.

Il est toujours parfaitement supporté, et les observations de MM. Aran, Arnal, Barth, Bernutz, Casenave, Debout, etc., publiées par les divers journaux de médecine ont prouvé qu'il a réussi là où le *lactate de fer*, le *fer réduit*, les *pilules* de *Vallet*, l'*eau* de *Bussang*, de *Passy* et de *Spa* avaient échoué. — Prix du flacon, 2 fr. Dépôt à Paris, à la pharmacie, 7, rue de la Feuillade, près la Banque. En province, chez tous les pharmaciens.

Eau sulfureuse de Labassère, près de Bagnères-de Bigorre, Hautes-Pyrénées.

« L'eau de *Labassère* est la plus richement minéralisée des sulfureuses sodiques. » (Pétrequin et Socquet.)

« Trois ans d'embouteillage sans altération. » (Ossian Henry.)

« L'eau de *Labassère* se place en tête des eaux propres à l'exportation. » (Filhol.)

« La stabilité des eaux de *Labassère* leur donne, sur toutes les « eaux sulfureuses connues, pour l'exportation et l'emploi loin des « sources, une supériorité incontestable. » (Cazalas.)

Tableau comparatif par M. Filhol.

« Sulfure de Sodium : Labassère, 0,046 ; Eaux Bonnes 0,021 »
« Chlorure de Sodium : Labassère, 0,215 ; Cauterets 0,026 »
« Matière organique : Labassère. 0,145 ; Luchon 0,036 »

« L'eau de *Labassère* peut être employée *avec avantages* dans « toutes les maladies où les eaux sulfureuses sont indiquées. Elle jouit « d'une efficacité spéciale que l'on ne saurait mettre en doute dans « *le catharre chronique des bronches, les toux convulsives, les « congestions passives du poumon, la tuberculisation pulmonaire, « la laryngite chronique et les maladies de la peau.* » (Filhol. Cazalas.)

J. Gertoux, à Bagnère de Bigorre, seul fermier de la source, expédie.

Notice scientifique sur l'eau minérale Gazeuse naturelle (iodée). de Condillac.

L'eau Minérale de Condillac est la meilleure de toutes les eaux agzeuzes ; on l'a surnommée à juste titre LA REINE DES EAUX DE TABLE. *C'est la seule salubre, étant la seule iodée.* Elle est éminemment digeste et amie de l'estomac. Aucune autre n'est aussi agréa-

ble au goût; aucune ne convient mieux à tous les nerfs, à tous les tempéramments Elle a deux qualités précieuses : 1° elle donne de l'appétit; 2° elle facilite la digestion. C'est l'eau de table *la plus hygiénique;* elle porte à la gaîté; elle étanche merveilleusement la soif dans les chaleurs; c'est une boisson rafraîchissante et stomachique, qu'on doit préférer à toutes les eaux gazeuses *artificielles* qui n'ont aucun de ses éléments minéralisateurs si bienfaisants. qui ne sont qu'une méchante contrefaçon des eaux de Seltz, et dont l'usage n'est même pas toujours exempt de danger. L'eau alcaline gazeuse *naturelle iodée* de Condillac fera partout répudier ces eaux gazeuses *factices*, dont l'agrément éphémère est loin de compenser les nombreux inconvénients.

L'Eau de Condillac n'a pas, comme les autres eaux alcalines, le désagréable inconvénient de décomposer le vin, et offre l'inappréciable avantage de se conserver parfaitement pendant plusieurs années et de pouvoir être transportée au loin sans altération : aussi peut-on la boire dans les pays éloignés aussi bien qu'à la source, non-seulement dans toute la France, mais en Espagne, dans les Colonies, en Italie, en Algérie, et dans tout l'Orient.

Ce n'est pas seulement une eau d'agrément : les médecins la recommandent de préférence aux malades et aux convalescents dan la gastralgie et les troubles de la digestion, les obstructions du foies les maladies des reins et de la vessie, l'engorgement de la matrice, la leucorrhée, la chlorose, les maladies nerveuses, l'hypocondrie, etc,

Enfin, M. Mathieu, de la Drôme, vient de trouver aux Eaux de Condillac de nouvelles propriétés curatives. Lorsque, par son système de balnéation à l'hydrofère, on les administre à la surface du corps, soit que l'on ait à combattre localement des affections de la peau, soit qu'on ait à produire quelque utile dérivation contre les maladies nerveuses qui s'attachent aux principaux viscères de l'organisme. Des expériences faites à l'hôpital Saint-Louis et rapportées à l'Académie de médecine viennent de constater ces faits en faveur de l'Eau de Condillac.

Si le succès témoignait toujours de l'excellence des choses, on pourrait assurer sans contredit que l'eau de Condillac a légitimement conquis le titre de *Reine des tables* qui lui fut donné par le médecin qui les a le mieux étudiées. Jamais l'eau minérale, tant sous le rapport hygiénique que sous le rapport thérapeutique, n'a vu son usage se multiplier dans une semblable proportion et en si peu de temps. Nous aurons bientôt l'occasion de publier quelques-unesdes observations recueillies dans la pratique de l'hydrofère : bains à l'eau pulvérisée qui fonctionne déjà depuis 6 mois dans un des beaux établissements de Paris, d'où il s'étendra bientôt aux départements et à l'étranger.

Pour tous les articles non-signés, le Docteur SALES-GIRONS.

Paris. — Imprimerie de Moquet, rue des Fossés-Saint-Jacques, 11.

LA REVUE MÉDICALE
FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.
(15 Mars 1861.)

CLINIQUE ET MEMOIRES.

DES RÉSULTATS DE LA DISCUSSION ACADÉMIQUE
SUR LA

CONGESTION CÉRÉBRALE APOPLECTIFORME
ET L'ÉPILEPSIE,

Par le Docteur JOIRE,
Médecin de l'Asile d'Aliénés de Lommelet (Lille).

La discussion si inopinément soulevée à l'Académie de médecine, par M. le professeur Trousseau, vient de se terminer, et quiconque a suivi avec tout l'intérêt qu'il mérite cet important débat, se pose naturellement deux questions : 1° Le sujet a-t-il été suffisamment éclairci? 2° Quel fruit la science en peut-elle retirer?

En mesure, autant, sinon plus que tout autre, d'apporter le fruit d'une certaine expérience, je me suis abstenu jusqu'ici, espérant voir surgir d'une lutte si élevée quelque bon profit pour la thérapeutique; mais grande a été ma déception. Si l'Académie paraît satisfaite; le monde médical assurément ne l'est pas ; et je veux dire ici quelque chose de ce qu'il pense à cet égard.

L'importante question, posée par M. Trousseau, à propos des caractères distinctifs entre l'épilepsie et la congestion cérébrale apoplectiforme, a-t-elle été suffisamment éclaircie? Je réponds tout de suite par la négative.

Ce n'est assurément ni le talent des orateurs, ni la variété des opinions, ni le nombre des travaux capables d'éclairer le débat qui ont fait défaut; mais ce qui a manqué ici, c'est l'entente complète, à propos des limites de la

question préliminairement posée; c'est aussi l'analyse et l'appréciation raisonnées des divers documents intervenus dans la discussion. On dira, peut-être, que ce dernier travail a été fait au dehors par les représentants de la presse qui offrent à leurs lecteurs le résumé partiel des discussions quotidiennes de nos académies. Mais tous ceux qui ont pris la peine de le suivre dans plusieurs journaux ont pu remarquer comme moi d'étranges dissidences :

L'analyse d'un discours devrait, ce semble, quelle qu'en soit la source, comporter l'expression d'une même idée, si l'esprit, comme nos sens, recevait toujours des mêmes choses une impression identique; mais nous savons qu'il n'en est pas de l'esprit comme de l'œil; le premier n'est point passif par rapport aux impressions; il les reçoit sans doute, mais il les modifie selon divers mobiles propres à chacun, et de là vient que les jugements sont souvent si dissemblables, bien que portant sur une base unique.

Ces résumés hors de nos académies n'ont donc pas une égale valeur, et on ne peut d'ailleurs les considérer comme insuffisants; ils n'ont pas épuisé la discussion.

Je ne viens pas ici prétendre combler ce que je signale comme une lacune; je veux, seulement exposer quelques considérations sur la marche et l'esprit de la discussion qui vient de finir.

Quelle était d'abord la pensée de M. Trousseau en apportant à la tribune sa nouvelle opinion sur la congestion cérébrale apoplectiforme? c'était en dernière analyse, comme il l'a fait ressortir assez, dans la pensée d'un résultat thérapeutique. Or, nous n'avons que deux voies ouvertes pour nous conduire aux notions capables d'atteindre ce résultat : les manifestations symptomatiques et les lésions présumées de l'organisme.

Laissant de côté ce dernier point, et uniquement basé sur les troubles fonctionnels, M. Trousseau édifie une distinction telle qu'elle entre ceux qui traduisent d'ordinaire les attaques d'épilepsie et les désordres symptomatiques admis

dans la science comme caractérisant formellement l'apoplexie cérébrale.

A son point de vue, assurément, M. Trousseau avait beau jeu : l'épilepsie n'a pour elle que ses symptômes révélateurs, la lésion organique qui la produit nous échappe constamment; et celle de la congestion apoplectiforme, quoi qu'on en dise, n'est pas souvent beaucoup plus saisissable. Cependant l'introduction d'un terme plus précis que celui d'apoplexie a été tentée dans le débat; mais M. Trousseau ne l'a pas accepté, et les besoins de sa cause lui imposaient ce refus : les faits, d'ailleurs, le justifiaient assez. Si l'hémorrhagie cérébrale est une apoplexie, toute apoplexie n'est pas une hémorrhagie cérébrale. Cependant la congestion cérébrale apoplectiforme implique l'idée d'une détermination organique spéciale; et en avançant d'un pas, on peut dire encore que l'apoplexie en dehors de ces deux formes morbides, n'est pas, comme l'épilepsie, isolée de toute altération organique déterminante.

Mais M. Trousseau n'a pas regardé ce côté de la question : le seul point de vue symptomatique l'a occupé, et voyant sous le masque trompeur d'une apoplexie au début, quelques accidents de l'attaque épileptique, et même en l'absence de ceux-ci, voyant se dissiper spontanément, et sans besoin de déplétion sanguine, la forme apoplectique, il a effacé le premier terme pour y substituer celui de l'épilepsie. Mais dans cette substitution, M. Trousseau ne faisait que changer la valeur des signes : si pour ses adversaires, c'était la série des phénomènes qui caractérisent l'apoplexie qui avait frappé l'esprit, c'était pour lui un autre ordre de manifestations, l'état convulsif, qui avait fixé son choix. L'embarras, sans doute, eût été grand pour M. Trousseau si on l'eût mis en demeure de déclarer si l'état convulsif est spécial à l'épilepsie, et s'il en nie l'existence dans l'apoplexie; il se fût inscrit alors contre l'évidence. Il aurait bien pu encore accaparer à son profit (au profit de l'épilepsie), certains faits à disparition rapide, comme ceux qu'il a exhibés dans la dis-

cussion; mais les convulsions en coïncidence avec l'hémorrhagie cérébrale formelle, qu'en aurait-il fait ? Nous avons vu que l'esprit de l'éminent professeur pouvait bien le tirer d'un mauvais pas : il n'a pas reculé devant l'évidence et, s'appuyant sur une synonymie admise, il a reconnu des attaques d'éclampsie, ou si l'on veut d'épilepsie, symptomatiques de la méningite, de l'encéphalite des tumeurs du cerveau, et, vous voyez qu'il est coulant, il reconnaît l'épilepsie symptomatique de l'hémorrhagie et de la congestion cérébrales.

Il semblerait ici que la fusion des opinions ne pût manquer de se faire, que la concession de M. Trousseau est complète; et c'est sans doute cette large vue qui a désarmé les exigences de l'Académie; mais j'ai dit que M. Trousseau avait placé au faite de sa pensée, une tendance thérapeutique, et nous verrons tout-à-l'heure ce qu'elle est devenue pour le spirituel professeur.

M. Trousseau n'avait envisagé qu'une des faces de la question, le côté symptomatique; les orateurs qui l'ont suivi à la tribune académique ont plutôt considéré le côté organique. Je l'ai déclaré ailleurs déjà : l'altération organique qui détermine l'attaque épileptique ou éclamptique nous est complètement inconnu; ce n'est pas à dire pour cela qu'elle n'existe pas, on admet, au contraire, qu'il doit exister une cause déterminante qui échappe à toute investigation. Mais en est-il de même de la congestion cérébrale apoplectiforme ?

Pour M. Trousseau, qui se base sur les manifestations symptomatiques, qui voit après l'attaque la cessation complète de tous désordres fonctionnels, la question se résout par l'affirmative; mais en est-il de même pour tous ceux qui sont intervenus dans le débat? Non assurément. Nous avons vu quelques écrivains aux allures les plus conciliatrices, établir une distinction entre l'épilepsie idiopatique et l'épilepsie symptomatique, et rattacher à cette dernière forme le plus grand nombre des faits que M. Trousseau ne voit plus depuis quinze ans. Mais pour la plupart des observateurs, les faits de congestion apoplectiforme du professeur de clinique, bien

que révélant quelques manifestations symptomatiques de l'épilepsie, sont à peu près tous des congestions réelles.

Nous avons vu M. Trousseau étayer sa thèse de l'absence de tout phénomène congestif du côté du cerveau, au début de l'attaque épileptique. Les sujets, dit-il, au moment où le mal les saisit présentent souvent une pâleur de la face des plus remarquables, et ce n'est qu'après l'invasion, quand l'occlusion spasmodique de la glotte a déterminé un commencement d'asphyxie que se prononce dans une mesure extrême, l'état congestif des téguments de la face, du cou, etc., etc.

Mais peut-on admettre que la congestion sanguine de la face donne la mesure de la turgescence vasculaire du cerveau ? Je ne puis le croire. J'ai vu souvent dans les autopsies chez les aliénés des congestions sanguines cérébrales intenses chez les sujets qui avaient succombé dans le dernier degré du marasme; j'ai constaté aussi, bien des fois, comme mes collègues aliénistes, des congestions sanguines partielles des centres nerveux; et je considère même, fondé sur de nombreuses observations, comme un fait d'antagonisme presque constant dans l'encéphale, l'état congestif des méninges et de la superficie du cerveau et celui des parties centrales. Cette congestion sanguine tégumentaire externe, dont on fait état, n'a donc pas ici la portée qu'on lui assigne.

Je vais même plus loin, et je dis que, malgré cette pâleur extérieure au moment de l'attaque, il faut admettre chez l'épileptique une excitation cérébrale à laquelle l'état congestif ne demeure pas étranger.

L'observation démontre que c'est souvent sous l'empire d'une surexcitation plus ou moins prononcée, ou de vives préoccupations, ou enfin d'émotions morales diverses que surgit l'attaque; l'exaltation de passions très-vives, comme la colère, peut également en déterminer l'invasion. Or, dans de telles conditions on m'accordera sans peine que la surexcitation du cerveau s'accompagne bien d'un état congestif; et la pâleur externe d'un individu sous le coup d'une violente

colère ne me prouve nullement que le cerveau soit alors exempt de toute congestion sanguine. On peut donc admettre que dans l'attaque épileptique, le cerveau se trouve sous l'influence d'un état congestif que nul caractère extérieur ne vient révéler.

Voyons maintenant les manifestations symptomatiques de la congestion sanguine apoplectiforme.

Un homme, au milieu de la santé, est frappé, sans cause appréciable, de perte subite de connaissance et tombe privé de sentiment et de mouvement. Il demeure pendant quelques instants et parfois pendant une période plus prolongée dans un état de somnolence, puis sorti peu à peu de cette sorte de stupeur, et sans que la thérapeutique ait à intervenir, il se remet peu à peu et se retrouve bientôt dans les conditions de santé qu'il présentait auparavant. Cet homme a eu un coup de sang. Mais si aux symptômes du début se sont adjoints quelques mouvements convulsifs, même limités à quelques-uns des muscles de la face, ou bien en l'absence de convulsions; si ce groupe de phénomènes se reproduit identique à certaines époques pour se dissiper de même; si une fois il apparaît quelques mouvements convulsifs, cet homme n'aura pas eu de simples congestions sanguines, il sera épileptique.

Mais dans le cours de bon nombre de maladies des centres nerveux, dans la méningite aiguë des enfants ou des adultes, dans l'encéphalite, dans les diverses formes d'hémorrhagie cérébrale, dans le cours des nombreuses et graves altérations morbides dont le cerveau des aliénés devient si fréquemment le siége, enfin dans certaines conditions des femmes enceintes, des phénomènes convulsifs d'intensité variable, élevés quelquefois jusqu'aux plus graves désordres qui caractérisent l'épilepsie, peuvent accompagner la perte plus ou moins complète de connaissance; et alors ces dernières manifestations traduisent encore l'attaque d'épilepsie, qui, précédemment symptomatique d'une altération organique connue, deviendra l'éclampsie.

Les diverses altérations reconnues alors dans l'encéphale ont bien leurs déterminations morbides spéciales, mais ne sont pas à coup sûr la cause de l'attaque éclamptique qui, tout aussi bien que dans l'épilepsie idiopatique, demeure complétement inconnue.

Telle est la thèse posée et soutenue, avec tout le talent qu'on lui connaît, par M. le professeur Trousseau.

Il ressort évidemment de ce qui précède, que les phénomènes convulsifs constituent pour l'éminent professeur un ordre de phénomènes tout-à-fait à part, dépendant d'une cause inconnue qui ne peut s'expliquer par les lésions organiques précitées, et moins encore par la congestion sanguine.

On peut, sans doute, accorder ici que la cause de l'épilepsie idiopathique demeure essentiellement ignorée; mais on a vu par les documents apportés dans la discussion actuelle, combien l'assertion de M. Trousseau a rencontré peu de sympathie; et combien nombreux sont les faits qui ont été apportés pour la combattre.

Le dernier mot qui résume cette argumentation, c'est que l'état convulsif n'est pas déterminé par la congestion cérébrale.

On peut bien admettre que les convulsions éclamptiques, manifestées dans le cours d'une congestion ou d'une lésion cérébrale, exigent une condition spéciale qui constitue la prédisposition: mais cette condition existant, c'est la lésion morbide intercurrente qui en devient cause déterminante, et on peut affirmer qu'en l'absence de celle-ci, l'attaque épileptique ou convulsive ne se serait pas manifestée. Dès-lors la cause sera ici une congestion sanguine, là une phlegmasie, ailleurs une lésion des fluides de l'organisme; mais pour entraver ces attaques, c'est contre ces dernières causes que doivent s'exercer les efforts de la thérapeutique, qui ne peuvent que demeurer indifférents à la cause prédisposante si profondément cachée de l'épilepsie.

On le voit donc, la thérapeutique a le devoir de s'enquérir des causes organiques qui déterminent les manifestations

symptomatiques dont M. Trousseau a déroulé le tableau.

J'ai remarqué plus haut que rien ne démontrait que dans l'attaque épileptique idiopathique le cerveau ne fût pas le siége d'une congestion sanguine préliminaire, et j'ai affirmé que la pâleur de la face et des téguments ne fournissait à cet égard aucune indication sérieuse. Il a été démontré dans le débat académique, que la congestion cérébrale, en admettant son absence lors de la première attaque, n'était pas étrangère aux attaques successives qui se manifestent à de très-courts intervalles pendant uue certaine période chez nos aliénés.

Dans la congestion cérébrale apoplectiforme, qu'il y ait eu ou non des phénomènes convulsifs, on ne peut nier l'état congestif du cerveau, et bien que le plus souvent il y ait après l'attaque, disparition complète de tous les désordres fonctionnels, cela ne suffira pas pour assimiler un tel état à l'épilepsie; et dès-lors on ne redoutera pas de recourir aux émissions sanguines, toutes les fois que les conditions générales individuelles en offriront l'indication.

Si nous arrivons maintenant à l'hémorrhagie cérébrale, aux phlegmasies du cerveau ou des méninges, qui peuvent aussi s'accompagner de l'élément convulsif, on ne devra pas évidemment se croire empêché par celui-ci dans l'adoption d'une médication franchement antiphlogistique dont l'indication sera formelle.

Enfin dans les cas de lésions organiques indéterminées de l'encéphale, telles que tumeurs diverses, ramollissements, altérations accompagnant la démence paralytique, les manifestations symptomatiques subites, qui révêtent quelquefois les traits de l'apoplexie compliquée ou non d'attaques convulsives, sont-elles aussi les signes d'une congestion cérébrale, et dès-lors en réclament-elles le traitement? On ne peut répondre ici pour tous les cas, par l'affirmative. Pour ceux de tumeurs diverses : cancers, tubercules, acéphalocystes, etc., développées à la surface ou dans l'épaisseur du cerveau, on peut admettre que l'irritation transitoire pro-

duite dans la substance même de l'organe au voisinage de ces productions diverses, s'accompagne aussi d'un état congestif, et que celui-ci n'est peut-être pas étranger à l'invasion des attaques convulsives. Il en est de même du ramollissement cérébral qui peut être la cause d'une irritation congestive des tissus voisins. Et d'ailleurs, chez les épileptiques dont le cerveau est le siége de productions morbides analogues, ne peut-on pas soutenir que l'irritation, et l'hyperémie sont la cause déterminante des attaques ?

Entre toutes ces conditions, celle où apparaît, le plus souvent peut-être, l'attaque épileptiforme, c'est la paralysie générale des aliénés. Or, dans ce cas, la mort qui est assez fréquemment la conséquence de ces attaques convulsives suivies d'un état comateux, plus ou moins prolongé, ne vient pas témoigner toujours en faveur de la congestion; on en retrouve bien, il est vrai, quelquefois des traces dans les ecchymoses sous-arachnoïdiennes et une légère hyperémie des méninges; mais d'autres fois on ne remarque aucune trace d'élément congestif, et la lésion la plus considérable consiste dans un épanchement énorme de sérosité qui recouvrant toute la surface des hémisphères, s'étend à la base du cerveau, en même temps qu'elle en remplit tous les ventricules ; elle a pu déterminer ainsi une compression puissante sur toutes les parties de l'organe. Ici ce n'est pas l'hyperémie, mais bien plutôt l'accroissement rapide de la suffusion séreuse, qu'on peut invoquer comme cause déterminante de l'attaque épileptiforme du coma et de la mort.

Ayons maintenant à formuler le résultat thérapeutique des considérations qui précèdent.

L'exposition que j'ai faite de l'état du cerveau, au moment où frappe la première attaque chez un épileptique, doit conduire à une médication toute différente de celle que préconise M. Trousseau. Il semble, en effet, insinuer que les émissions sanguines sont inutiles, puisque l'attaque dissipée laisse le sujet dans les conditions de santé où il se trouvait auparavant; mais si, comme l'a signalé avec pleine raison M. Bil-

lod, la congestion consécutive à la première attaque, devient pour le cerveau une condition prédisposante à de nouveaux accès, la déplétion que produirait une évacuation sanguine devrait offrir quelque avantage, et aurait chance d'enrayer les attaques consécutives. Telle serait donc en principe la règle de conduite; mais cette règle doit être subordonnée aux conditions de l'état général; et si on peut l'appliquer avec succès chez des sujets robustes et dans des conditions favorables de nutrition, on doit se montrer d'une grande réserve en face des constitutions chétives, débilitées, et d'une faible puissance de réaction.

Dans la congestion cérébrale apoplectiforme, l'application de la saignée est formelle et ne laisse nulle place à l'hésitation, quand la constitution vigoureuse du sujet en comporte l'indication. Si en pareil cas, M. Trousseau, songeant à l'épilepsie, s'est applaudi de son abstention, d'autres, bien inspirés aussi et plus logiques peut-être, ont attribué aux émissions sanguines intervenues alors la cessation complète ou l'éloignement du retour des attaques convulsives, qu'ils ont attribués en toute raison à la congestion cérébrale.

Je ne me permettrai pas de croire aucun confrère disposé, devant les phénomènes de la méningite ou de l'encéphalite, à demeurer enchaîné à l'expectation par la vue des attaques éclamptiques, et à s'abstenir d'une médication énergique capable de conjurer la gravité des accidents.

Mais assurément une autre conduite sera tenue en face de ces lésions organiques graves de l'encéphale qui accompagnent le plus souvent l'aliénation.

Bien que les tumeurs diverses de l'encéphale, le ramollissement, l'hydropisie, etc., etc.... puissent se compliquer d'irritation transitoire, et peut-être d'un état congestif local révélé par l'éclampsie, la thérapeutique sus-indiquée ne retrouvera plus ses indications si, comme il arrive le plus souvent, que la constitution débilitée et anémique des sujets ne le permet pas.

C'est donc encore ici la condition organique individuelle

qui domine la thérapeutique, et si, comme je l'ai observé quelquefois, des attaques convulsives épileptiformes se manifestent au début de la paralysie générale, chez des sujets robustes qui n'ont pas perdu encore les prérogatives d'une constitution à prédominance sanguine, je n'hésite pas, justifié par de fréquents succès, à faire appel, dans une mesure restreinte, toutefois, aux émissions sanguines.

Mais dans l'attaque apoplectiforme symptomatique de l'hémorrhagie cérébrale, celui qui, livré aux inspirations de M. Trousseau et voyant dans quelques contractions convulsives des muscles de la face des signes suffisamment révélateurs de l'éclampsie, se croirait autorisé à faire de la médecine expectante, ne se préparerait-il pas des regrets pour l'avenir ?

La question, à mes yeux ne paraît pas douteuse, et je n'hésite pas à déclarer, avec l'immense majorité des praticiens, qu'une médication active, dans laquelle les évacuations sanguines au début réclament une large part d'influence, est la seule qui se justifie aux regards de la théorie et de l'expérience.

Cependant nous savons tous que depuis quelques années des idées étranges, pour ne rien dire de plus, s'élèvent dans la science et prétendent écarter les émissions sanguines de la thérapeutique de maladies, contre lesquelles jusque-là elles avaient été considérées comme l'une des plus puissantes ressources. Nous avons vu la saignée, employée au début de la congestion cérébrale apoplectiforme être considérée par certains esprits comme la cause déterminante de l'agravation des accidents, des phénomènes d'hémiplégie et de la mort survenue quelque temps après.

Et ce n'est pas seulement dans l'apoplexie cérébrale qu'on a taxé la saignée de ressource dangereuse; on a prétendu dernièrement étendre la proscription de ce moyen jusqu'à la pneumonie, et même en général à toutes les plegmasies.

On trouvera peut-être plus étrange encore la prétention

des novateurs de s'étayer des données scientifiques modernes pour justifier leurs assertions.

De pareilles doctrines ne trouvent pas heureusement dans l'illustration paternelle, quelque haute qu'elle soit, des chances suffisantes de viabilité.

Mais pour ce qui regarde la thérapeutique de la congestion cérébrale apoplectiforme, il y a lieu, ce me semble, de regretter que M. Trousseau vienne prêter son autorité aux innovations que je viens de signaler. En venant, en effet, prétendre diminuer au profit de l'épilepsie le nombre des congestions cérébrales, il jette dans la pratique un nouveau germe d'hésitation qui, pour les hommes sages et prudents, ne sera qu'un motif d'attention plus grande, mais qui pour quelques esprits déjà hésitants et distraits sera une nouvelle cause de regrettable abstention.

Nous ne pensons pas, cependant, que l'opinion de l'honorable professeur de clinique, après la discussion qu'il a soulevée, fasse de nombreux adeptes; mais si ce nouvel auxiliaire, advenu à l'improviste aux proscripteurs de la saignée dans l'apoplexie, dans la pneumonie, etc.. etc...., pouvait provoquer au sein d l'Académie une discussion sur ce grave sujet, il en ressortirait, à mon avis, un enseignement bien autrement utile, et l'on pourrait dire alors que la thèse apportée par M. Trousseau aurait rendu à la science un signalé service.

Autrement nous avons bien peur que cette discussion, qui aura permis assurément de fixer les esprits d'une manière plus complète sur des points déjà bien établis dans la science, ne fasse surgir des éclaircissements nouveaux d'aucun côté, et ne demeure, pour le diagnostic comme pour la thérapeutique, tout-à-fait stérile en résultats.

De l'action que le principe aromatique du goudron exerce sur l'oxygène atmosphérique par rapport au phosphore (1).

Par M. DESCHAMPS, D'AVALLON.

J'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie le résumé du travail que j'ai entrepris pour étudier et expliquer le phénomène si remarquable de l'incombustibilité du phosphore dans l'air atmosphérique mélangé avec le principe aromatique du goudron, fait signalé par M. le docteur Sales Girons.

Tout le monde a vu du goudron, et personne, que je sache, ne connaît la nature de son principe odorant. Est-il simple, est-il complexe? Est-il acide, est-il neutre? On peut le croire acide en raison de la préparation du goudron: mais il peut être neutre ou salin.

Pour pouvoir constater d'une manière certaine, l'action qu'il exerce sur le phosphore, il faut nécessairement se placer, comme dans toutes les expériences, dans des conditions favorables à leur réussite. Ces conditions sont faciles à énumérer; il suffit d'éviter les courants d'air, de donner au principe volatil du goudron le temps de se disséminer entre les molécules de l'air, et d'opérer dans un vase clos, ou dans un vase à ouverture supérieure et non à ouverture inférieure, à moins de placer le vase sur l'eau ou sur le mercure. Alors, toutes les réactions sont simples et caractéristiques.

1° Prenez un flacon à l'émeri, et à large ouverture; fixez sur le bouchon, à sa face interne et avec de la cire à cacheter, une bride de fil; mettez du goudron dans le flacon, bouchez-le et abandonnez-le pendant quelques heures. Placez dans la bride un lingot de phosphore suspendu à un crochet et introdui-

(1) Ce travail a été rédigé, communiqué à l'Institut et adressé à la *Revue Médicale*, sinon en réponse, du moins à propos de la négation que M. le professeur Guibourt a porté du phénomène qui fait le fondement principal de la Diète respiratoire que M. Sales Girons a présenté naguère au jugement de l'Académie de médecine.

sez-le dans le flacon. Si vous opérez pendant le jour, vous ne voyez aucune vapeur, aucune formation d'acide phosphatique (mélange d'acide phosphoreux et d'acide phosphorique). Si vous opérez pendant la nuit vous n'apercevez aucune phosphorescence. L'expérience réussira très-bien encore si vous vous contentez de mettre du goudron dans un flacon et de l'abandonner pendant un certain temps sans le boucher. Seulement, le phosphore répandra des vapeurs pendant quelques instants, ou bien, luira dans l'obscurité pendant quelques secondes; puis ces deux phénomènes cesseront.

2° Fixez un fil de laiton dans un bouchon percé de deux trous, coupez l'extrémité de la tige en crochet, faites un bouton de cire à cacheter au milieu de cette tige, mettez du goudron dans une petite hotte de carte et suspendez-la en l'attachant sur le bouton de cire à cacheter. Introduisez cette tige dans une petite cloche, placez le tout dans une cuve à eau ou à mercure et abandonnez la cloche pendant plusieurs heures. Après ce temps retirez la tige de laiton avec précaution, suspendez un petit lingot de phosphore sur le crochet, introduisez le tout dans la cloche et remettez l'appareil en place. Aucun phénomène ne se produit : ni vapeur, ni phosphorescence.

Le goudron n'est pas le seul corps qui ait la propriété de suspendre ou de retarder beaucoup la combinaison du phosphore avec l'oxygène de l'air atmosphérique. Les huiles volatiles de menthe, de citron, de térébenthine, la benzine, l'éther, etc., agissent de la même manière. Les huiles volatiles de girofles, d'anis, la mirbane, le chloroforme, l'iodoforme, le musc, le baume de tolu, le benjoin, etc. n'ont aucune action. Il serait difficile de les désigner *a priori*.

Faut-il admettre que le goudron et les corps que j'ai signalés absorbent l'oxygène de l'air? non il faut bien s'en garder; car on commettrait une grave erreur. En effet, approchez de la cloche un charbon ardent, après quelques instants le phosphore se ramollit, entre même en fusion. Il se dégage de l'air de la cloche, puisqu'on élève sa température; mais,

tout-à-coup le phosphore s'enflamme et brûle en répandant une vive lumière. L'eau remplace l'oxygène absorbé et l'air expulsé. Chauffez au bain d'eau le flacon qui contient le goudron et le phosphore, après avoir laissé ces corps en contact pendant quinze heures, et après avoir graissé le bouchon, pour que l'air extérieur ne puisse pas pénétrer dans le flacon. Il arrive un instant où le phosphore s'enflamme et brûle avec une vive lumière. Enfin prenez un flacon à trois tubulures, fixez un thermomètre dans la première ouverture, adaptez à la seconde un tube en S muni d'un très-bon robinet de laiton, introduisez le goudron par le troisième; bouchez, lutez avec de la cire à cacheter, mettez du mercure dans le tube en S, déterminez exactement la hauteur du mercure dans les deux branches, fermez le robinet et abandonnez l'appareil. Après un temps plus ou moins long, variable à chaque expérience, ouvrez le robinet pour mettre l'intérieur du flacon en communication avec le tube en S, et vous ne constaterez que des oscillations correspondant aux variations de température.

Si au lieu d'opérer dans un vase clos, vous placez le phosphore dans un tube, et que vous fassiez passer dans ce tube un courant d'air goudronné, continu ou intermittent, vif ou lent, il se forme de l'acide phosphoreux, et le phosphore est lumineux dans l'obscurité. Si vous versez quelques gouttes d'éther dans le flacon qui renferme le goudron, la combinaison phosphorescente cesse immédiatement. En ayant plusieurs flacons préparés exprès et contenant des huiles volatiles de térébenthine, de citron, de l'éther, on peut à volonté rendre le phosphore lumineux et lui faire absorber de l'oxygène, en l'exposant à un courant d'air, ou l'éteindre en remplaçant l'air pur par un courant d'air aromatique.

Il est facile, d'après les faits que je viens d'exposer, de rendre compte de cette curieuse réaction. C'est un phénomène de contact. L'oxygène n'éprouve aucune modification. Il conserve toutes ses propriétés physiques et chimiques. Seulement, il est devenu *inactif*, ou en d'autres termes, ces

propriétés sont devenues latentes, par le seul effet de la dissémination du principe aromatique du goudron entre les molécules de l'air atmosphérique. Cette réaction peut être comparée à celle d'une petite quantité de gaz chlorhydrique qui s'oppose à la combinaison de l'hydrogène et de l'oxygène sous l'influence de l'électricité, ou bien, à celle d'un gaz étranger au mélange détonnant qui empêche le noir de platine de déterminer à la température ordinaire, la combinaison de l'hydrogène et de l'oxygène, etc.

En admettant que la partie aromatique du goudron rende l'oxygène inactif, et s'oppose à sa combinaison avec le phosphore, je suis loin d'avancer que l'oxygène de l'air ne puisse pas se combiner, dans les circonstances ordinaires, avec une partie du goudron; car la dessiccation des toiles et des cordages goudronnés ne peut s'expliquer autrement; seulement, il y a dans ces deux phénomènes une différence de temps dont il est très-important de tenir compte.

Je crois devoir annoncer à l'Académie, qu'en étudiant le principe odorant du goudron, je l'ai fait passer, par aspiration, à la température ordinaire, dans deux tubes de Liébig, contenant, le premier de la potasse et le second de l'acide chlorhydrique. Sous l'influence de la potasse, le principe aromatique se dédouble : la potasse se colore en jaune d'or et il se forme une matière floconneuse.

Elle n'est point encore très-abondante, quoique l'appareil fonctionne depuis plus d'un mois. La potasse retient le principe odorant connu de tout le monde. L'air entraîne un principe volatil qui a l'odeur térébenthinée que répandent les feuilles de pin fraîches lorsqu'on les froisse entre les doigts.

Dès que j'aurai obtenu un résultat digne d'être présenté à l'Académie, soit en continuant, soit en variant le procédé d'extraction, je m'empresserai de le lui faire connaître.

J'avais pensé qu'en traitant le Coaltar de la même manière, je parviendrais peut-être à isoler un principe volatil qui aurait l'odeur des végétaux qui ont jadis produit la houille; mais je n'ai obtenu, que l'odeur de la benzine.

APPLICATION DU LARYNGOSCOPE

A LA PHYSIOLOGIE.

Par le docteur MOURA-BOUROUILLOU.

(Voir le cahier du 28 Février).

Ce moment est facile à saisir, surtout chez la femme qui chante, ainsi que l'observe justement M. Garcia. « Suivant que la glotte se rétrécit ou s'entr'ouvre, les sons deviennent éclatants ou ternes. »

De la gamme dans la voix humaine. — Dans le mécanisme qui produit la gamme, M. Garcia distingue deux choses : « Un mouvement progressif extérieur, visible avec le secours « des miroirs et une cause interne qui détermine ce mouve- « ment, et que l'anatomie seule nous fait comprendre. »

« Le mouvement visible consiste, dit-il, en un raccourcisse- « ment progressif d'arrière en avant et en un rétrécissement « correspondant de la partie vibrante de la glotte. Dans ce « double phénomène, la portion fermée gagne tout ce que « perd la portion ouverte, et il se forme, pour ainsi dire, une « nouvelle glotte plus petite pour chaque nouveau son. » Nous avons observé ce mouvement progressif, comme l'indique M. Garcia. Nous ajouterons seulement que dans toute la portion postérieure des ligaments vocaux qui perd progressivement son aptitude à vibrer, il se forme un plissement très facile à constater avec le miroir laryngien; ce plissement est d'autant plus sensible que le son est plus aigu ; il prouve à lui seul le raccourcissement progressif des cordes vocales pendant la phonation.

Quant à la cause interne, M. Garcia la trouve dans la disposition que présentent les fibres du faisceau musculaire qui prend naissance dans la cavité antérieure de la face antéro-externe du cartilage aryténoïde. « Ces fibres placées horizon- « talement, dit-il, partent toutes de la face antérieure de l'a- « ryténoïde et sont superposées par couches d'inégale lon- « gueur. Les plus internes sont les plus courtes; au fur et à « mesure qu'elles se rapprochent de l'extérieur, elles s'allon-

« gent et étendent de proche en proche leur action sur tout le « tendon vocal auquel elles vont aboutir. On voit déjà com- « ment les contractions se propagent des couches profondes « aux couches superposées. Les fibres distendent progressi- « vement les bords de la glotte, en amoindrissant la longueur « vibrante et en rendant faciles les mouvements accélérés. »

Pour bien comprendre cette disposition, il faut savoir que les cordes vocales inférieures sont constituées par deux sortes de tissus : 1° un faisceau musculaire épais, à fibres de longueur variable et de direction également différente ; le plus grand nombre de ces fibres sont horizontalement placées entre les cartilages aryténoïde et thyroïde; ce sont les plus longues et les plus externes du faisceau, ou les moyennes du muscles appelé thyro-aryténoïdien; 2° une trame fibreuse qui recouvre le faisceau musculaire dont nous venons de parler et donne attache à ses fibres les plus internes par sa face externe. Ce tissu fibreux s'étend entre les cartilages aryténoïde et thyroïde comme le faisceau musculaire; il constitue une couche membraneuse à face externe concave, occupée par le faisceau musculaire en question, et à face interne convexe, recouverte par la muqueuse laryngienne à laquelle elle adhère intimément. Au moment de la phonation la corde vocale inférieure se change en une lame mince formée par l'adossement de son feuillet inférieur avec son feuillet supérieur.

Des registres. —La profondeur des surfaces mises en contact pendant les vibrations est la cause qui imprime à la voix, suivant M. Garcia, les différents caractères connus sous le nom de *registres*. « Sous l'empire du registre de poitrine, les liga- « ments vocaux sont tendus et entrent en contact dans toute « la profondeur de l'apophyse antérieure de l'aryténoïde, tan- « dis que sous l'influence du registre de fausset-tête, ce sont « les bords seuls des ligaments qui se tendent et se touchent. »

La formation des registres dans la voix humaine est un des points les plus difficiles à établir. La laryngoscopie fait voir, en effet, que l'apophyse antérieure des cartilages aryténoïdes participe aux vibrations des cordes vocales lorsque celles ci ne

sont pas fortement tendues; mais ses allées et venues sont très limitées et c'est avec une grande attention qu'on peut les apercevoir. M. Garcia peut être dans le vrai. Quant à nous, son explication nous paraît insuffisante. Muller fait dépendre les registres de la largeur de la partie vibrante des cordes vocales. Ainsi la voix de fausset serait due aux vibrations du bord seulement de ces cordes, tandis que la voix de poitrine serait le résultat des vibrations de toute leur étendue. D'autres physiologistes admettent au contraire des nœuds de vibrations qui n'existent pas dans les cordes vocales chez l'homme.

« Chaque registre se trouve donc formé, d'après M. Gar-« cia, de deux parties assez marquées : l'une, la plus basse, « résulte des vibrations de la glotte bi-composée, l'autre, la « plus haute, de celles du ligament tout seul. »

De la pureté et du voile des sons. — « Nous avons cons-« taté, écrit M. Garcia, que l'éclat où le voile des sons dé-« pend de ce que les bords de la glotte s'appliquent plus ou « moins exactement l'un contre l'autre après chaque explo-« sion. Si le contact est complet, chacune sera nettement déta-« chée, et le son sera pur ; si, au contraire, les explosions sont « réunies entr'elles par un filet d'air continu, le son sera terne « et voilé. » Cette explication est très plausible ; mais nous ne l'avons pas vérifiée. Nous nous sommes aperçu que chez plusieurs personnes dont la voix était voilée, le contact des cordes vocales se faisait très bien dans toute leur étendue: mais que leur tension n'était pas aussi énergiquement établie qu'à l'état normal. Leur voix n'existe que pour les sons graves. Il leur est impossible, en général, de produire des sons élevés. Ces faits sont très importants ; ils peuvent conduire à des indications pratiques d'un haut intérêt médical. Les voix rauques, enrouées, appartiennent au même ordre d'idées.

De l'épiglotte pendant la phonation. — « Le rapprochement « des lèvres de la glotte se faisant tout naturellement de l'a-« vant à l'arrière, dit M. Garcia, si ce mouvement est bien « ménagé, il peut donner lieu à la formation d'un espace « triangulaire, intercartilagineux, mais qui se ferme aussitôt

« que les sons commencent à se produire. Au bout de quel-
« ques essais, on s'aperçoit que cette disposition intérieure du
« larynx n'est visible qu'à la condition que l'*épiglotte* de-
« meure relevée. Or, tous les timbres de la voix, aussi bien
« que tous les degrés d'intensité, ne sont pas propres à lui
« faire prendre cette position. On reconnaît bientôt que les sons
« éclatants et forts du registre de poitrine, resserrent la cavité
« du larynx en en fermant l'ouverture supérieure, et qu'au
« contraire les notes voilées et de force modérée l'ouvrent de
« manière à rendre faciles les observations. Le registre de
« fausset surtout possède cette prérogative, ainsi que les pre-
« mières notes de celui de tête. »

Lorsque le larynx se prépare à émettre les notes basses du registre vocal d'une personne, l'épiglotte prend une position déterminée. Sa portion supérieure ou libre éprouve deux modifications, l'une d'arrière en avant, l'autre transversalement. Par suite de la première, la convexité supérieure de sa face laryngienne se prononce davantage, son bord libre se porte légèrement vers la base de la langue et l'épiglotte se redresse. Ce mouvement est assez étendu cependant pour le saisir dès la première fois. Par suite de la deuxième modification, les parties latérales du bord libre se rapprochent l'une de l'autre, tandis que sa partie moyenne se renverse en avant. Les replis pharyngo-épiglottiques deviennent saillants, et forment les limites d'une surface sus-épiglottique, sorte de pont suspendu sur lequel s'arrête le bol alimentaire avant de passer dans le conduit pharyngien, ainsi que nous le démontre le laryngoscope. La concavité supérieure de la face laryngienne de l'épiglotte se prononce davantage et prend la forme d'une gouttière ouverte en arrière, plus ou moins profonde, qui fait partie du vestibule du larynx.

Pendant que ces changements s'opèrent, les replis aryténo-épiglottiques, c'est-à-dire, les parois latérales du vestibule, subissent un certain degré de tension et les cartilages aryténoïdes se mettent en contact. Le diamètre antéro-postérieur de l'orifice supérieur laryngien s'allonge par conséquent, tandis

que son diamètre transversal se raccourcit ; de sorte que sa forme triangulaire devient ovalaire.

Dans ces circonstances, le larynx descend au-devant du cou. L'intervalle thyro hyoïdien s'efface presque complétement. Le bord inférieur de l'os hyoïde se rapproche plus ou moins du cartilage thyroïde, et repose même quelquefois sur ce dernier; la base de la langue est très déprimée. Tout l'appareil vocal enfin a exécuté un mouvement de descente très manifeste. Ce mouvement ne s'opère point si la tête est fortement renversée pendant l'émission de la voix.

La tension que subit le vestibule laryngien agrandit l'espace qui sépare ses parois de celle du pharynx qui l'entoure. Il s'ensuit que les gouttières latérales acquièrent une profondeur et une ampleur inaccoutumées; leurs fossettes naviculaires avec les replis qui les séparent sont dans des conditions très favorables à l'observation. La capacité de ces gouttières est considérable, comparée à celle qu'elles ont pendant la respiration tranquille ou pendant la voix de tête. Ces gouttières ont un rôle important dans la phonation ; car elles baisent d'un demi ton ou d'une fraction de ton, d'une seconde mineure ou majeure, d'une tierce mineure ou majeure et même plus les sons émis par le larynx. Il y a plus, ces gouttières ne servent nullement au passage des liquides pendant la déglutition; elles s'effacent complètement au moment où cette fonction exécute son second temps, comme nous le dirons plus loin.

Les changements que nous venons de signaler dans l'aspect et la situation de l'épiglotte pendant l'émission des notes graves sont peu sensibles si la tête est fléchie; ils le sont davantage si la tête est renversée ; mais c'est surtout dans sa position naturelle ou horizontale qu'on les observe le mieux. Ces changements ont lieu aussi lorsqu'on émet les notes moyennes ou du medium; ils sont cependant moins évidents pour celui qui les observe. Enfin on les constate très difficilement lorsque les sons deviennent très-aigus, car la base de la langue se soulève au point de cacher l'épiglotte. Dans ce dernier cas, l'orifice supérieur du larynx est plus

étroit, et les extrémités du bord libre de l'épiglotte sont plus rapprochées que dans les deux précédents. L'entonnoir laryngien est fortement tendu et paraît allongé. Mais en même temps, le larynx s'est élevé au point que le bord supérieur du cartilage thyroïde est comme caché dans la concavité de l'ozyoïde.

Pour M. Garcia, « toutes les fois que l'épiglotte s'abaisse et laisse l'orifice supérieur du larynx à peine entr'ouvert, les sons prennent de l'éclat, qu'ils sortent obscurs ou clairs, tandis qu'ils se voilent à l'instant dès qu'elle se redresse. »

Il faut entendre ici par abaissement et par redressement de l'épiglotte, le retrécissement et l'agrandissement du calibre de la partie inférieure du vestibule du larynx, car autrement, ce serait le contraire qui aurait lieu. En effet, l'épiglotte, à mesure que les sons s'élèvent, tend à diminuer l'espace elliptique compris entre les quatre cordes vocales; sa convexité inférieure fait saillie de plus en plus et son tiers inférieur s'abaisse à la fois par l'élévation graduelle du larynx et par la contraction musculaire continue et progressive. Mais sa portion supérieure, qui comprend à peu près ses deux tiers, se raidit et même se porte en avant; elle se redresse, par conséquent, tandis que sa portion inférieure s'abaisse sur l'ouverture glottique. M. Garcia n'a pas connu, sans doute, le mécanisme suivant lequel s'opère l'occlusion du larynx pendant la déglutition, le vomissement. Il aurait dit, ce qu'il fallait entendre, par abaissement et par redressement de l'épiglotte (1).

De l'occlusion du larynx par l'épiglotte. — « Afin de bien « juger la manière dont se comportent les diverses parties du « larynx dans l'acte de l'occlusion, j'ai pris pour point de dé- « part, dit M. Czermak, la disposition qui permet au regard « de plonger librement dans l'intérieur du larynx; j'ai amené « ensuite l'occlusion par l'effort. J'ai reconnu de cette manière, « dans l'occlusion hermétique, la disposition suivante : 1° les

(1) Müller avait déjà dit : « Lorsqu'on couvre la cavité supérieure du larynx en déprimant l'épiglotte, le son devient un peu plus grave et en même temps plus sourd. »

« cartilages aryténoïdes se touchent intimement par leurs « faces internes et leurs apophyses, et amènent les bords des « cordes vocales au contact; 2° les cordes vocales supérieures « se rapprochent des cordes vocales inférieures au point de « faire disparaître les *ventricules de Morgagni*; en même temps « elles se touchent sur la ligne médiane; 3° l'épiglotte s'abaisse, « et son bourrelet devenu plus saillant encore se presse contre « la glotte fermée »

« Tous ces changements s'opèrent si rapidement qu'une « grande attention est nécessaire pour les examiner en détail. »

Les divers degrés de l'occlusion du larynx par l'épiglotte sont indiqués au moyen de quelques figures. « Ces différentes « dispositions, ajoute ensuite M. Gzermak, expliquent la résis- « tance que peut opposer avec succès la glotte fermée à la « pression de l'air sans un développement considérable de « forces, pendant l'effort. »

« Lorsque le larynx étant hermétiquement fermé, je com- « prime l'air dans le thorax, on voit distinctement les parties « élastiques se bomber sans laisser échapper l'air; lorsqu'on « tousse ensuite légèrement pour expectorer, on fait un pas- « sage à l'air parce que les parties élastiques bombées cèdent « et se trouvent vivement ébranlées par l'explosion violente « de l'air; on voit surtout la *portion antérieure et inférieure « de l'épiglotte qui est appliquée avec son bourrelet sur la « glotte,* se soulever par des chocs distincts. »

Nous craignons ici que M. Czermak n'ait pris le bourrelet aryténoïdien pour celui de l'épiglotte. En cherchant à répéter ses expériences, nous avons vu, en effet, le bourrelet formé par le rapprochement des cartilages aryténoïdes subir une distension très-sensible, se bomber, en un mot, sous la pression de l'air intérieur. Quant à celui de l'épiglotte, c'est à peine si on l'aperçoit, et les efforts de pression exercés sur l'air intérieur déterminent dans les différentes parties du larynx et en particulier dans l'épiglotte certains déplacements qui dérobent la convexité inférieure de ce cartilage à la vue de l'observateur.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

De M. le Dr MATTEI,

PROFESSEUR LIBRE D'ACCOUCHEMENT.

OBSERVATION

SUIVIE DE REMARQUES DE L'AUTEUR.

On ne saurait trop se préoccuper de l'influence qu'exercent sur accouchement et ses suites, l'hydiosyncratie de la femme, son tempérament, ses diathèses etc. On verra dans le cas suivant une primipare, d'une constitution maladive, après avoir eu une menstruation irrégulière, devenir enceinte et accoucher sans offrir des particularités bien remarquables, mais les suites de couches sont graves. Le rhumatisme utérin, l'entérite et la résorption putride viennent compliquer cet état, et c'est avec peine qu'on a pu obtenir la guérison de la malade. Du reste voici l'observation.

Mlle Léonie âgée de 30 ans, ouvrière en lingerie, d'une taille moyenne, tempérament lymphatico-nerveux, constitution sèche et un peu maladive. Elle a été toujours sujette aux gastralgies, ainsi qu'à d'autres accidents nerveux et a eu une inflammation d'intestins qui a duré trois ans. Elle naît d'une famille où il y a eu des poitrinaires.

Réglée à 15 ans, elle a continué à voir, mais si irrégulièrement qu'elle a eu jusqu'à des interruptions de six mois. Pendant ces interruptions, la gastralgie et les autres indispositions étaient plus prononcées; mais lorsque les règles arrivaient, elles étaient très abondantes (7, 8 et même 9 jours).

Il y a deux ans, et par conséquent après son arrivée à Paris, ses indispositions ont augmenté, le ventre est devenu gros, la gastralgie plus intense, et surtout elle a eu des pertes blanches abondantes. Rentrée pendant quelques mois dans son pays natal, elle a été guérie avec le fer, le houblon et des injections vaginales.

Grossesse. Retournée à Paris elle a eu ses règles pour la dernière fois et peu abondamment vers le milieu du mois d'août 1855; mais attendu l'irrégularité de sa menstruation, elle n'a pas cru à une grossesse. Elle attribuait à ses indispositions ordinaires; les nausées, la faiblesse des jambes, la gêne pour respirer et l'amaigrissement, dont

elle se plaignait en ce moment ; le ventre avec cela commença à grossir et étant allée consulter un médecin il lui annonça sa grossesse.

Elle a senti les premiers mouvements de son enfant vers le 8 janvier, c'est-à-dire à l'approche d'une époque cataméniale ; à mesure que sa grossesse s'est avancée, elle a été moins souffrante; pas d'hémorrhagies, pas de varices, ni d'œdème aux membres, et chose curieuse, les hémorrhoïdes qui la tourmentaient avant la grossesse, ont été moins fortes depuis la fécondation.

Cette femme dit avoir beaucoup de gorge ainsi que sa mère et ses sœurs ; et dès les premiers mois de la grossesse, les seins ont un peu grossi, mais depuis ce moment ils ont diminué encore plus qu'avant la gestation ; ils sont flasques et n'ont jamais donné de liquide lactescent. Je vois cette femme au huitième mois de la grossesse et je trouve, en effet, les seins dans l'état que je viens de décrire, les aréoles, cependant, sont brunes et on y remarque des tubercules glandulaires.

Cette première visite a lieu le 24 avril (1856). La malade est venue me consulter parce que depuis le milieu de ce mois, c'est-à-dire, à la huitième époque cataméniale, elle avait été prise de diarrhée et d'un flux hémorrhoïdal mucoso-sanguin. Ce malaise du bas ventre avait même amené des contractions utérines douloureuses qui sont allées jusqu'à se répéter toutes les deux à trois minutes.

C'est à 11 heures du matin, le 24, que je l'examine et, comme ce travail est anormal, j'en étudie les allures. Il y a positivement des contractions utérines que je constate à la main, mais avec les particularités suivantes. La douleur au lieu de commencer dans les reins ou au bas-ventre, commence tantôt à droite, tantôt à gauche de l'utérus, et tantôt même vers le segment inférieur de cet organe ; mais dans tous les cas, la contraction est générale, et si pendant la tension utérine on presse le point douloureux, la contraction devient plus énergique et plus pénible pour la femme. Il y a surtout à droite et en haut de l'utérus un point qui est douloureux à la pression, même après le relâchement de l'organe; ce qui n'a pas lieu pour les autres points où va la douleur pendant la contraction. Enfin ces contractions, quoique se répétant à peu de minutes de distance, ne sont pas exactement périodiques. Le col utérin, quoiqu'offrant une dilatation qui permet au doigt de franchir son orifice interne conserve encore une certaine longueur. Je reconnais au palper que l'enfant est en O. IL. G. A.

Après m'être assuré de ce qui précède, je prévois un faux travail

tenant autant à la congestion utérine qu'à une hypéresthésie dont cet organe paraît être atteint et qui est peut-être de nature rhumatismale. Je prescris à la femme de rester couchée au lit, et pour tout moyen thérapeutique, j'ordonne des lavements laudanisés.

Dans la journée du 24, et surtout dans la nuit, le faux travail va en diminuant et se suspend le 26; la femme reste cependant à la maison.

Le 27 au soir, pendant que la malade est couchée au lit, je pratique le palper, et à mon étonnement, je trouve que l'enfant, au lieu d'être en occipito gauche antérieure, est en occipito droite postérieure. Je contrôle ce diagnostic par l'auscultation et je trouve le maximum à droite et en arrière, la femme elle-même me dit que les jours précédents elle sentait les mouvements actifs à droite et en haut, tandis que maintenant elle les sent à gauche et en avant. L'utérus continue à offrir quelques points douloureux à la pression, et surtout celui qui est à droite.

Dans les jours suivants, la malade va mieux, le col uterin se resserre et tout rentre dans l'ordre.

Le 8 mai, à 7 heures du matin; c'est-à-dire à la neuvième époque cataménial à perdre e, la femme commencedes mucosités sanguinolentes et bientôt apparaissent des contractions douloureuses bien diverses des précédentes. Cette fois, dès le début elles sont plus rares, mais périodiques, et la douleur qui les accompagne a pour siége le bas-ventre, gros sur les côtés. Le col aussi s'efface et se dilate, de manière qu'à 11 heures il a les bords tranchants et offre une ouverture dont le diamèlre a six centimètres; mais ce qui m'intrigue le plus, c'est que le fœtus est de nouveau en O. IL. G. A., le palper et l'auscultation constatent ce changement; enfin le toucher vient confirmer cette dernière position. Voilà donc un fœtus qui dans peu de jours a changé deux fois de position.

Je romps les membranes à midi un quart, la dilatation se fait bientôt complète, je relève la lèvre antérieure de l'utérus qui est pincée entre la tête et les pubis, les contractions sont plus rares et moins agaçantes à mesure que la tête descend, le périnée se dilate facilement et la tête franchit la vulve à 1 heure et demie. C'est un garçon très vivace, pesant 2,950 grammes. Délivrance naturelle.

Le reste de la journée s'est bien passé; le soir, seulement, le pouls se ressentant de la période spasmodique, monte à 86; mais il n'a ni soif, ni chaleur fébriles. Dans la nuit la malade a dormi et a un peu transpiré.

Le 9, pouls à 68; l'utérus, quoique revenu sur lui-même, est presque de niveau avec le nombril; son axe, contrairement à la règle, est un peu incliné à gauche; probablement parce que le malade ayant son fils couché de ce côté, est restée la nuit sur le côté gauche. Le globe utérin est toujours plus sensible, du côté droit que du côté gauche, et ici nous savons que la douleur ne tient pas au traumatisme du travail, ni à une inflammation consécutive. La journée est bonne, bouillons, potages. Le soir, à 7 heures, frissons suivis de chaleur et une selle diarrhéique. A 9 heures, le pouls est à 76; les lochies sont très fétides, les seins commencent à gonfler, le ventre est dans le même état. Embrocation huileuse et taffetas sur l'abdomen. La nuit est assez bonne, la malade a dormi et a transpiré.

Le 10, pouls toujours à 72; je fais une douche pour laver largement le vagin et réveiller les contractions utérines. Bouillon, eau de riz. Dans la journée, la malade a quelque sujet de chagrin par rapport à sa famille, ce qui pourrait expliquer l'accélération de son pouls, qui est à 80; mais avec cela il y a des douleurs à l'épigastre, dans l'épaule droite, et même dans le bras du même côté: il y a aussi des selles diarrhéiques et une sensibilité très marquée le long du colon descendant. Il y a évidemment ici une affection rhumatismale qui de l'utérus, où elle siégeait d'abord, s'est propagée au loin; mais aussi le gros intestin paraît s'enflammer; et pour parer à cette dernière complication j'applique trois ventouses scarifiées devant la fosse iliaque gauche. On continue les douches vaginales, et on substitue les cataplasmes aux embrocations. La nuit est assez bonne, la malade n'a été tourmentée que par la douleur de ses seins, pas de frissons.

Le 11, si rassurant que soit l'état de cette malade, comme le pouls est encore à 72 et que les lochies sont toujours très fétides, je donne 0,40 de sulfate de quinine pour neutraliser les principes en décomposition qui auraient pu être absorbés par la surface utérine. Quant à la sensibilité du ventre, elle n'a pas augmenté. Bouillons, eau de riz. De midi à 2 heures recrudescence fébrile (80), j'examine les organes génitaux pour savoir si la fétidité des lochies ne tiendrait pas à une escarrhe gangréneuse; mais je ne trouve rien. Si elle existe, cette escarrhe est profonde; tout me porte à croire plutôt que la fétidité tient à la décomposition de caillots qui étaient dans l'utérus. A peine si je trouve en avant de l'entrée vaginale un point où il y a de la suppuration, sans mortification de tissus. Aux prescriptions pré-

cédentes j'ajoute un lavement amilacé laudanisé. La nuit a été passable, la malade a beaucoup transpiré.

Le 12, la fièvre a diminué, mais il y a toujours de la sensibilité au ventre et dans d'autres parties des membres ; le rhumatisme se propage en même temps qu'il s'affaiblit, et comme la diarrhée continue, j'ordonne un gramme et demi de sous-nitrate de bismuth et dix centigrammes d'opium en trois paquets. Potage au riz. Tout paraissait aller bien lorsqu'à deux heures il y a encore de la céphalalgie et de la fièvre. Ce ne sont pas les lochies seules de cette femme qui sont excessivement fétides, son haleine a aussi beaucoup de cette odeur; de plus, le ventre est ballonné et il y a du gargouillement dans la fosse iliaque droite comme s'il s'agissait d'une fièvre typhoïde. La région sus-pubienne a aussi augmenté de sensibilité, et une chose qui montre combien est en mauvais état la masse du sang, c'est que les piqûres des ventouses se sont enflammées, et ulcérées. Je donne à la malade un bain général, et pendant qu'elle est dans le bain, je fais des frictions à la peau, je donne une douche vaginale assez prolongée, puis une douche rectale de manière à faciliter les secrétions cutanées et à laver les sources des matières putrides. On continue le sulfate de quinine, les bons bouillons et les potages. La nuit est de beaucoup meilleure, pas de sueurs, pas de diarrhée.

Le 13, le pouls est apyrétique, le ventre est aussi plus souple, et les lochies moins fétides. Mêmes prescriptions, à part le sous-nitrate et le lavement, potages au riz. Comme à l'heure ordinaire, il y a encore un peu de recrudescence fébrile; je renouvelle le bain et la douche vaginale. Dans la nuit, malgré la prudence dans le régime, il y a encore trois selles diarrhéiques.

Le 14, l'état du ventre est bien pour l'utérus ; aussi je suspends le bain et le sulfate, et j'insiste sur le bismuth. Le reste de la journée et la nuit sont excellents.

Le 15, pas de diarrhée, pas de fièvre, potages, œufs à la coque, eau rougie. Le 16, la malade est tout-à fait bien et demande à rentrer le soir chez elle où elle continuera à se soigner.

L'enfant, qui était nourri au biberon, était devenu tout-à-fait jaune dès le 13; il avait eu aussi des selles liquides, mais il va mieux : une ophthalmie catarrhale qu'il avait eue aussi a disparu, de sorte que la mère et l'enfant ont quitté la maison dans un état satisfaisant.

Depuis ce moment, l'enfant a été confié à une nourrice, et la mère est allée se rétablir à la campagne. Le 18 juin elle vient me voir et

me dit que tout en se trouvant mieux, elle a eu cependant, même à la campagne, quelques jours de diarrhée et des crampes dans les membres. Enfin depuis quatre jours seulement, elle a eu une éruption papuleuse sur le visage.

Réflexions. — Cette observation se prêterait à beaucoup de considérations, mais je me bornerai aux principales. Le mauvais état de la constitution de cette femme rend compte, jusqu'à un certain point de toutes les péripéties par lesquelles ont passé la menstruation, la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. Il est probable que la susceptibilité de l'intestin tenait à la présence de tubercules dans ce viscère; mais il y eu cependant quelques particularités qui méritent d'être remarquées.

Premièrement, les douleurs que j'appelle de nature rhumatismale, à cause de leur siége et de leur généralisation. Secondement, l'appauvrissement du sang chez cette femme et sa tendance à la décomposition putride, ce qui est pour moi d'une grande valeur. Troisièmement, l'absorption de ces matières et les accidents qui en ont été la conséquence.

Pendant l'intervalle précisément où Mlle L. était à la maison avec d'autres femmes, une épidémie de fièvres, dites puerpérales, décimait tellement la Maternité et la Clinique, qu'on avait dû fermer ces établissements. Ne pourrait-on pas trouver dans les symptômes de cette femme, une de ces fièvres? Quoique le pouls n'ait pas dépassé 80, quoiqu'il n'y ait pas eu d'accidents graves du côté des centres de la vie, ni du côté du péritoine, je n'en crois pas moins qu'il y a eu ici absorption putride légère, et que grâce aux douches utérines et au sulfate de quinine, le danger a été conjuré. Ainsi, il y a des degrés dans la soi-disant fièvre puerpérale et des degrés guérissables, quand on les traite avec intelligence.

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

Journaux de Paris

Lettre sur le perchlorure de fer et sa solution officinale par M. ADRIAN.

M. Burin Dubuisson a publié, dans le dernier numéro du Journal de pharmacie de M. Dorvault, un article sur le perchlorure de fer, dont on sait que le pharmacien de Lyon s'est fait une spécialité en France. Il s'agit dans cet article du nouveau procédé trouvé par M. Adrian, pharmacien de Paris, pour obtenir enfin cette solution officinale, objet de tant de recherches. Nul n'ignore que, jusqu'à ce jour, le perchlorure de fer n'était qu'une préparation des plus variables et partant des plus infidéles. La manière dont M. Burin Dubuisson reconnait l'exactitude du procédé nouvean de M. Adrian, a fait un devoir à celui-ci de le remercier, tout en faisant ses réserves de reconnaissance. Voici la lettre de M. Adrian.

Dans une courte note, que j'ai publiée tout récemment, je me suis fait un devoir de faire connaître le procédé simple et rationel, au moyen duquel je suis parvenu à obtenir la *Solution officinale de perchlorure de fer*, objet des recherches de tous ceux qui apprécient les services rendus à la médecine par cette préparation.

Avant d'exposer le mode opératoire que je mettais en pratique depuis plus d'un an, il m'a semblé naturel de lui confronter les divers modes publiés jusqu'à ce jour, et de démontrer qu'avec aucun d'eux, même avec celui de M. Burin Dubuisson, le plus généralement suivi, il n'était possible d'obtenir un produit pur et susceptible de quelque conservation.

Cette note, comme nous l'avions prévu, allait attirer l'attention des auteurs de ces procédés, et de M. Burin Dubuisson, dont le mode de faire, comme il le méritait, avait été par nous l'objet d'un examen tout particulier.

En effet, notre confrère de Lyon a été le premier à ré-

pondre ou à réclamer, et nous tenons à faire savoir au monde médical et pharmaceutique, en quoi consiste sa réponse et sa réclamation; on verra, du moins, quelles sont d'une espèce nouvelle.

M. Burin Dubuisson a senti le besoin de se relever de l'examen que nous nous étions permis à l'endroit du procédé qu'il suit et du produit qu'il en obtient. Il le fait en des termes et par une affirmation qui mettraient à néant toute notre critique, si nous ne connaissions l'habileté de notre confrère de Lyon.

« Les solutions chimiquement neutres $Fe^2 Cl^6$, sont, dit-il, « les seules qui se conservent indéfiniment sans aucun dépôt.

Suit le détail opératoire pour obtenir ces solutions.

« Nous préparons ainsi depuis deux ans des quantités « assez considérables de perchlorure de fer liquide, chimi- « quement neutre, qui se conserve parfaitement bien, sans « aucun trouble ni dépôt d'oxichlorure.

« Nos solutions ainsi préparées contiennent, il est vrai, « un peu de protochlorure; mais ce dernier, en très-minime « quantité du reste, ne nuit en rien au prodnit ni à sa par- « faite consrvation. »

Bref, sauf ce peu de protochlorure étranger, la formule $Fe^2 Cl^3$, qui seule donne des solutions chimiquement neutres, tout est parfait dans le procédé aussi bien que dans le produit de M. Burin Dubuisson.

Sur une exposition si affirmative et si directement adressée à notre critique, on serait tout porté à penser que notre confrère va terminer sa réponse en annonçant qu'il n'y a pas de raison pour lui de changer le mode de préparation sa propriété scientifique.

Mais la logique de M. Burin Dubuisson n'est pas la logique ordinaire de tout le monde, et, quand il a bien déclaré sa préparation parfaite, il s'empresse de nous faire savoir qu'ayant assayé le procédé Adrian sur quatre litres de liquide et ayant obtenu par lui des résultats concluants, il s'est hâté d'organiser dans son usine des Brotteaux, un appa-

reil, au moyen duquel il pourra opérer sur deux cents kilogramme de solution de protochlorure.

Avec un appareil de cette capacité on est tout averti que M. Burin Dubuisson change toute sa pratique, et que les appareils qui lui servent à fabriquer depuis deux ans vont être mis de côté; en d'autres termes, que le procéd de M Adrian va remplacer le procédé de M. Burin Dubuisson dans l'usine des Brotteaux.

Ce sacrifice une fois fait, la réclamation se transforme, sous la plume de M.Burin Dubuisson,en éloges de toute sorte à l'adresse de M. Adrian. « Pour notre part, dit-il, nous déclarons adopter dès aujourd'hui le procédé de M. Adrian pour préparer tout le perchlorure de fer liquide, sortant de notre laboratoire. »

Enfin, quant on a taut fait que d'abandonner son procédé propre pour adopter celui d'nn autre, il faut prévoir tont ce qui peut arriver d'heureux à celui-ci afin d'en profiter; en conséquence, M. Burin Dubuisson termine aussi son article,

« Je n'hésite pas à croire, dit-il, que la commission de rédaction du Codex, après examen du procédé de M. Adrian, ne le juge digne d'être adopté comme le procédé légal à suivre ponr la préparation du perchlorure de fer. »

Nous aurions manvaise grâce à ne pas nous féliciter du bon accueil que notre confrère de Lyon vient de faire à notre préparation, et pourtant nous croyons qu'il est de notre devoir d'expliquer ce qui nous a plus surpris que charmé dans l'esprit qui a présidé aux témoignages de satisfaction que M. Burin Dubuisson a bien voulu nous donner dans son article. Cette explication fera l'objet d'une nouvelle note.

J'ai l'honneur, M. le Rédacteur,

ADRIAN.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Pancréas. — Nouvelles sondes en balata. — Forceps à traction soutenue. — Congestion cérébrale; M. Devergie ; M. Tardieu.

SEANCE DU 26 FÉVRIER 1861. — Présidence de M. ROBINET.

1° M. le docteur Lucien Corvisart communique un mémoire intitulé : Des sécrétions en général, de l'influence de la digestion gastrique sur l'activité fonctionnelle du pancréas. (Commiss., MM. Wurtz, Longet et Bourdon.)

Les excitants de toutes sortes et les vivisections ont été prodigieusement multipliés pour l'étude des sécrétions ; mais, à proprement parler, on n'a par eux étudié que l'excrétion, acte presque mécanique de dilatation et de pression des vaisseaux et des conduits. L'acte tout différent en vertu duquel les glandes sécrètent, c'est-à-dire *forment*, élaborent des principes nouveaux, étrangers au sang, reste à connaître; l'étude de l'élaboration des ferments digestifs, par exemple, est tout entière à faire.

C'est à ce genre d'étude délaissé que s'adressent surtout les expériences que nous avons faites sur la glande pancréatique. Nous avons fait usage du procédé de l'infusion.

On conçoit comment le pancréas étant surtout un organe supplémentaire de l'estomac pour la digestion des aliments azotés, il importe de savoir les influences capables de faire varier ou d'augmenter son activité, c'est-à-dire la formation de son ferment actif, pour la mettre au service de l'économie.

Voici les conclusions sommaires auxquelles j'ai été conduit :

La *formation minima* de ferment pancréatique a lieu pendant le jeûne simple, de la neuvième à la douzième heure du repas, époque à laquelle les digestions gastrique et intestinale ont fait disparaître les aliments; le pancréas, à ce moment, est épuisé. Mais après la douzième heure, le sang,

pendant le jeûne prolongé, refait, par un mécanisme inconnu, une certaine quantité de ferment.

Le pancréas, soit qu'il verse son suc dans le duodénum, qu'il l'épanche au dehors par la fistule pancréatique, ou qu'il le garde dans sa trame pour ne le céder qu'à l'infusion, décèle toujours, dans les expériences, la *formation maxima* du ferment pancréatique à la même époque qui coïncide avec le milieu de la digestion (6° ou 7° heure d'un repas mixte et type).

L'heure maximum de production du ferment pancréatique suit exactement les oscillations de l'accomplissement de la digestion gastrique, avance et retarde absolument comme cette dernière, *à laquelle elle est subordonnée*.

L'abondante formation du ferment pancréatique apparaissant au milieu de la digestion, est évidemment liée à celle-ci comme un effet à sa cause. Cette connaissance ne peut suffire; la digestion, loin d'être chose simple, est le résultat, en effet, d'une réunion de phénomènes très-divers : phénomènes d'ingestion, de contact, d'excitation produite, de sécrétion, de liquéfaction des aliments, de formation des peptones, d'absorption. Or lequel d'entre ces phénomènes est la cause nécessaire, le véritable agent de la formation du ferment pancréatique?

L'excitation nerveuse ou sympathique provoquée par le contact des aliments solides sur l'estomac ou sur le duodénum, et qu'on supposerait transportée par les voies nerveuses de l'un ou de l'autre de ces organes au pancréas, n'est pas la cause de l'apparition abondante du ferment pancréatique dans la glande.

La sécrétion seule du suc gastrique dans l'estomac, du suc intestinal, pancréatique ou biliaire dans l'intestin, abstractivement de la digestion qu'ils opèrent, n'est pas non plus cette cause.

Ce n'est pas plus la simple liquéfaction des aliments dans les voies digestives, qui amène l'élaboration du suc du pancréas.

Ce qui provoque la formation et l'élaboration *maxima* du ferment pancréatique, *c'est la formation des peptones gastriques.*

Cette formation des peptones gastriques, pour être suivie d'effet, doit être accompagnée de l'absorption de ces mêmes peptones *par l'estomac.*

Ainsi l'intégrité de la digestion pancréatique duodénale des aliments se trouve sous la dépendance de l'intégrité de la digestion gastrique préalable.

La quantité et l'activité du ferment pancréatique, dont les peptones gastriques provoquent la formation sécrétoire, dépendent de la quantité de ces peptones absorbées.

Mais cela n'a lieu que jusqu'à un certain point.

La rapidité ou la lenteur de la formation du ferment pancréatique varie comme la rapidité ou la lenteur de la formation et de l'absorption des peptones gastriques. Cette relation est constante.

Chose remarquable, la transformation digestive intestinale (peptones intestinales) n'a pas les propriétés des peptones gastriques pour provoquer la formation du ferment pancréatique; elle est impuissante.

Il est à noter que l'absorption des peptones gastriques elles-mêmes, si elle a lieu *par l'intestin seul*, devient également impropre à cet effet. Apportées par cette voie, les peptones gastrique perdent leur influence sur la formation du ferment pancréatique.

Ces relations entre les peptones gastriques et la formation du ferment glandulaire, qui donne une nouvelle théorie de la sécrétion, théorie différente de celle qui s'appuie sur les excitations nerveuses ou la pure dilatation des vaisseaux glandulaires, mettent aussi à nu un phénomène de nutrition spéciale, et font entrevoir la possibilité de l'étude *des nutritions locales.*

Si toutes celles-ci étaient connues, si toutes pouvaient être réglées, la formation des tissus, le règlement des fonctions, l'anéantissement de bien des diathèses seraient ac-

cessibles à la médecine. Si le ferment pancréatique se fait ainsi qu'il a été dit, par quels matériaux déterminés se font la bile, le sperme, le tissu cellulaire cancéreux? A quelles nutritions locales déterminées servent les peptones gastriques absorbées par l'intestin, les peptones intestinales, etc.? Ces questions commandent un puissant intérêt.

J'ai annoncé, en juillet 1859, d'après mes études, cette destination des peptones gastriques. Un travail qui m'est commun avec le professeur Schiff, et qui résulte d'expériences faites avec lui en septembre 1859, apportera à ce sujet une confirmation et des développements nouveaux, qui pourront jeter quelques lumières sur les dyspepsies.

J'appelle toute l'attention des physiologistes sur l'incertitude des résultats précédents, si l'on se décide, d'après un petit nombre d'expériences et sur la nécessité, dans un sujet si difficile, de suivre, avec une rigueur extrême, des règles fixes pour avoir des expériences comparables; ces règles doivent porter sur le choix des animaux, leur captivité, le poids et la composition déterminée du repas préparatoire, l'heure du repas expérimental, la composition fixe ou variable de celui-ci, l'examen de l'état de la digestion et de l'absorption gastriques, avant toute exploration du pancréas, etc.; la moindre condition différente pouvant amener des résultats absolument contraires.

— M. le docteur Mallez adresse une note relative à de nouvelles sondes et bougies en sèves de balata, que M. Bénas, fabricant de bougies en cire, a faites sur ses indications.

— M. Velpeau fait hommage, au nom de l'auteur, d'une brochure sur les tumeurs osseuses à myéloplaxes, par M. Eugène Nélaton.

— M. le secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre de M. Aug. Duméril, qui fait hommage à l'Académie du portrait de son père.

— L'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Poiseuille sur les candidats à la place vacante

dans la section d'anatomie et de physiologie; jusqu'à quatre heures et demie.

— A la rentrée de la séance, la parole est donnée à un médecin de Lyon, le docteur Chassagny pour la lecture d'un travail sur le forceps et la présentation d'un nouvel instrument auquel il donne le nom de *forceps à traction soutenue et à pression progressive*.

L'assemblée a écouté attentivement la courte analyse de ce travail présentant un intérêt remarquable d'utilité et de nouveauté au triple point de vue de l'appréciation des anciens forceps, de l'instrument lui-même, et surtout de la création d'un appareil destiné à remplacer les tractions à la main.

Le docteur Chassagny s'élève avec force contre la facilité avec laquelle on se décide à sacrifier les enfants et à les mutiler, pour peu que l'accouchement présente de difficultés; son instrument est destiné non seulement à rendre ces cas excessivement rares, mais encore à former des données dynamométriques certaines en deçà desquelles la femme ne court aucun danger, et au-delà desquelles sa conscience est parfaitement à l'abri.

Cet appareil se compose d'un arc de cercle prenant son point d'appui sur les genoux de la malade; un treuil mis en mouvement par une vis sans fin et une manivelle est placé au milieu de cet arc; le treuil est relié au forceps aussi près que possible de la tête, avec une corde de boyaux ; on peut dès lors faire des tractions lentes; douces, ménagées, se dirigeant d'elles mêmes suivant les axes du bassin ; l'opérateur qui n'emploie que ses doigts conserve toute la délicatesse du tact ; aussitôt que la résistance augmente, il en est averti et s'arrête, l'expérience a appris au docteur Chassagny que la tête ne tardait pas à se mouler, le bassin à céder ; que de nouvelles tractions devenaient possibles jusqu'à ce qu'il fût arrêté par une nouvelle résistance. Si après un certain temps d'arrêt, cette résistance n'était pas vaincue, ce serait seule-

ment alors qu'il se croirait en droit de recourir à d'autres moyens.

Quant au forceps lui-même, c'est une importante modification du forceps de Thenance; les branches en ont été rendues flexibles, de telle façon qu'en les comprimant à leur partie moyenne, on réduit leur courbure; on exerce une compression utile sur la voûte du crâne dont, on amène la réduction sans exercer de pression dangereuse sur les diamètres incompressibles de la base; le forceps étant d'ailleurs mis dans l'impossibilité de glisser par le rapprochement solide de l'extrémité des cuillers que l'effort le plus violent ne saurait écarter.

La séance est levée à 5 heures.

Séance du 5 mars 1861. — Présidence de M. Robinet.

L'Académie reçoit un mémoire intitulé : *Avantage possible de l'emploi de l'oxygène pur dans les divers cas d'asphyxie, notamment dans celles des mines et des fosses d'aisance,* par M. le docteur Fiévet, de Tournon-sur-Rhône. (Com. MM. Bouchardat et Gavarret.)

M. le Secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre de M. le docteur Moura-Bourouillou, qui demande l'ouverture du pli cacheté qu'il a envoyé dans la séance du 26 février dernier. Ce pli contient une note relative aux phénomènes de la déglutition révélés par le laryngoscope, que nous ferons connaître à nos lecteurs.

— Un des auteurs des mémoires envoyés pour les prix de l'Académie, dit M. le secrétaire, n'a pas joint de pli cacheté à son envoi, conformément à l'usage prescrit. Il a pris pour épigraphe : *Si vis cognoscere nomen, da premium.* Le Bureau fait observer que les noms des candidats ne sont connus, que dans le cas où ils remportent le prix. Dans le cas contraire, les plis cachetés ne sont pas ouverts. Quelques candidats même renferment leur nom dans un double pli cacheté, et le premier, le plus extérieur, contient la prière de ne pas ouvrir le second si le travail n'est jugé digne que d'une mention honorable. Dans ce cas encore, on ne va

pas plus loin, et les intentions des auteurs sont respectées.

— M. Trousseau, au nom de M. Morel, médecin de l'asile de Saint-Yon, offre à l'Académie une brochure sur l'*épilepsie larvée*.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section d'anatomie et de physiologie. — Les candidats présentés par la commission sont :

En première ligne, et *hors ligne*, M. Cl. Bernard ; — en 2e ligne, *ex æquo*, MM. Béclard et Sappey ; — en 3e ligne, M. Verneuil ; — en 4e ligne, M. Béraud.

Sur 79 votants M. Cl. Bernard obtient. 72 suffrages. — — M. Sappey. 4 — M. Béclard. — M. Verneuil, — M. Béraud, une voix chacun.

En conséquence, M. Cl. Bernard est nommé membre de l'Académie ; cette élection sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

— L'ordre du jour appelle ensuite la continuation de la discussion sur la congestion cérébrale. La parole est à M. Devergie.

L'honorable académicien n'avait pas l'intention de prendre la parole dans cette discussion; mais il doit, puisque M. Trousseau l'a directement provoqué, répondre à cet appel.

Il commence par déclarer qu'il n'attache aucune importance aux mots nouveaux qu'on a reprochés à M. Trousseau. Quelques mots de plus ou de moins ne doivent arrêter personne. Le temps fera justice promptement des néologismes et des nosographies actuels. La nomenclature de Chaussier, très rationnelle, et reposant sur des données aussi exactes, aussi bien déterminées que les données anatomiques, la nomenclature de Chaussier n'a pas eu de succès, et tous les médecins se servent encore des anciennes dénominations. A plus forte raison, les nomenclatures qui reposent sur la nature des maladies c'est-à-dire sur des interprétations, qui changent tous les vingt ans, n'ont aucune chance de vivre.

Contrairement à l'opinion émise par M. Trousseau, M. Devergie admet la congestion cérébrale apoplectiforme et reconnaît trois degrés à cette congestion.

Dans le premier, il y a de la pesanteur de tête, de l'incertitude dans la démarche, un certain embarras dans les facultés intellectuelles, des éblouissements, etc.

Au troisième degré, le malade tombe soudain privé de sentiment et de mouvement; il meurt en quelques minutes.

Dans ce cas, on trouve des lésions anatomiques différentes. Tantôt la congestion siége uniquement soit dans les membranes cérébrales, soit dans la substance cérébrale ; tantôt l'hyperémie occupe le cerveau et les méninges simultanément. A l'autopsie, on trouve du sang infiltré dans la pie-mère et le tissu cellulaire sous-arachnoïdien; le réseau vasculaire péri-encéphalique plus ou moins gorgé de sang, et la substance cérébrale comme imbibée par l'excès de ce fluide.

M. Devergie admet que la congestion compte pour un huitième dans les morts subites.

En somme, il pense que la congestion cérébrale apoplectiforme doit être maintenue, et il exprime le vœu que M. Trousseau revienne à ses premières impressions, et qu'il préconise la saignée, non dans les accidents épileptiques, mais dans tous les cas de congestion.

Arrivant au deuxième point, c'est-à-dire à la question médico-légale, M. Devergie croit que M. Trousseau est allé trop loin encore. Il a exagéré la fréquence des déterminations soudaines causées par les attaques d'épilepsie, et, d'autre part, il n'a pas tenu assez compte de la disposition constante des magistrats à admettre l'influence des états morbides sur les actes criminels.

M. Devergie ne croit pas que les épileptiques commettent des actes de violence au moment même de la congestion, mais bien plutôt entre les attaques ; de sorte que l'acte homicide lui paraît tout à fait indépendant de la congestion épileptiforme, qui ne donne pas lieu à des phénomènes

d'excitation, mais, au contraire, à de l'affaissement. Un épileptique qui devient meurtrier est un épileptique confirmé depuis longtemps. D'ailleurs, la magistrature, il le répète, est bien plus disposée à admettre l'influence de l'épilepsie sur les déterminations soudaines que, par exemple celle de la mélancolie. Tandis que l'épileptique n'a pas la conscience de l'acte qu'il accomplit, le mélancolique, obéissant à des hallucinations, quelquefois dissimulées pendant longtemps, paraît avoir agi rationnellement et dans toute la plénitude de la réflexion.

— M. Tardieu: Messieurs, je croyais que M. Devergie me dispenserait de venir à cette tribune; mais j'avoue que j'ai compris si différemment l'appel que nous a fait M. Trousseau que je ne puis me dispenser de parler après lui. Je prends la question où elle est arrivée maintenant, sans m'occuper davantage de la congestion cérébrale.

M. Trousseau a dit que l'épilepsie, celle que M. Morel, de Saint-Yon, appelle très justement l'épilepsie larvée, se révélait par deux caractères : par le coup, l'*ictus*, par les déterminations instinctives soudaines, irrésistibles. L'indication de ces caractères est très heureuse, et je l'approuve complétement. Tantôt l'*ictus* porte sur le mouvement, sur la sensibilité générale sur les sens, tantôt sur la volonté.

M. Trousseau m'a fait l'honneur de dire que j'avais le premier ébranlé le premier de ces caractères, en le revendiquant pour d'autres étas morbides que l'épilepsie. Je suis obligé, aujourd'hui, de faire subir la même extension au second des caractères mentionnés par M. Trousseau. Il voudra bien ne pas voir là une opposition systématique.

Je crois donc que le second de ces caractères, pas plus que le premier, n'appartient exclusivement à l'épilepsie, et qu'il y aurait danger à faire prévaloir l'opinion apportée ici par M. Trousseau.

Ils appartiennent sans doute tous deux à l'épilepsie, et je suis supris que M. Devergie n'ait pas trouvé dans sa pra-

tique des faits qui confirment cette manière de voir. Ils ne sont pas rares. M. Lasègue a raconté, il y a plusieurs années, l'exemple d'un homme qui, déjeunant en marchant dans la rue et tenant un couteau à la main, ouvre le ventre, sans provocation, sans motifs, à un passant. Un autre épileptique, ouvrier dans le quartier Saint-Antoine, part, en costume de travail, et s'en va, sans savoir pourquoi, à 60 lieues de Paris; un autre, cité par M. Moreau (de Tours), quittait l'atelier dans le courant de la journée et allait faire son lit, etc. Le fait est donc certain; mais il n'y a pas que les épileptiques qui offrent des exemples de ces déterminations irrésistibles et inexplicables.

Les idiots sont dans le même cas. Une femme idiote, chargée de garder un enfant de trois mois, l'étouffe avec une pierre.

Les imbéciles : un jeune homme de 17 ans, d'une bonne famille, va dans une maison de prostitution et frappe d'un coup de couteau dans la poitrine la fille qui lui est livrée.

Les alcoolisants, non seulement pendant l'ivresse, mais après que celle-ci est passée et qu'il ne reste plus que l'hébétement amené par l'ivrognerie, par ce que l'on désigne, depuis quelques années, sous le nom d'alcoolisme.

Les hystériques : On a rapproché souvent l'hystérie de l'épilepsie; mais c'est surtout sous le rapport des déterminations soudaines que ces deux maladies ont de nombreux points de ressemblance. Il y a dix ans, j'ai vu, avec MM. Calmeil et Lasègue, une jeune femme d'une éclatante beauté, appartenant à une des premières familles de l'aristocratie autrichienne. Elle se prostituait à tous venants, aux gens les plus abjects, et elle finit par écraser la tête de son enfant nouveau-né, sans avoir, en aucune manière, conscience de la criminalité de ce qu'elle faisait.

La grossesse rend parfois voleuses les femmes les mieux élevées.

L'allaitement suscite également des actes irrésistibles; à Necker, une nourrice tue son enfant et en est désespérée.

On a donné récemment à ces manifestations d'un état mal étudié encore, le nom assez mauvais d'ailleurs, de folie transitoire.

M. Trousseau a proclamé, du haut de cette tribune, qu'il appartenait aux médecins légistes d'arracher à l'échafaud un grand nombre de ces malades réputés criminels. En d'autres termes qu'on devait déclarer irresponsables les épileptiques. Je crois, Messieurs, qu'une telle doctrine sauverait de la juste punition des lois, un nombre encore plus grand de vrais coupables.

Par cela seul qu'un homme est épileptique, il ne s'en suit pas qu'il ne puisse commettre des meurtres en dehors de toute impulsion irrésistible. La doctrine de M. Trousseau serait surtout dangereuse, appliquée au suicide. Souvent, ce qui éclaire le médecin légiste, c'est l'attitude du malade ou du criminel après la perpétration du délit ou du crime. Mais, ici, cette appréciation ferait défaut, et si l'on considérait comme épileptiques et comme ayant agi sous le coup de l'irrésistibilité les suicides, il s'en suivrait que leur testament pourrait être annulé et qu'on leur retirerait la capacité civile.

Le médecin ne doit pas venir devant la justice avec des doctrines aussi générales; il doit y venir avec des appréciations précises et savoir qu'un épileptique peut, à la vérité, devenir meurtrier irrésistiblement, mais qu'il ne doit pas être innocenté, quoi qu'il ait fait, par cette seule considération qu'il est épileptique.

M. Devergie a parlé des mélancoliques; ils sont certainement, quelquefois, dans le même cas que les épileptiques, sous le rapport de l'irrésistibilité. Mais il y a cette différence fondamentale entre eux, que les mélancoliques, les hallucinés, se rendent compte de leurs actes, qu'ils les raisonnent, qu'ils peuvent en expliquer les motifs, toujours rationnels, étant admis le point de départ de l'hallucination. Chez les épileptiques, les actes, au contraire, ne dépendent pas d'une idée délirante. Il n'y a nulle explication possible, et le médecin, dans ce dernier cas, est très fort, pour affirmer à la justice qu'il n'y a devant elle qu'un malade.

Ici, M. Tardieu cite le passage suivant, emprunté à un des premiers magistrats du temps :

« La médecine appelée légale affecte, depuis quelque temps, la prétention d'imposer ses oracles à la jurisprudence... Il faut l'avouer, ce que j'ai vu et entendu de certains médecins dans ma carrière judiciaire dépasse toute croyance ; il n'y a pas un homme que l'on ne pourrait déclarer monomame en les écoutant. Si Pascal n'était pas mort, il devrait prendre garde à lui, car je connais maint docteur qui le tient pour halluciné. Socrate est bienheureux d'être venu si tôt, il a péri du moins avec la réputation du plus sage des hommes, tandis qu'on pourrait bien trouver, dans plus d'un savant écrit médical, qu'il était à peu près monomane, avec son démon familier. Enfin, faut-il le dire, combien n'ai-je pas vu de consultations qui rappellent trait pour trait les scènes de notre divin Molière ! Un mouvement nerveux dans le visage, un tic familier, une manière de parler, un geste, les choses en un mot, les plus simples et les plus naturelles, étaient tournées en diagnostic et perverties, comme la sputation fréquente de M de Pourceaugnac. Et l'on voudrait que nous autres juges, qui tenons dans nos mains la liberté, la capacité civile des personnes, nous fissions dépendre de si frivoles symptômes, ces grandes questions où sont engagés l'honneur des familles, la succession des biens et les droits les plus chers de l'homme ! Je pense que la médecine légale n'a ajouté aucun progrès sérieux aux doctrines reçues dans la jurisprudence, et qu'elle ne doit en rien les modifier. »

Voilà, Messieurs, des paroles bien blessantes, bien injustes; elles tombent de haut et doivent faire comprendre à tous combien il importe au médecin appelé devant la justice de ne pas compromettre la dignité de la profession, par des témoignages qui ne reposeraient pas sur des données scientifiques certaines.

— La séance est levée à cinq heures.

INSTITUT DE FRANCE.

Anesthésie. — Apoplexie de pédoncule du cervelet. — Hygiène des salles de spectacle.

Séances de février 1861. — Présidence de M. Milne-Edwards.

M. le ministre d'Etat transmet une ampliation du décret

impérial qui confirme la nomination de M. Duchartre à la place laissée vacante dans la section de botanique par le décès de M. Payer. Sur l'invitation de M. le président, M. Duchartre prend place parmi ses confrères.

Influence de la sensibilité sur la circulation pendant l'anesthésie chirurgicale. — M. Vigouroux communique sous ce titre un mémoire dont voici un extrait :

Mon intention, dit l'auteur, n'est pas de traiter sous toutes ses faces la question des anesthésiques, mais bien de remettre en saillie une considération négligée. En jetant les yeux sur le tableau des cas de mort publiés jusqu'à ce jour en France (au nombre de 31), on ne peut manquer d'être frappé de plusieurs circonstances :

1° Dans plusieurs cas, la mort a surpris l'opéré dans une attitude éminemment propice à la syncope, c'est-à-dire assis.

2° Le pouls a disparu au moment de l'opération qui eût été le plus douloureux si la conscience n'eût pas été abolie.

3° Une circonstance qui donne à ces faits un caractère particulièrement désastreux, c'est que les malades étaient atteints d'affections peu graves par elles-mêmes. Mais les opérations qu'elles nécessitaient sont de nature à produire une douleur intense et soudaine. Ainsi nous voyons trois cas d'ongle incarné, quatre extractions de dents, trois incisions superficielles, deux réductions de luxation de l'épaule : n'est-il pas probable que, dans ce dernier cas, il y aura eu un tiraillement du plexus brachial ? Quoi qu'il en soit, les affections que nous venons de citer occupent dans les listes de morts un rang peu en rapport avec leur fréquence. On comprend, au contraire, que les opérations qu'elles motivent puissent être placées au premier rang parmi les plus douloureuses.....

On sait quel lien étroit unit la sensibilité et la circulation. La douleur a été de tout temps notée parmi les causes de la syncope. Bichat recommande d'explorer le pouls pour reconnaître si une douleur est simulée. Parmi les effets réflexes de la douleur, celui qui agit sur le pneumogastrique peut être comparé à un courant galvanique qui, comme on le sait, ar-

rête ou ralentit dans certains cas les battements du cœur. M. Claude Bernard a montré la relation qui existe entre les manifestations de la sensibilité directe ou récurrente, d'une part, et la pression artérielle et les pulsations du cœur, d'autre part.

Le rapprochement des faits cliniques et de ces notions physiologiques nous traçait la route à suivre pour apprécier le rôle de la douleur comme cause de la syncope pendant l'éthérisation; il fallait déterminer si la douleur conservait son influence sur la circulation pendant l'abolition des facultés cérébrales. Nous avons fait dans cette vue, quelques expériences dont on trouvera le détail dans notre Mémoire... Dans ces expériences, notre but n'était pas d'analyser l'influence de la sensibilité sur le cœur, question qui a été traitée et éclairée par M. Claude Bernard, mais bien de savoir si cette influence, quelle qu'elle soit, se fait sentir aussi pendant le sommeil anesthésique. Or l'expérience est affirmative sur ce point, et même cette influence paraîtrait être plus marquée dans le cas de l'anesthésie...

Quelques auteurs ont pensé que dans l'éthérisme, la syncope recevait une gravité spéciale de l'impossibilité où l'on se trouvait d'employer la douleur pour réveiller le cœur. Cette supposition n'est pas vérifiée, puisque, nous le répétons, l'action de la sensibilité sur le cœur est augmentée dans ce cas. Les moyens de prévenir cet accident pour le cas qui nous occupe résultent de son mécanisme, et peuvent se résumer en deux indications :

1° Atténuer l'impression douloureuse;

2° En intercepter la transmission. Pour obéir à ces deux indications, on opérera autant que possible sans attendre la résolution complète. Celle-ci n'est pas nécessaire pour que le malade n'ait pas conscience de la souffrance qu'il témoigne, et d'un autre côté, les mouvements réflexes des membres sont une dérivation à la douleur. Le chirurgien devra donc compter avec la douleur, et éviter les manœuvres qui peuvent la déterminer soudaine et intense.

L'anesthésie locale nous offre des moyens variés de remplir la première indication : froid, électricité, application d'éther et chloroforme ou de leurs vapeurs, compression, nerfs, négligée à tort, et aussi leur narcotisation au moyen des injections hypodermiques. Pourquoi ne pas associer les deux méthodes d'anesthésie locale générale? Leurs effets se surajouteraient ainsi, et elles n'auraient pas besoin d'être portées chacune à un point extrême.

Il est à peine nécessaire de dire que les précautions d'usage contre la syncope ne seront pas négligées pour cela....

Nous croyons pouvoir résumer ainsi notre travail :

1° L'influence des nerfs de sensibilité sur le cœur existe pendant le sommeil anesthésique.

2° Cette influence paraît même augmentée dans l'anesthésie.

3° Elle peut être portée au point d'arrêter les mouvements du cœur.

4° Cet arrêt du cœur doit être considéré comme la cause de la plupart des cas de mort observés pendant l'anesthésie chirugicale (1).

5° L'anesthésie locale doit être employée en même temps que l'autre.

6° On doit opérer autant que possible avant la résolution complète. (Commissaires, MM. Flourens et Cl. Bernard).

—M. Nonat communique la note suivante sur un cas d'apoplexie de l'un des pédoncules du cervelet diagnostiqué pendant la vie.

En 1845, pendant que j'étais médecin à la Salpétrière, on amena dans ma division une femme d'une soixantaine d'années, qui venait d'être frappée d'une attaque d'apoplexie. L'intelligence était abolie, la sensibilité générale anéantie;

(1) On a jusqu'ici confondu dans l'étude de cette question le mécanisme de la mort chez les animaux qu'on éthérise à outrance et celui de la mort de l'homme pendant une opération. Il n'y a de commun que l'anesthésie.

les mouvements volontaires étaient paralysés. La malade se tenait couchée sur le côté droit, et sa tête était fortement inclinée du même côté par la contraction spasmodique des muscles de la région latérale droite du cou. Mais le phénomène suivant fixa surtout notre attention : les yeux étaient immobiles et dirigés obliquement, l'œil droit en bas et en dehors, l'œil gauche en haut et en dedans. Invoquant alors les données de la physiologie expérimentale, je n'hésitai pas à diagnostiquer une hémorrhagie dans le pédoncule cérébelleux droit.

La malade succomba le lendemain; et à l'autopsie nous trouvâmes, comme je l'avais prévu, un épanchement sanguin récent, du volume d'une petite châtaigne, occupant le pédoncule cérébelleux du côté droit, et pénétrant même un peu dans l'épaisseur de l'hémisphère correspondant. Le reste de l'encéphale était sain; les méninges nous parurent intactes.

Peu de faits nous semblent aussi propres à faire ressortir l'utilité de l'induction physiologique appliquée à la détermination du siége des lésions cérébrales. Etant prosecteur de Magendie en 1831, j'avais souvent, à l'exemple de ce célèbre physiologiste, pratiqué sur des animaux vivants la section du pédoncule du cervelet et bien étudié les effets de cette expérience. Personne n'ignore aujourd'hui qu'après la section des pédoncules cérébelleux, l'animal tombe du côté lésé, et qu'il tourne involontairement autour de son axe longitudinal et toujours dans le même sens. On sait aussi que les yeux changent de direction, et qu'ils sont entraînés par un mouvement spasmodique, l'un (celui du côté lésé) en bas et en dehors, l'autre en haut et en dedans. Entre ces phénomènes et ceux que nous avons observés chez notre malade, l'analogie est facile à saisir. Dans les deux cas, même direction anomale des yeux, même inclinaison de la tête et du tronc, du côté lésé. La seule différence (et encore est-elle plus apparente que réelle), c'est que, chez la malade soumise à notre observation, il y avait une simple tendance au mouvement de rotation, tandis que ce mouvement s'exécute

chez les animaux. Sans une notion très-exacte de cet ordre de faits physiologiques, nous eût-il été possible de porter un diagnostic aussi précis ?

Hygiène des salles de spectacle. — M. Bonnafont, après avoir cité les travaux qui ont été publiés sur les salles de spectacle, tels que ceux de MM. Vivien, Trélat et du général Morin, membre de l'Institut, ajoute que ces auteurs n'ont proposé que des améliorations au point de vue de l'hygiène et du bien-être du public. M. Bonnafont a complété ces études intéressantes en s'occupant de l'hygiène de cette partie de la salle réservée aux artistes; en un mot, de la scène. Des observations sérieuses lui ont démontré que la rampe actuelle, par son éclairage trop brillant et par la chaleur qui s'en échappe, est très-nuisible aux organes de la phonation et de la respiration. Puis, les communications qui existent entre la scène et les étages inférieurs par les ouvertures de la rampe et des cannetières, établissent un courant d'air très-malsain, entretenu et rendu plus désagréable par la chaleur de la rampe, lequel courant vient déboucher juste en face des chanteurs.

Un autre inconvénient signalé par M. Bonnafont, c'est le mode d'éclairage actuel de la scène et des acteurs, qui se fait de bas en haut; éclairage anormal, essentiellement vicieux et incommode pour tout le monde.

Pour remédier à ces divers inconvénients, M. Bonnafont propose :

1° De fermer, surtout pendant les représentations, toutes les ouvertures qui existent entre la scène et les étages inférieurs;

2° Remplacer la rampe actuelle par une rampe suspendue avec des réflecteurs convenablement disposés, lesquels, projetant de haut en bas leurs rayons lumineux sur la scène, éclaireraient les acteurs et les objets d'une manière plus normale et plus conforme aux règles généralement observées, soit par la nature, soit par les peintres, dans la distribution de la lumière.

— M. Legrand du Saulle soumet au jugement de l'Académie une note intitulée : *De l'influence de l'atmosphère des cafés sur le développement des maladies cérébrales.*

FORMULES RECETTES ET PRATIQUES.

Lait, Electricité. — Acétate de chaux coagulé. — Aconit.

INFLUENCE *de l'électricité sur la sécrétion lactée* ; par M. le docteur ADET DE ROSEVILLE. — Lorsqu'un moyen d'un emploi aussi facile que l'électricité peut aboutir à l'important résultat de rappeler la sécrétion lactée quand elle est diminuée ou tarie, on ne saurait trop multiplier la publication des succès qui peuvent encourager à des essais nouveaux. C'est dans ce but que j'ai cru devoir ajouter le fait suivant à ceux qui ont déjà été publiés jusqu'à ce jour :

Madame B..., âgée de vingt-cinq ans, bien constituée, d'une bonne santé habituelle, nourrissant son troisième enfant, a eu au sein droit des abcès qui l'ont fait beaucoup souffrir, et à la suite desquels la sécrétion a été tellement diminuée dans les deux mamelles, qu'elle ne pouvait plus donner à téter que trois fois dans les vingt-quatre heures, pour laisser à la montée du lait le temps de s'opérer.

Afin de suppléer à l'insuffisance de l'allaitement, madame B... fut obligée de recourir à une alimentation artificielle : malheureusement la nourriture qui était donnée, consistant presque uniquement en d'épaisses bouillies trop indigestes pour les faibles organes chargés de leur élaboration, détermina une diarrhée et des vomissements auxquels l'enfant faillit succomber.

Pensant que l'allaitement maternel pouvait seul mettre à l'abri du retour de semblables accidents toujours si redoutables chez les nouveau-nés; et voulant tenter de ranimer les fonctions de la glande mammaire, je proposai l'électrisation des seins, qui fut acceptée. Les cordons conducteurs placés aux bornes gros fil, de l'appareil Legendre et Morin, je promenai mes excitateurs humides circulairement à la base de la glande, de manière que le courant la traversât dans tous les sens, et cette petite manœuvre ne détermina qu'une légère douleur. Les deux premières séances, de dix minutes chacune, n'ont produit que peu d'effet, si ce n'est une assez forte érection du mamelon ; mais après la troisième, de la même durée, le lait revint en assez grande abondance pour que, par une faible pression, madame B... pût aussitôt le faire jaillir, et pour suffire amplement depuis à l'alimentation de l'enfant.

SUR LA COAGULATION DE L'ACÉTATE DE CHAUX PAR L'ALCOOL,

par M. Vogel. — Une dissolution moyennement concentrée d'acétate de chaux est parfois précipitée par l'alcool en un coagulum tellement épais que le vase peut être renversé sans que le liquide en sorte; mais, au bout de vingt-quatre heures environ, ce coagulum se résout en cristaux d'acétate que surnage un liquide limpide.

Il va sans dire que ce phénomène ne se manifeste pas dans toutes les conditions ; il faut pour cela observer certaines proportions que M. Vogel a déterminées. Voici le résultat de ces observations.

Pour que la coagulation ait lieu dans toute son intensité, il faut se tenir dans les limites suivantes :

	I.	II.
Acétate de chaux.	5	5
Eau	19	25
Alcool	78	70

(*Neues Repertorium für Pharmacie.*,

Empoisonnement par l'aconit. — Ce cas d'empoisonnement est cité par M. J.-B. Brown dans la *Lancet* du 6 octobre.

On prit malheureusement de la racine d'aconit pour de la racine de Raifort.

1 livre de cette racine, coupée en tranches et mêlée à 8 pintes de saumure fut mangée par quatre membres d'une même famille.

Tous quatre furent bientôt atteints de violents maux de tête, de douleurs et de sensations pénibles dans tous les membres, et, enfin, de la perte momentanée de la vue.

On leur administra aussitôt de l'éther chlorhydrique et de l'ammoniaque en assez grande quantité ; on leur mit des sinapismes sur la poitrine et sur le derrière du cou ; on fit même aussi simultanément usage du galvanisme.

On parvint, au bout de quelque temps, à les sauver tous les quatre.

VARIÉTÉS.

Courrier de l'expédition de Chine. Excursions dans Péking.

21 octobre 1860

Nous avons eu aujourd'hui la satisfaction d'entrer dans Péking avec un détachement chargé d'aller reconnaître l'église et le cimetière catholiques, à l'effet de procéder prochainement à l'inhumation des restes mortels des prisonniers français dont nous déplorons la malheureuse fin.

Le motif de notre excursion, un temps froid à la glace, l'aspect

morne d'une population en haillons et à attitude douteuse, un long trajet par de larges voies, mais défoncées et à ornières poudreuses, à travers de longues séries de huttes de tartares, construites en briques grises à peine cuites, tout cela a contribué à nous donner une première impression assez triste de Péking. Aussi regrettons-nous de n'être pas resté sous celle que nous avions eue à distance avec toutes les illusions d'un lointain effacé sous les faisceaux dorés d'un beau soleil couchant.

Nous dirons donc de Péking comme de Constantinople : contemplez-en le panorama, s'il vous est donné de le faire; mais n'entrez pas en ville, car vous serez désenchanté.

La ville Tartare du moins, car nous n'avons pas pénétré encore dans la ville chinoise proprement dite, n'est en effet qu'une immense bourgade monotone, pauvre et poudreuse, sillonnée par quelques caravanes de chameaux à deux bosses comme à Smyrne, et par de petits chariots couverts, attelés de fort beaux mulets. Les mandarins militaires montent ordinairement des chevaux tartares, les mandarins civils et les lettrés vont en palanquin. Comme partout, l'âne est l'utile auxiliaire du pauvre.

Nos faubourg les plus modestes de Paris sont des séries de belles villes en comparaison des rues de la capitale chinoise, et le plus simple artisan est mieux vêtu et plus propre en France que les mandarins de classe inférieure qui nous précèdent. Pis encore dirons-nous des malheureux policemen, qui écartaient la foule le fouet à la main et se relayaient de distance en distance. Pour ceux-ci, il n'y a que les chiffonniers et les vidangeurs qui puissent leur être comparés pour leur mauvaise tenue. Aussi cette lie nous a-t-elle parue n'exciter que le dédain du peuple qui se rit de leurs fouets. On peut les comparer aux preneurs de chiens qui courent nos rues avec des lacets et filets, moins les ardeurs de la canicule que nous n'avons plus, il s'en faut.

Mais laissons le côté grotesque de cette population aux figures plates et peu accentuées. Le Chinois offre le type de l'immobilisme des traits. Il vous regarde; mais sa physionomie ne dit rien ; elle n'exprime ni cruauté, ni joie, ni douleur, à peine un peu de curiosité béate, plus souvent l'indifférence de l'hébétude. Cependant les jeunes Chinois sont intelligents ; mais les adultes ont l'air abruti.

Après cet examen physionomique peu flatteur vient le chapitre

des infirmités physiques; nous ne parlons pas de la masse, mais du petit nombre faisant exception.

Nous avons vu des boiteux, pieds-bots ou atteints de rétractions par luxations congénitales, des rachitiques, quelques teigneux et deux cas de porrigo decalvans des variolés, des borgnes ou des aveugles, des tics de clignotements, un cas d'ectropion, quelques louches et myopes, à en juger par le regard et la convexité de l'œil. Les Chinois ont des lunettes dites en verre simple ou coloré; mais ils n'ont ni verres concaves ni verres convexes pour myopes ou presbytes. Ils ont aussi imité nos longues vues, qui servent à n'y rien voir. Nous avons aperçu des becs de lièvre dont aucun n'a été opéré; des adénites cervicales, peu de goîtres et peu de scrofules. Deux lupus de la face, un cas de pityriasis et quelques vitiligo alba. Ceci soit dit d'un premier coup-d'œil donné en passant au pas rapide de nos chevaux. Les femmes sont vieillottes, décrépites avant l'âge, comme les femmes arabes. Il est vrai qu'au premier rang des groupes de femmes tartares venues se ranger devant leurs portes pour nous voir passer se trouvaient d'abord les plus âgées, au chignon gris, à figure ridée, fumant tranquillement leur petite pipe en cuivre. Ce premier rang faisait haie aux enfants poltrons, nourris sans doute dans l'idée que les Européens sont des croque-mitaines. Puis venaient les jeunes mamans tenant leurs poupons aux bras. Plus en arrière, les jeunes filles montraient leur nez furtivement; d'autres plus osées se mêlaient à la foule fardées et plâtrées comme des porcelaines à mettre au four, tout en restant devant leur demeure; mais quel que soit leur âge, on peut dire qu'elles sont généralement laides. Il est vrai que nous n'avons point vu là l'élite de la population.

Nous avons remarqué parmi ces femmes bon nombre de petits pieds; mais la plupart des femmes Tartares ne se déforment pas les pieds, et bien font-elles; car elles l'ont naturellement très petit. Leurs mains effilées aussi nous ont paru très fines, quand elles ne les retiraient pas sous leurs manches longues; aussi semblent-elles alors être manchottes.

C'est avec le froid qu'on remarque pour les gens du dehors surtout la défectuosité du vêtement chinois. Ample comme il est, on a beau le ouater et le doubler de fourrures, la colonne d'air échauffée au contact du corps s'échappe en courant ascendant par l'entournure du cou comme par une cheminée d'appel, car le Chinois

ne met pas de cravate, ni de capuchon; aussi les otites, les bronchites et les catarrhes sont fréquents.

La tête est rasée et le plus souvent nue, à part les circonstances officielles où il prend un chapeau selon son rang, il n'a guère qu'une petite calote noire d'abbé, ou tout simplement la natte tressée qui, partant du synciput lui retombe sur les talons, rallongée qu'elle est par des tresses de soie noire, comme les ont les jeunes filles du duché de Bade. Nous avons trouvé enfin aujourd'hui un motif à cet ornement singulier. Plusieurs petits enfants, au lieu d'être conduits par la main, prenaient les bouts de ces tresses et suivaient le papa, qui, lui, a l'air ainsi d'être conduit en laisse. En outre de l'encrassement des habits, le plus grand inconvénient de la queue chinoise, c'est d'offrir à un agresseur quelconque un point de prise solide et facile à saisir; aussi les malfaiteurs sont-ils toujours conduits attachés par la queue, avec ou sans supplément de menottes.

Les femmes, elles, ont tous leur cheveux, tous, entendons-nous: la jeune fille, oui, mais non pour les femmes adultes de 20 à 30 ans (au-delà elles sont vieilles, en Chine, et hors de propos pour la question); car elles sont généralement atteintes de calvitie partielle et prématurée sur les points qui sont le plus fréquemment en contact avec les dents du peigne pour relever le chignon à... la chinoise. Il y a longtemps que nous avions remarqué cette action décalvante du peigne fin surtout, chez les femmes européennes qui relèvent directement en haut un bandeau médian prenant à la racine du front. En Chine, les cheveux sont très en haut sur tout le pourtour de la tête, et c'est là surtout que porte plus spécialement le râclement répété et si nuisible du peigne. Ce fait est si frappant qu'il est un enseignement. On ne saurait donc trop conseiller l'usage du démêloir à dents mousses en l'employant légèrement pour lisser les cheveux, et non pas d'en faire une sorte d'étrille qui les arrache, irrite et tanne le cuir-chevelu et atrophiant les bulbes pileux, détermine une dénudation plus ou moins étendue, d'autant plus désagréable à l'œil qu'elle ressemble à des plaques de brûlure. Il faut aussi faire entrer en ligne de compte la coutume des chinoise, d'être toujours nu-tête.

Dr ARMAND,
Médecin-major de première classe au quartier-général.

La suite au prochain numéro.

NOUVELLES.

— Par décret du 23 février 1861, M. Loir, professeur titulaire de la chaire de chimie à la Faculté des sciences de Besançon, est nommé professeur titulaire de la chaire de chimie à la Faculté des sciences de Lyon en remplacement de M. Bineau, décédé.

— Par arrêtés du 18 février 1861, M. le docteur Chenantais, chef des travaux anatomiques et professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de Nantes, est nommé professeur de pathologie externe à ladite École, en remplacement de M. Gély, décédé.

— M. le docteur Heurtaux est nommé professeur suppléant d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Chenantais; et M. le docteur Laennec, chef des travaux anatomiques à ladite école.

— M. le directeur général de l'administration civile d'Alger vient d'informer M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris que plusieurs places de médecin de colonisation sont actuellement vacantes dans son département. Les avantages attachés à ces fonctions consistent dans un traitement annuel de 2,000 francs, plus une indemnité de 500 francs pour l'entretien d'un cheval, et de 1,000 francs, si deux chevaux sont réputés nécessaires.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, M. le docteur Bourdin, de Choisy-le-Roi, a été nommé officier d'Académie.

— M. Flourens, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, commencera son cours, au Collége de France, le mercredi 6 mars 1861, à quatre heures, et le continuera les mercredis et samedis suivants. Le cours de cette année aura pour objet l'*Etude philosophique des êtres*.

— Un office sanitaire pour la surveillance de la prostitution a été établi à Naples depuis le 1er janvier 1861. A cet office est annexé un dispensaire public pour les maladies vénériennes des hommes, avec distribution gratuite de médicaments.

Les visites sanitaires sont faites d'après le système qui fonctionne déjà dans les provinces du nord et du centre de la Péninsule. Un hôpital spécial est également ouvert pour le traitement des prostituées.

— *Prix décerné*. — La Société de médecine de Bordeaux, dans sa

séance publique du 23 janvier, a décerné pour le concours ayan pour objet la *prophylaxie de la tuberculose :*

1° Une mention honorable à chacun des Mémoires n^os^ 4, 6, 8, 2, dont les auteurs sont : MM. Edwin Lee (de Londres) ; Dessayvre (de Châtellerault); Begg (d'Edimbourg); F. César Castiglioni (de Milan) ;

2° Une médaille d'or de 100 fr. au Mémoire n° 1, dont l'auteur est M. J.-B. Ullersperger (de Munich) ; cette récompense, accordée en considération de savantes et longues recherches, n'est point détachée du prix, qui reste intact, et qui, sous tous les rapports, a été donné intégralement.

3° Une médaille d'or de 300 fr. (le prix de 1860) au Mémoire portant le n° 3, dont l'auteur est M. Louis Perroud (de Lyon).

— La Société médicale d'Amiens, dans la séance publique annuelle de 1861, décernera une médaille d'or de la valeur de 200 fr. à l'auteur du meilleur traité élémentaire sur l'hygiène des campagnes.

Le lauréat sera nommé membre correspondant de la Société médicale. — Une ou plusieurs mentions honorables seront accordées. — Envoyer les travaux selon les réglements académiques.

NÉCROLOGIE.

ARAN.

Le docteur Aran, qui faisait si honorablement partie du corps médical de Paris, vient de mourir à l'âge de 44 ans d'un rhumatisme cérébral. Il était agrégé à la faculté de médecine de l'hôpital Saint-Antoine.

Nous aimons à publier ci-après une notice lue à la *Société médicale des Hôpitaux*, par M. Henry Roger, son secrétaire général.

« M. Aran devait à son seul travail la position déjà élevée qu'il occupait dans la médecine contemporaine, et que, par le travail, il eût faite plus éminente encore. Après avoir commencé ses études médicales à Bordeaux, il vint à Paris, où il les termina brillamment. Doué d'une ardeur infatigable et d'une rare persévérance, animé par une louable et légitime ambition, il se jeta dans la voie des concours, et, sans autre appui que son savoir, sans autre patronage que ses remarquables qualités, il sortit de ces luttes, trop souvent épuisantes, médecin des hôpitaux et professeur agrégé de la Faculté.

Les études préparatoires des concours n'avaient jamais fait négliger à M. Aran les travaux d'érudition pure ou de clinique : il était attaché à la rédaction de plusieurs feuilles périodiques, aux *Archives*, à l'*Union médicale* entre autres, et il était assurément le plus fécond, le plus précieux des collaborateurs. Tantôt il faisait connaître aux lecteurs de ces journaux les productions des médecins anglais, et par ses analyses critiques vulgarisait les écrits des maîtres avant de devenir maître à son tour, tantôt il publiait ses propres recherches, et il devait à ce double labeur d'être connu et estimé par les étrangers presque autant que par ses compatriotes.

Professeur agrégé, M. Aran fit à l'École pratique des cours particuliers de thérapeutique, devant un auditoire empressé et fidèle; il se créait ainsi des titres à une chaire qu'il aurait certainement obtenue du suffrage des professeurs, et qu'à une autre époque il eût disputée et enlevée par le concours. Chargé, l'année dernière de suppléer, à l'Hôtel-Dieu, M. le professeur Rostan, il s'acquitta de cette tâche difficile avec un plein succès; dans ce vaste amphithéâtre où il avait à lutter contre une redoutable comparaison, il sut, par ses leçons originales et solides, attirer la foule et la retenir.

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine, M. Aran s'acheminait, dès six heures du matin, à pied, vers ce lointain hôpital où il faisait de longues visites : voyant tout par lui-même, fixant le diagnostic, notant l'action des remèdes, dictant l'histoire médicale des maladies, formant avec patience les élèves à l'art difficile de l'observation, et terminant ces laborieuses matinées par des conférences cliniques auxquelles se pressaient autant de médecins étrangers que d'étudiants et de jeunes praticiens.

Il serait trop long d'énumérer ici rien que les titres des ouvrages dus à l'étonnante fécondité de notre collègue : je signalerai seulement les principaux. A peine sorti de l'internat, M. Aran faisait paraître, en 1842, un Manuel pratique des maladies du cœur et des gros vaisseaux ; très versé dans la littérature étrangère, il a successivement publié, en 1855, une traduction du Traité de percussion et d'auscultation de Skoda, qu'il éclaircissait, en le commentant, et, en 1859, les Recherches sur l'inflammation de l'utérus et de ses annexes de Bennett (de Londres) : par cette dernière traduction, il eut la double satisfaction de faire connaître un bon livre, et d'accroître la réputation d'un ami. Enfin, il venait de nous donner un Traité clinique des maladies de l'utérus, ouvrage épuisé en moins d'un an, et dont il préparait déjà une seconde édition.

Je citerai encore sa thèse d'agrégation sur les Morts subites, son mémoire sur l'Atrophie musculaire progressive, qu'il avait lu à notre Société à l'appui de sa candidature, et la communication qu'il fit tout récemment à l'Académie de médecine, sur la Cachexie exophtalmique.

Dans ces dernières années, il s'était voué spécialement à l'étude de la matière médicale, et il avait enrichi le Bulletin de thérapeutique de nombreux mémoires, parmi lesquels on remarque ceux sur la Vératrine, sur le Chloroforme, et (triste et singulier rapprochement!) sur le traitement du rhumatisme, de cette cruelle maladie qui devait nous l'enlever.

Sa mort laisse inachevés un très grand nombre de travaux, et entre autres un Dictionnaire de thérapeutique dont les premières lettres étaient déjà rédigées.

Je n'ai pas à vous rappeler, messieurs, ce que fut notre collègue au sein de la Société médicale des hôpitaux; combien de travaux importants il nous communiqua, et quelle part active il prit à nos discussions. Vous aviez aussi apprécié tous, depuis longtemps, la droiture de son caractère, et sa fermeté d'âme qui ne s'est jamais démentie, même à la dernière heure.

Cette fermeté n'excluait pourtant pas la tendresse : avec les joies de l'intelligence notre collègue sut goûter aussi celles du cœur; et c'est auprès d'une vieille mère, qui pour lui était toute la famille, qu'il aimait à reposer son esprit fatigué!

Notre collègue n'était pas seulement un savant : c'était, dans la plus complète acception du mot, un praticien habile dans l'art de réaliser les conceptions de la théorie. On le voyait, à la ville comme à l'hôpital, aussi hardi qu'ingénieux, varier ses modes de traitement : plein de foi dans la thérapeutique, il aspirait à en reculer les limites; animé du désir de soulager ses semblables, il aimait mieux employer des remèdes même douteux que de s'avouer impuissant et désarmé en face du mal...

BIBLIOGRAPHIE.

Maladies syphilitiques du système nerveux, par M. le Dr Lagneau fils, 1 vol. in-8° chez M. Labé, libraire.

Indication du plan général de l'ouvrage, et des principaux faits qui en ressortent.

Ce travail repose sur plus de 250 observations de maladies syphilitiques exceptionnelles; il est divisé en trois parties principales : Syphilis encéphalique, syphilis intra-rachidienne ou de la moelle épinière, et syphilis des nerfs en particulier.

Syphilis encéphalique, p. 5. *Anatomie patholgique*, p. 10. *Lésions du crâne*, p. 14. — L'ostéite suppurative (carie et nécrose) de la voûte du crâne débute souvent par la table externe, mais quelquefois aussi par la table interne. P. 15 et 24. — De tous les os de la voûte du crâne, le coronal est de beaucoup le plus fréquemment atteint d'ostéite suppurative. P. 33. — L'ostéite suppurative qui attaque la base du crâne débute le plus ordinairement par les fosses nasales, quelquefois par les orbites. P. 35 et suiv. — L'os-

téite paraît bien plus fréquemment porter atteinte à l'encéphale que les exostoses véritables P. 47; voir aussi p. 163. — Les exostoses, de même que l'ostéite suppurative, siègent beaucoup plus fréquemment sur le coronal que sur les autres os du crâne; quelquefois, alors, elles sont symétriquement placées de chaque côté de la ligne médiane. P. 45.

Lésions des méninges et de l'encéphale P. 47.—Les altérations de texture ou de structure des méninges et de l'encéphale (ramollissements, épaississements, indurations, épanchements, etc., etc.) sont ordinairement consécutives à des lésions osseuses. P. 47 et suiv. — Les tumeurs (gommes, tubercules syphilitiques, nodus, etc...) ont le plus souvent pour siége initial les méninges, non l'encéphale. P. 54.—La nature syphilitique de certaines tumeurs méningiennes ou encéphaliques est, dans certains cas, démontrée par leurs connexions intimes avec les lésions osseuses, qui sont la suite d'ostéite nasale ou ozène incontestablement syphilitique. P. 63.—L'ensemble des faits rassemblés paraît démontrer que les maladies syphilitiques du système nerveux en général, et de l'encéphale en particulier, sont toujours la suite d'une lésion matérielle, le plus souvent facilement appréciable à nos moyens d'investigation. P. 10-75.

Symptomatologie. P. 76. — Quelquefois, quoique le crâne ait subi des pertes de substance considérables, laissant voir à nu les méninges soulevées par les battements des artères cérébrales, il ne se manifeste aucun symptôme nerveux. P. 77. — La céphalée se montre beaucoup plus souvent vers la région antérieure de la tête qui répond au coronal, os crânien le plus fréquemment atteint d'exostose et d'ostéite suppurative, que vers les autres régions de la tête. P. 85. — De nombreux faits montrent que la syphilis encéphalique, outre la céphalée, outre des accidents du côté des nerfs crâniens, peut déterminer des symptômes consistant dans des altérations soit de l'intelligence (aliénations mentales, abolition des facultés intellectuelles); soit de la sensibilité générale (douleurs, anesthésie, etc...); soit de la motilité (paralysies, tremblements, chorée, spasmes, convulsions tétaniques, etc); soit simultanément de l'intelligence, de la sensibilité et de la motilité (épilepsie). P. 76-147. — De l'examen de ces divers symptômes, il résulte : Que la mémoire est souvent altérée dans la syphilis cérébrale. P. 92.— Que, cette altération de la mémoire, en rendant l'élocution difficile, lorsqu'elle se joint à un degré de paralysie des membres inférieurs, simule souvent l'ébriété. P. 95. — Que la paralysie qui affecte toutes les formes : générale, hémiplégique, alterne, etc..., débute souvent d'une manière lente et progressive. P. 102. — Que, cependant, la forme hémiplégique surtout a parfois un début brusque, mais que, dans ce cas, elle se manifeste ordinairement chez des individus encore jeunes, ayant moins de quarante ans. P. 103. — Que l'épilepsie syphilitique se manifeste ordinairement longtemps après la puberté, contrairement à ce qui

a lieu pour l'épilepsie non syphilitique. P. 128. — La syphilis encéphalique présente deux formes symptomatiques ordinairement distinctes, quoique parfois présentées par le même malade; la forme paralytique à marche continue (paralysie, abolition de toutes les facultés, coma, etc...); la forme convulsive à marche intermittente (spasmes, épilepsie...). P. 136. — Sa terminaison souvent lente, est quelquefois brusque. P. 144 et 147.

Diagnostic. P. 147-163. — Les lésions syphilitiques crâniennes ou faciales visibles à l'extérieur, les caractères spéciaux des symptômes nerveux, etc., servent à éclairer le diagnostic.

Pronostic. P. 164-173. — Le pronostic de la syphilis encéphalique est, en général, moins grave que celui des affections non syphilitiques présentant des symptômes nerveux analogues, car souvent elle est curable par un traitement antisyphilitique. P. 175. — La syphilis encéphalique, qui est la suite d'une lésion osseuse de la voûte du crâne, est moins grave que celle qui succède à une ostéite suppurative de la face (ozène, ou ostéite orbitaire). P. 166-169.

Traitement. P. 175. *Traitement médical.* — Le traitement médical hydrargyrique ou ioduré le plus souvent est efficace quand il est commencé à temps, porté à des doses suffisantes, et continué assez longtemps. P. 176 et suiv. — Un traitement hydragyrique par extinction ou ioduré à doses ordinaires (1 à 3 grammes) suffit dans la généralité des cas; mais dans les cas très graves et promptement funestes, il est utile d'agir énergiquement, au risque de déterminer la salivation; l'iodure de potassium peut être alors employé aux doses de 4 ou 6 grammes et plus, le deutochlorure à celles de 3 centigrammes et plus, en même temps que des onctions céphaliques et des pansements de vésicatoires céphaliques avec l'onguent mercuriel *Ib.* P. 177. — Les préparations hydrargyriques sont au moins aussi efficaces que l'iodure de potassium contre la syphilis encéphalique. P. 183. — Durant le traitement, et même parfois après, tout écart de régime est à redouter : une indigestion est quelquefois mortelle. P. 185.

Traitement chirurgical. P. 186-191. — Il exige la plus grande prudence pour ne pas déterminer des méningites, soit qu'on applique des couronnes de trépan, soit que l'on fasse l'extraction de séquestres nécrosés, etc...

Syphilis intra-rachidienne ou de la moelle épinière. — L'inflammation des os du rachis est plus souvent la cause des affections syphilitiques de la moelle que les véritables exostoses, tumeurs assez rares. P. 192. Les affections syphilitiques de la moelle épinière sont caractérisées par des tuméfactions rachidiennes, des douleurs, quelquefois à exacerbations nocturnes, sur un point du rachis, quelquefois une sensation de constriction autour du tronc, des névralgies des nerfs rachidiens et sciatiques, des paralysies plus ou moins étendues des parties inférieures, soit des membres abdominaux seulement, soit de ces membres et du tronc, soit

de ces parties et des membres thoraciques, selon le siége plus ou moins élevé de la lésion rachidienne. P. 196, etc...

Syphilis des nerfs en particulier. P. 209. *Affections syphilitiques des nerfs olfactifs.* P. 210. — Ces nerfs sont fréquemment lésés par suite de l'ozène syphilitique, soit que leurs ramifications se trouvent intéressées par les ulcérations de la muqueuse nasale, soit que leurs troncs soient compromis par la carie de la lame criblée de l'ethmoïde. P. 210-212. — Quelquefois l'olfaction semble être lésée par suite d'une sorte de turgescence et de sécheresse de la muqueuse nasale. P. 211. — Dans le traitement des affections syphilitiques des fosses nasales, il ne faut employer qu'avec prudence les injections stimulantes, car souvent, par suite de la destruction de la lame criblée de l'ethmoïde, des perforations de la base du crâne livrent un libre accès jusqu'aux méninges et à l'encéphale. P. 215.

Affections syphilitiques des nerfs optiques. 216-240. — La vue est souvent altérée des deux côtés simultanément, quoique inégalement, par suite de lésions syphilitiques intra-crâniennes. Quelquefois elle est altérée d'un seul côté par suite de lésions intra-orbitaires. P. 229. — De nombreuses lésions syphilitiques de l'appareil de la vision s'opposent à l'accomplissement de cette fonction : Kératite, taie, iritis, cataracte, surtout choroïdite, etc. P. 221-223. — Le début de la cécité syphilitique est ordinairement lent, quelquefois brusque. P. 226 et suiv. Elle est fréquemment curable. P. 236.

Affections syphilitiques des nerfs moteurs oculaires. P. 240 — Ordinairement, ces nerfs sont lésés d'un seul côté ; exceptionnellement, cependant, l'affection est bi-oculaire. P. 249. — La paralysie du nerf de la troisième paire, moteur commun, est très souvent la suite de la syphilis constitutionnelle. P. 242. — La paralysie du nerf de la quatrième paire, trochléateur, semble beaucoup plus rare; cependant, elle se montre aussi sous l'influence d'une syphilis ancienne. P. 245. — La paralysie du nerf de la sixième paire, moteur externe chez les syphilitiques, est moins fréquente que celle du nerf moteur commun, mais moins rare que celle du nerf trochléateur p. 245.

— Ces affections des nerfs moteurs oculaires sont presque constamment curables sous l'influence d'un traitement antisyphilitique convenable, excepté quelques cas qui se lient à des lésions intra-crâniennes. P. 256.

Affections syphilitiques des nerfs trijumeaux. Les lésions organiques qui déterminent les névralgies de la face et du cuir chevelu sont souvent intra-crâniennes; quelquefois aussi elles semblent porter sur les rameaux périphériques du nerf de la cinquième paire; telles sont des tumeurs ganglionnaires, des ulcérations, etc. P. 258 260.

Ces névralgies se compliquent parfois de convulsions des muscles de la face. p. 263. Affections syphilitiques du nerf facial. p.

276 295. La paralysie faciale semble le plus souvent due à des lésions encéphaliques, quelquefois à des altérations osseuses, parfois aussi à un ganglion comprimant le nerf dans son trajet extra-crânien, p. 276 290.

La paralysie faciale est un symptôme assez fréquent de la syphilis constitutionnelle, p. 280 285.

Ordinairement unilatérale, cette paralysie est très exceptionnellement bilatérale, p. 287.

Elle est ordinairement curable, surtout quand elle ne tient pas à une lésion encéphalique, p. 293.

Affections sypkilitiques dvs nerfs auditifs,—La surdité de cause syphilitique est quelquefois la suite d'une lésion intra-crânienne, parfois d'une lésion osseuse (carie du temporal), mais le plus ordinairement elle est déterminée par l'oblitération de la trompe d'Eustache à son orifice inférieur par la présence au niveau de ce conduit d'ulcérations, de tuméfaction ou de cicatrices pharyngiennes, p. 300.

Certaines surdités syphilitiques sont incurables, telles sont celles qui sont la suite d'ostéite grave. Certaines cicatrices pharyngiennes s'opposent également à leur guérison. En général, elles sont curables lorsqu'elles tiennent à des ulcérations pharyngiennes, p. 310

Les injections stimulantes ne doivent être faites qu'avec prudence dans les fistules mastoïdiennes, le temporal quelquefois perforé livrant accès au liquide jusque dans l'intérieur du crâne, p. 314.

Affections syphilitiques des nerfs de la huitième paire (317 322). Les spasmes du pharynx, de la glotte, etc., semblent souvent déterminés par des ulcérations de ces régions, p. 320.

Affections syphilitiques des nerfs rachidiens p. 326. — Les névralgies ou contractures cervicales thoraciques dépendent quelquefois de lésions syphilitiques du rachis, curables par les antisyphilitiques.

Affections névralgiques génitales p. 333. — Ces affections sont rarement syphilitiques; cependant quelquefois elles se guérissent par les anti-syphilitiques. Elles paraissent alors être déterminées par la présence dans l'urètre d'ulcérations ou autres accidents consécutifs.

Affections syphilitiques des nerfs sciatiques, p. 337. — La névralgie sciatique se manifeste souvent comme symptôme de syphilis ancienne. Elle se guérit ordinairement assez facilement, *p.* 338.

Affections syphilitiques splanchniques p. 341. — Les lésions syphilitiques des viscères thoraciques et abdominaux, lésions démontrées anatomiquement, rendent parfaitement compte des douleurs, des troubles fonctionnels attribués à des névroses cardiaque, gastrique, utérine, etc., parfois guéries par des antysiphilitiques.

La Scillitine Mandet, ses sirops et ses pilules.

La Scillitine, résumé des propriétés thérapeutiques de la Scille, est un médicament déjà connu et employé par les praticiens. M. Mandet, pharmacien de Tarare a fait une étude spéciale de sa préparation et l'on sait l'accueil que lui a fait l'Académie, lorsqu'elle a été soumise à son approbation.

La Scillitine extraite par le procédé de M. Chevallier se présente à la pratique dépouillée de tout le principe irritant de la plante, et quel avantage dès lors n'offre-t-elle pas dans les cas de maladies respiratoires ou urinaires, contre les quelles le premier soin est celui de ramener la circulation à l'état normal. Nous ne croyons pas utile d'en dire davantage sur son emploi, non plus que sur la spécificité qu'elle possède contre les diverses affections de l'organisme, qu'il nous suffise de dire que l'expérience a démontré que la Scillitine, s'administre généralement aujourd'hui à la dose de dix à vingt centigrammes par jour.

Croyant rendre son administration plus facile, M. Mandet a pensé qu'il était convenable de faire des pilules et un sirop de Scillitine. L'adoption qu'on a faite de la préparation sous ces deux formes a démontré que M. Mandet avait eu raison. Le sirop et les pilules sont employés tous les jours dans les hôpitaux et dans la clientèlle civile.

La Scillitine pure, et les pilules et sirop de Scillitine se trouvent à Tarare chez M. Mandet, pharmacien, et à Paris, chez M. Adrian, pharmacien, successeur de Page, 25, rue Coquillière.

La sève de Pin et son Sirop.

La sève de pin maritime est une heureuse découverte de nos temps modernes pour la médecine des maladies de poitrine. L'extension qu'elle a prise prouve son efficacité. M. Lagasse a eu la bonne idée de concentrer cette substance en un sirop béchique dont l'adoption a été prompte. Les médecins l'ordonnent avec avantage dans les cas de maladies chroniques telles que catarrhes, asthme humide, bronchorrhe, etc, et ses succès ne sont pas moindres dans les indispositions aiguës de l'hiver, telles que rhumes, laryngites, pharyngites et angines.

On a remarqué que ce *Sirop de sève de pin* a aussi une action évidente sur les sécrétions urinaireres, et les irritations inflammatoires de la vessie; il dispense avec avantage de ces préparations de bourgeons de pin, si généralement employés avant la découverte de la sève qui est la substance la plus intime et la mieux élaborée de l'arbre.

Le *Sirop de sève de pin* de M. Lagasse se vend à sa pharmacie de Bordeaux, Cour-d'Albret, 51, et à Paris, chez M. Grimaud successeur à la pharmacie Dorvault, rue Lafeuillade 7, et chez les principaux pharmaciens de France.

PYROPHOSPHATE DE FER ET DE SOUDE, de LERAS, pharmacien, docteur ès-sciences. — Ce nouveau ferrugineux liquide, incolore, sans goût ni saveur de fer, contient, par cuillerée à bouche, 20 centigrammes de sel de fer. Il offre la composition des os et du sang. Seul, il ne précipite pas en présence du suc gastrique et ne provoque jamais de constipation. Il s'administre par cuillerée à bouche une demi-heure avant chaque repas, et peut se prendre en mangeant associé au vin, qu'il ne décompose pas. On en fait aussi un *Sirop* très-blanc et très-agréable, ainsi que des *Dragées*.

Il est toujours parfaitement supporté, et les observations de MM. Aran, Arnal, Barth, Bernutz, Casenave, Debout, etc., publiées par les divers journaux de médecine ont prouvé qu'il a réussi là où le *lactate de fer*, le *fer réduit*, les *pilules* de *Vallet*, l'*eau* de *Bussang*, de *Passy* et de *Spa* avaient échoué. — Prix du flacon, 2 fr. Dépôt à Paris, à la pharmacie 7, rue de la Feuillade, près la Banque. En province, chez tous les pharmaciens.

Eau sulfureuse de Labassère, près de Bagnères-de-Bigorre, Hautes-Pyrénées.

« L'eau de *Labassère* est la plus richement minéralisée des sulfu-« reuses sodiques. » (Pétrequin et Socquet.)

« Trois ans d'embouteillage sans altération. » (Ossian Henry.)

« L'eau de *Labassère* se place en tête des eaux propres à l'expor-« tation. » (Filhol.)

« La stabilité des eaux de *Labassère* leur donne, sur toutes les « eaux sulfureuses connues, pour l'exportation et l'emploi loin des « sources, une supériorité incontestable. » (Cazalas.)

Tableau comparatif par M. Filhol.

« Sulfure de Sodium : Labassère, 0,046 ; Eaux Bonnes	0,021 »
« Chlorure de Sodium : Labassère, 0,215 ; Cauterets	0,026 »
« Matière organique : Labassère. 0,145 ; Luchon	0,036 »

« L'eau de *Labassère* peut être employée *avec avantages* dans « toutes les maladies où les eaux sulfureuses sont indiquées. Elle jouit « d'une efficacité spéciale que l'on ne saurait mettre en doute dans « *le catharre chronique des bronches, les toux convulsives, les « congestions passives du poumon, la tuberculisation pulmonaire, « la laryngite chronique et les maladies de la peau.* » (Filhol. Cazalas.)

J. Gertoux, à Bagnère de Bigorre, seul fermier de la source, expédie.

Pour tous les articles non-signés, le Docteur SALES-GIRONS.

Paris. — Imprimerie de Moquet, rue des Fossés-Saint-Jacques, 11.

LA REVUE MÉDICALE
FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.
(31 Mars 1861.)

CLINIQUE ET MEMOIRES.

LA CONGESTION CÉRÉBRALE et L'HIPPOCRATISME A L'ACADÉMIE (1).

PAR M. GIBERT.

Après tant et de si longs discours prononcés à cette tribune par d'éminents orateurs, je n'ai pas la prétention de revenir sur des questions surabondamment débattues, encore moins celle d'introduire de nouveaux éléments dans la discussion.

Je désire seulement poser quelques conclusions générales, en rappelant ici les principes de la médecine vulgaire et de l'expérience commune, un peu trop dédaignés peut-être par quelques savants de nos jours.

Et d'abord, quant au point de départ de la discussion, qui est devenu pour plusieurs l'occasion de digressions savantes auxquelles j'aurai aussi deux mots à répondre, il me semble qu'avant comme après le débat, il demeure établi que c'est fort justement qu'on admet comme espèce distincte, sous le nom de *congestion cérébrale*, une forme particulière d'*apoplexie* qui peut être mortelle et qui alors laisse pour vestige cadavérique une réplétion des vaisseaux des méninges

(1) Il était nécessaire, vers la fin de débats si prolongés, de tirer une conclusion qui donnât une solution précise à la question en litige : Il était utile aussi de répliquer aux attaques imprudentes lancées contre le vitalisme par quelques orateurs. Notre collaborateur, M. Gibert, s'est chargé de cette double tâche et l'a accomplie avec une précision, une clarté et une sûreté de doctrine auxquelles la *Revue médicale* s'empresse de s'associer. N. du R.

avec ponctuation sanguine de la substance cérébrale elle-même.

C'est aussi là la lésion anatomique que l'on peut rencontrer après la mort *apoplectique* des sujets qui succombent à un accès violent et prolongé d'épilepsie ou à une série d'accès qui se succèdent pendant plusieurs heures. Nier cette congestion apoplectique serait, selon moi, nier l'évidence.

En second lieu, ressort encore de cette discussion, l'importance attachée de tout temps au diagnostic de l'épilepsie proprement dite et des accidents *épileptiformes* dont les causes organiques peuvent être très variées.

J'ajoute que lorsque ces accidents se montrent pour la première fois dans l'âge mûr, et à plus forte raison, dans la vieillesse, ils sont presque toujours liés à une lésion organique du cerveau, et ce serait commettre une déplorable confusion que de les rattacher à l'épilepsie proprement dite.

Enfin, j'avoue que je ne saurais admettre que ce soit sous le rapport thérapeutique qu'il puisse y avoir grave inconvénient à confondre l'épilepsie avec la congestion cérébrale; car, d'une part, le traitement de l'épilepsie est encore à découvrir (la belladone ou l'atropine n'y montrent guères plus d'efficacité que le fameux Galium album), et, d'autre part, si l'épilepsie co-existe avec les symptômes de la congestion cérébrale, le traitement à opposer aux accidents actuels est le même dans les deux cas.

Ceci dit sur la question principale, j'ai un mot à répondre à la glorification sans cesse reproduite à cette tribune de la médecine *organique* des modernes, mise en opposition avec la médecine prétendue hypothétique des observateurs qui nous ont précédés dans la carrière.

Si, comme on l'a dit, la médecine ne doit être autre chose que l'application clinique des connaissances anatomiques et physiologiques, assurément nous devons supprimer son plus beau titre, celui d'*art de guérir !* Si c'est là un progrès, je m'incline; mais je ne me glorifie pas.

D'ailleurs, quand je vois les plus ardents et les plus sa-

vants propagateurs de la médecine dite *positive*, admettre dans leurs théories la doctrine de *l'irritation*, comme Broussais, la contractilité *insensible* comme Bichat, l'*oscillation nerveuse*, comme M. Piorry, *l'exagération d'action*, comme le professeur Bouillaud (1).... Je ne vois pas pourquoi on mépriserait si fort les hypothèses émises par les médecins des XVI^e^ XVII^e^ et XVIII^e^ siècles, et surtout pourquoi on accuserait si gratuitement la plupart d'entre eux d'avoir étudié les maladies *en dehors* de l'organisme (ce qui me paraît *un non-sens*) ou de s'être complu à faire, comme le disait Broussais, de *l'ontologie*.

Que les perfectionnements modernes apportés à l'anatomie, à la physiologie, au diagnostic *clinique* constituent un progrès, réel et dont nous puissions nous glorifier, je ne sache pas que personne le conteste... mais que ce progrès soit de nature à révolutionner toute la médecine et à annuler les fruits de l'observation vulgaire et de l'expérience com-

(1) Encore n'est-ce là qu'une hypothèse physiologique; mais quand le même observateur n'hésite pas à attribuer à une lésion des nerfs intercostaux la mort subite déterminée par *l'angine de poitrine* (qu'il désigne sous le nom de *névralgie intercosto-brachiale*)... Assurément c'est là une hypothèse ingénieuse; mais ce n'est qu'une hypothèse, et en anatomie pathologique, l'hypothèse me paraît peu en harmonie avec les lois assignées à la médecine dite positive ou organique. Cette question de la mort subite, d'ailleurs, est celle qui a le plus donné lieu aux hypothèses du même genre. Ainsi, tandis qu'il y a soixante ans, presque toutes les morts subites étaient attribuées à l'apoplexie sanguine (dite foudroyante), qu'un peu plus tard, on se rejeta sur les ruptures du cœur; aujourd'hui plusieurs médecins anatomistes montrent de la tendance à revenir à l'opinion de Valsalva et de Morgagni sur l'interception du cours du sang par des caillots formés et arrêtés dans le cœur et les gros vaisseaux : M. Bouillaud, de son côté (et avec raison, je crois) assigne souvent pour cause à la mort subite, la syncope liée à une chloro-anémie ou à d'autres circonstances propres à suspendre l'action du cœur... Et tout cela prouve que la médecine anatomique de nos jours n'est guères plus sobre d'hypothèses que la médecine vitaliste des anciens et des modernes.

mune, recueillis par le travail des siècles, je le nie et je trouve dans la discussion actuelle un bel exemple à citer à l'appui de ma dénégation, c'est celui de *l'Epilepsie* dont l;histoire n'est guères plus avancée aujourd'hui que du temps de la publication du traité hippocratique *De morbo sacro*.

Mon honoré collègue, M. Bouillaud, dans le savant et intéressant discours qu'il a prononcé en dernier lieu, et que j'ai, pour ma part, écouté avec un vif intérêt, m'a reproché d'avoir traité d'erronée et de paradoxale la célèbre exclamation de Bichat : « *Qu'est l'observation si l'on ignore là où siège le mal ?* » Je dis que c'est beaucoup, et que l'expérience commune nous a fourni des données précieuses sur plusienrs maladies dont *le siége*, et mieux encore, la cause prochaine et la nature sont restées ignorées, telles que la fièvre continue, la fièvre intermittente, les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, le typhus, la peste, le choléra morbus, la rage, la maladie dite albuminurie ou *maladie de Bright*, le rhumatisme, la goutte, etc.

Soyons donc plus modestes, n'affichons pas la prétention (reproduite par les novateurs, à toutes les époques) de fonder la médecine sur de nouvelles bases ; mais redisons encore aujourd'hui ces paroles si sages et si modestes du père de la médecine, inscrites en tête du livre si justement loué par M. Bouillaud *De Prisca medicina* :

« Toute la médecine est établie depuis longtemps... Celui qui rejette tout ce qui a été fait avant lui, *et prenant une autre route* dans sa recherche, se vante d'avoir trouvé quelque chose de nouveau, se trompe lui-même et trompe les autres avec lui. »

ABCÈS DU FOIE

PONCTIONS ; INTRODUCTION D'UNE MÈCHE ; ÉVACUATION PARTIELLE DU PUS PAR LES SELLES ; GUÉRISON,

Par le docteur BARBASTE, de Romans.

Portal, à qui nous devons un traité *ex professo* sur les *ma-*

ladies du foie, s'est prononcé, en ces termes, touchant les abcès de cet organe : « Les abcès du foie qui sont la suite de l'inflammation sont presque toujours mortels. » La nature et l'art se sont donné le mot plus d'une fois pour infirmer la gravité de ce pronostic. Portal a connu lui-même des faits dont la terminaison a été heureuse, tel que celui qui va faire l'objet de cette observation.

Selon M. Bonnet de Bordeaux, autre auteur qui a écrit sur les maladies du foie, les abcès de cet organe sont plus rares que ne le feraient supposer les pathologistes qui les ont décrits longuement. Cette raison serait déjà suffisante pour motiver la publication du seul cas d'abcès apparent qui se soit offert, jusqu'à ce jour, à notre pratique.

Tignet, cordier au bourg de Péage, âgé de 36 ans ; taille moyenne, tempérant, bien rangé, constitution faible, tempérament bilioso-nerveux, est de retour d'Afrique depuis douze ans et après y avoir séjourné deux ans, en qualité de fusilier, dans le seizième de ligne, partie à Alger, partie à Tenez et partie à Orléansville. Pendant son séjour, dans ces divers pays, il a eu la fièvre intermittente. Les accès coupés avec la quinine se reproduisaient tous les vingt jours.

Le malade accuse un usage très prolongé de la quinine et de la centaurée en macération dans l'eau. Deux ou trois jours avant l'accès, il était saisi d'une violente douleur au creux de l'aiselle et au bras gauche ; mais la quinine n'avait aucune action sur ce phénomène précurseur de la fièvre intermittente.

Après la fièvre d'accès, Tignet eut encore la fièvre *chaude* (sans doute quelque lypirique ou pseudo-typhoïde), laquelle était devenue continue huit jours avant l'embarcation pour la France. Ces deux espèces de fièvre trouvèrent leur fin dans la traversée.

Les accès ne se sont plus reproduits depuis le retour en France ; mais le malade conserve sans cesse un malaise général, de l'ennui, des douleurs vagues dans les membres, entre les épaules et dans les reins ; le travail lui est pénible ; il n'a

pas l'ardeur que semble comporter son âge ; aucun vomissement n'indique le trouble des fonctions digestives ; l'appétit même resta bon jusqu'au jour où les premières douleurs se déclarèrent.

Un jour de marché, c'était en octobre 1856, Tignet ayant aidé à soulever un sac de blé, éprouva aussitôt une vive douleur au haut du ventre *et tout autour de la ceinture du pantalon*. Le lendemain, la douleur se concentra dans l'hypocondre droit, où le malade éprouve la sensation d'un poids qu'il compare à un pain d'une livre.

Le médecin consulté croit à un rhumatisme, et le malade est traité en conséquence pendant un mois. A notre première visite, en novembre, notre attention fut absorbée par la tumeur qui se formait au haut du ventre et au-dessous des fausses côtes droites. Cette tumeur légèrement proéminente, de forme ovoïde, large et haute comme la main d'un adulte, était placée entre l'hypocondre droit, l'épigastre et l'ombilic, à la distance de deux travers de doigt de cette dernière région. Dure à la circonférence, déjà molle au centre, la tumeur présentait en ce point un commencement de fluctuation obscure, toutefois sans rougeur ni inflammation de la peau. Fixe et adhérente par la base, on voyait que cette tumeur faisait corps avec l'organe sous-jacent, c'est-à-dire avec le foie, qui était lui-même hypertrophié et même induré. En effet, la palpation permettait de le sentir, à travers les parois abdominales, jusqu'à un travers de doigt de l'ombilic, et, à gauche, jusqu'à deux centimètres au-delà de la ligne médiane. On pouvait juger en même temps de l'augmentation de sa consistance.

La douleur allait en augmentant depuis quelques heures ; le malade se tenait accroupi ; il fléchissait les cuisses sur le tronc pour alléger la souffrance. A une anxiété extrême se joignirent les symptômes suivants : gêne de la respiration ; pouls concentré, fréquent, tendu, petit, frissons souvent répétés, moiteur générale et visqueuse ; difficulté d'uriner; face pâle, grippée, nez effilé, teint légèrement ictéroïde; langue humide et saburrale, soif intense.

Diagnostic motivé. L'examen du malade et le souvenir de ses antécédents nous firent établir ce diagnostic : *Hépatite chronique terminée, par la suppuration et par la formation d'un abcès apparent.* L'idée d'une hépatite chronique nous fut suggérée par quatre espèces de considérations. 1° Le malade avait séjourné longtemps en Afrique. Or, les pays chauds sont très-favorables à la formation de la maladie qui nous occupe. 2° La fièvre intermittente, dont Tignet avait éprouvé fréquemment les accès tenaces, pouvait être invoquée comme cause d'hépatite chronique; car il est dans la nature de cette fièvre durant le stade du frisson, de provoquer des mouvements fluxionnaires ou des stases sanguines sur les viscères abdominaux. 3° L'usage prolongé, l'abus de la quinine devaient nécessairement entrer en ligne de compte, attendu que les praticiens ont fort souvent noté les funestes effets des préparations de quinquina sur les maladies du foie. 4° Enfin, l'état d'induration dans lequel se trouvait le foie, chez notre malade, ayant nécessité un travail préparatoire de longue main, il était naturel d'induire que l'hépatite dont il était porteur avait affecté la même marche chronique.

Il est vrai que l'idée d'une hépatite chronique entraînait celle d'une hépatite à forme *latente*, puisque la marche avait été des plus lentes, le mal ayant mis une dixaine d'années pour se former, et puisque son existence n'avait été révélée que par la manifestation de l'abcès. La vie réglée du malade, ses habitudes de tempérance, l'absence de toute douleur dans la partie affectée avant le moment de la suppuration, le séjour dans le climat de Romans, si peu favorable aux affections hépatiques ; toutes ces considérations ainsi réunies devaient nous éloigner de l'hypothèse d'une hépatite aiguë, spontanée et à marche extrêmement rapide.

La maladie de Tignet s'explique mieux par l'admission d'une hépatite chronique. La marche de celle-ci est toujours lente; elle peut durer plusieurs années. « En effet, dit Portal, la nature de l'engorgement du foie étant diverse, il est des malades chez lesquels l'inflammation survient quelquefois avec des

symptômes si obscurs qu'on ne la reconnaît bien qu'après la mort, par l'ouverture du corps, lorsque la suppuration a détruit une partie du foie plus ou moins considérable, sans même avoir été annoncée par ses vrais signes (1). »

Chez les sujets dont parle Léveillé, il est probable que l'inflammation viscérale avait été méconnue du vivant des individus. « L'ouverture des corps, dit cet auteur, m'a plusieurs fois montré le foie, qui n'était plus qu'un sac très-ample rempli de pus (2). »

Traitement. — Quoi qu'il en soit, nous fîmes partager nos convictions à notre confrère, et nous nous empressâmes de remplir les indications présentes : 1° calmer les douleurs violentes; 2° mûrir l'abcès par des applications émollientes et légèrement attractives. Les douleurs s'apaisèrent sous l'influence de l'acétate de morphine, à la dose de deux centigrammes répétés toutes les douze heures, et le troisième jour des applications de cataplasmes de farine de lin avec mélange d'onguent d'althea, l'abcès demandait à être ouvert.

Le 14 novembre la ponction fut faite avec une lancette, sur le point le plus culminant de la tumeur, une fois la résistance des parois abdominales vaincue, la lancette s'enfonça jusqu'au manche et semblait flotter librement dans un espace vide. Après l'avoir retirée, il ne sortit que du sang par la plaie. Nous eûmes un moment d'émotion pénible; nous craignîmes une erreur de diagnostic; cependant, fort de nos premières données, nous introduisîmes dans la plaie une mèche de linge enduite d'huile d'olive; nous fîmes appliquer un vaste cataplasme légèrement chaud sur ce petit appareil, la tisane d'orge perlé avec poudre de gomme fut conseillée pour tout aliment, et le malade fut placé dans le lit, de manière à être légèrement incliné sur le côté droit.

Nous attendîmes dans cet état jusqu'au surlendemain; la mèche fut entraînée avec un des cataplasmes, et aussitôt s'é-

(1) Maladies du foie, p. 51.
(2) Doctrine chirurg. t. 2, p. 586.

chappa de la plaie une prodigieuse quantité de pus noirâtre, chocolaté, et d'une odeur vraiment repoussante. La justesse du diagnostic était établie par ce seul fait; car dans les abcès superficiels, dans ceux des parois abdominales, le pus ne présente ni cette couleur, ni cette nature. « Le pus blanc et louable, dit Léveillé, indique un siége borné à la surface; mais celui qui ressemble à la lie de vin, au dépôt de l'huile, provient de la profondeur de l'organe. Ce dernier, reçu dans un verre, laisse surnager ce qui est blanc, et le reste se précipite (1). »

Le soulagement fut la suite immédiate de la sortie du pus; les anxiétés diminuèrent, les douleurs furent supportables, l'espérance était revenue, la guérison s'offrait en perspective. Continuation des cataplasmes émollients et attractifs, même tisane, bouillon léger trois fois par jour, décoction aqueuse de quinquina à prendre par cuillerée à bouche, de quatre en quatre heures, eau chlorurée pour desinfecter l'air, le lit et le pourtour de la plaie.

Le 17, la suppuration continue; mais le lendemain elle fut entièrement suspendue, malgré tous les efforts de position du malade pour attirer le pus au dehors. Ce jour-là, il y eut dans la journée, deux selles purulentes dont la matière, quant à la couleur et à l'odeur était semblable à celle sortie de l'abcès. De plus, le malade en eut le goût à la bouche toute la journée.

Le foyer de l'abcès mit trois jours à se remplir de nouveau; la suppuration recommença au bout de ce temps; mais il fallut pour l'entretenir, l'usage des cataplasmes et l'introduction d'une nouvelle mèche, laquelle tenait béante l'ouverture de la plaie. Amélioration de l'état général, le facies n'exprime plus la souffrance, le pouls est plein et à peine fréquent; continuation du quinquina, alimentation légère, eau vineuse.

Le 26, c'est-à-dire douze jours après l'opération, il n'y avait plus qu'à relever les forces par un bon régime; la plaie ne donnait plus rien; les souffrances avaient disparu, le malade

(1) Loc. cit. p. 687.

sortait de son lit, et marchait ; et le foie avait éprouvé un véritable retrait.

Le 8 avril 1857, jour du dernier examen, et après six mois, la santé de Tignet ne laisse rien à désirer; le foie ne présente plus rien d'anormal ni du côté du volume, ni du côté de la consistance. Les fonctions digestives s'opèrent régulièrement, et l'individu vaque à toutes ses affaires.

Réflexions. — Il résulte de cette observation qu'un certain degré d'hypertrophie et d'induration du foie n'est pas incompatible avec une santé encore assez solide; il en résulte encore qu'une inflammation chronique du foie peut rester *latente* bien des années, et qu'il faut le concours d'une circonstance fortuite pour la développer.

Cette observation prouve semblablement combien il faut accepter avec réserve le vieil adage médical, basé exclusivement sur la nature du pus : *Quorum hepar suppuratum aduritur, si pus purum fluxerit et album, evadunt; si vero qualia amarca fluat, pereunt* (1).

Enfin, cette observation offre l'exemple d'une cure opérée en partie par la nature et en partie par l'art. Toutefois, attendu que l'art à eu une plus grande part dans la guérison que la nature, il y aura lieu d'invoquer ses secours toutes les fois que des cas analogues se présenteront, et toutes les fois que la nature aura l'air de refuser les mêmes secours. Pour n'avoir aucune incertitude à cet égard, il importe de bien savoir de quelle manière se terminent ordinairement les abcès du foie, abandonnés à eux-mêmes.

Terminaison des abcès du foie. — Les abcès du foie peuvent se terminer de six manières différentes : 1° par un trajet fistuleux qui aboutit autour du tronc; 2° par un épanchement dans le ventre, dans les plèvres, à travers les poumons, dans le péricarde ; 3° par une vomique; 4° par résorption; 5° par une évacuation par les voies naturelles; 6° par une tumeur à l'hypochondre droit.

(1) Aph. Hipp. 5 act. VII, 45.

1° A la première terminaison répondent les cas où le pus de l'abcès s'est fait jour à travers les muscles du bas-ventre, les muscles dorsaux et inter-costaux. Portal a pu suivre la fusée purulente jusqu'aux aisselles.

2° La deuxième terminaison est constituée par l'ouverture de l'abcès dans l'abdomen; c'est peut-être le cas le plus ordinaire et le plus rapidement funeste. Médalon, Sabatier, Planque, Lieutaud, Portal, M. Louis en ont rapporté des exemples.

Quand l'épanchement se fait dans les plèvres, les malades peuvent en réchapper par l'opération de l'empyème. Morand, Taillard, Larrey, sont parvenus à pratiquer cette opération avec succès.

Quand le pus est expectoré à travers les poumons, le danger doit être bien grand, quoique le cas ne soit pas toujours mortel. Verduc, Wiel, P. Franck, Portal, Léveillé, Raymond cité par Pinel, Leroux ont observé des cas de ce genre. C'est de cette manière que paraît avoir guéri un médecin très-distingué de la capitale, qui éprouvait, au moment de l'expectoration, la même sensation que s'il avait eu la bouche remplie d'excréments. M. le docteur Dalmas a éprouvé le même phénomène. Notre malade l'a aussi présenté et à un certain degré. L'histoire de M. Dalmas est consignée, page 106, dans le Traité de M. le professeur Bonnet, de Bordeaux, et celle du médecin de Paris dans le *Dictionnaire abrégé des sciences médicales*.

La science ne possède peut-être qu'un seul cas où l'abcès se soit ouvert dans le péricarde. On le trouve consigné au tome 18 des Archives générales de médecine. On conçoit qu'en pareil cas la mort ne doit pas se faire attendre.

3° Lorsque l'hépatite aiguë ou chronique tourne à la suppuration, le foyer purulent peut être circonscrit, isolé des parties environnantes par une fausse membrane protectrice. Cette fausse membrane, dite *pyogénique* dans l'École de Delpech, est probablement moins destinée à sécréter le pus qu'à le rendre moins nuisible à l'économie. Portal ne voit, dans cette terminaison, qu'une espèce de *vomique*, semblable à celle

des poumons, et qui, quoique souvent dangereuse, n'est pas toujours suivie de la mort. Morgagni a vu la mort subite résulter de l'ouverture de ces abcès dans le ventre. (Epist. XXX.)

4° Il n'y a pas à douter que, sous l'influence d'une diathèse purulente ou d'une autre cause spéciale, du pus puisse se ramasser en foyer dans le foie. Pourquoi contesterait-on davantage que le pus, formé primitivement au sein de cet organe, puisse, à son tour, être charrié à distance, et être déposé dans les autres viscères ou dans l'épaisseur des membres. La notion des *métastases* ne doit pas être rejetée de la science, quoique l'on ne soit pas encore entièrement fixé sur le mécanisme de cette fonction pathologique. Hollier, Stool, M. Aug. Bonnet ont rapporté des faits qui ne permettent pas de considérer comme chimériques les *métastases purulentes* ayant le foie pour *pars mandans*.

Il est plus difficile d'admettre que le pus, après sa résorption et son incorporation, dans le torrent circulatoire, puisse être éliminé par les urines. Ce mode de terminaison des abcès du foie serait par trop heureux. Il vaut mieux ne pas y compter. Toutefois, l'analogie nous autorise à ne pas considérer l'impossibilité comme absolue. Dans un cas d'épanchement, dans la poitrine, Rivière ayant employé des diurétiques énergiques, le malade guérit par la voie des urines ; et le grand praticien de s'écrier ! que la nature guérit souvent les maladies par des voies inconnues. *Natura incognitas sæpe sibi cudit vias.* Toutes les fois que le pus, trouvé dans les urines, ne peut être rapporté à une affection de l'appareil génito-urinaire, n'est-il pas présumable qu'il est le produit de quelque crise favorable ou tendant à le devenir ?

5° La structure éminemment vasculaire du foie sert à expliquer la facilité avec laquelle il reçoit ou transmet les dépôts purulents, et même quelquefois la façon dont ils se terminent. Les rapports anatomiques de cet organe rendent aussi raison de plusieurs autres espèces de terminaisons non moins curieuses. Les adhérences du foie, par la partie supérieure, avec le péritoine, et, après inflammation ulcérative, avec le

diaphragme, avec les plèvres, avec le péricarde, rendent compte des terminaisons des abcès hépatiques dont il a été question ci-dessus ; de même que les adhérences du même organe avec l'estomac, avec le *duodenum*, avec les canaux hépatiques et cholédoque, avec le colon transverse, expliquent la terminaison de ces mêmes abcès par ces diverses voies naturelles, soit au moyen du vomissement, soit par le véhicule des selles, soit par ces deux moyens réunis. Des observateurs du premier ordre, tels que Pibrac, Petit le fils, Sabatier, Portal, Boyer, Larrey, MM. Andral, Dalmas ont recueilli des faits confirmatifs de ce mode de terminaison. C'est aussi par l'une de ces voies que s'est terminé en partie l'abcès qui fait le sujet de ce Mémoire.

6° Enfin, la terminaison des abcès du foie par une tumeur dans l'hypocondre droit, est l'une des plus heureuses, sinon l'une des plus fréquentes. Ce serait aussi la plus sûre de toutes s'il était au pouvoir du médecin de la décider. La partie du foie où siége l'abcès influe nécessairement sur la direction que doit prendre le pus, et partant sur le mode de terminaison de l'abcès. Or, quand cette direction a lieu vers l'hypocondre droit, comme dans le cas qui nous occupe, il est du devoir du médecin de venir en aide à la nature par des attractifs et par l'opération faite à propos. Car, malgré les adhérences contractées avec les téguments, il est rare que ces abcès s'ouvrent à l'extérieur et qu'ils se terminent favorablement par les seuls efforts de la nature. Dailleurs, ces adhérences peuvent manquer, être incomplètes ou détruites par des efforts musculaires, auxquels cas l'épanchement dans l'abdomen devient rapidement mortel. L'opération peut donc seule, dans ces circonstances, prévenir le danger.

Conséquemment, on peut établir comme règle pratique, que la tumeur de l'hypochondre droit étant bien constatée et sa nature bien déterminée au moyen du diagnostic différentiel, il n'y a plus qu'à fixer son esprit sur le choix des moyens opératoires.

Les engorgements bilieux de la vésicule du fiel, parfois

énormes, et les kystes du foie, sont les deux maladies qui ont été prises quelquefois pour des abcès de cet organe. Mais l'ouverture de la vésicule biliaire, comme s'il s'agissait d'un simple abcès, peut avoir les effets les plus fâcheux. Voilà pourquoi le prudent Sabatier conseille de ne point les ouvrir, et voilà pourquoi J. Louis Petit avait compris la rigoureuse nécessité d'établir entre les deux maladies un diagnostic différentiel des plus exacts.

Quant aux kystes du foie, il y a aussi de l'importance à ne pas les confondre, non-seulement avec les abcès eux-mêmes, mais encore avec les engorgements de la vésicule biliaire et avec les tumeurs encéphaloïdes, qui peuvent se former dans le même organe. M. Marion Bussi s'est appliqué à faire la distinction clinique de ces affections dans sa Thèse doctorale de 1831, nº 294.

Autrefois la majorité des praticiens abandonnait à eux-mêmes les kystes du foie, dont l'ouverture spontanée a été assez souvent suivie de guérison pour autoriser Récamier à proposer une méthode thérapeutique fondée, en quelque sorte, sur les procédés de la nature. Le but de cette méthode est de n'arriver à l'ouverture des kystes hépatiques, par les caustiques, que lorsque ces derniers ont favorisé les adhérences du kyste avec les parois abdominales. Cette méthode est la même à la rigueur que celle usitée depuis Bontius pour l'ouverture des abcès du foie. Mais par ce moyen on ne peut limiter l'ouverture de l'abcès, ni l'étendue d'action des caustiques, et l'on s'expose en perdant un temps précieux, à favoriser l'épanchement dans l'abdomen. C'est sans doute ce qui aura décidé les chirurgiens à recourir à l'instrument tranchant. Bontius combinait les ponctions avec les caustiques; Larrey ponctionnait les abcès avec le couteau rougi, tant préconisé par les Arabes; Boyer a proposé d'enfoncer le bistouri, si l'abcès est en pointe, et d'agrandir l'incision en retirant l'instrument, ou bien d'inciser les chairs successivement et parallèlement à la direction de la tumeur, si celle-ci est plate, affaissée. Nous avons eu

recours à la ponction avec la lancette comme moyen plus expéditif et peut-être aussi sûr que les autres (1).

COMMUNICATION FAITE A LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'AMIENS

SUR UN CAS SINGULIER

D'HYPERTROPHIE DES GRANDES LÈVRES

par le docteur BRANDICOURT.

(Séance du 4 Décembre 1860).

Messieurs,

J'ai eu l'honneur de présenter à la société dans la dernière séance la femme Péan, c'est la femme d'un ouvrier menuisier du Faubourg Saint-Pierre, pour soumettre à votre examen une tumeur considérable qui occupe tout le périnée et la vulve de cette femme.

Cette tumeur énorme, qui descend jusqu'au tiers inférieur de la cuisse, vue par sa face antérieure ou par sa face postérieure, a la forme d'une poire, ou plus exactement de cette espèce de cucurbacée que l'on appelle gourge ou calebasse. Elle offre, par conséquent, un collet ou pédicule, et une partie renflée; l'origine du col ou sa base comprend toute la partie qui s'étend depuis un doigt au dessus du pubis, jusqu'à l'anus; elle comprend, par conséquent, l'espace occupé, chez un sujet sain, par le pénil, la vulve et le périnée. Mais ici la vulve est complètement déplacée; elle est transportée à la partie la plus déclive de la tumeur. Cette vulve présente une ouverture quatre ou cinq fois plus grande que celle d'une vulve ordinaire; elle semble diviser la tumeur en deux parties égales dont chacune serait constituée par une grande lèvre hypertrophiée. En écartant ces deux masses latérales, de manière à découvrire l'entrée du vagin, on

---

(1) A. Bérard, Bégin, MM. Ferrus et Paul Dubois ont fortement éclairé la thérapeutique des abcès et kystes du foie. (Voir le *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes, t. XIII; voir la *Bibliothèque du Médecin praticien*, t. XI; voir le *Dictionnaire des Dictionnaires*, t. IV.

voit deux surfaces muqueuses lisses, planes, dirigées d'avant en arrière ayant une longueur d'environ vingt centimètres dans le sens antéro-postérieur, sur quinze centimètres de large ou de profondeur. A cette profondeur on ne découvre encore ni le clitoris, ni le méat urinaire.

Il n'y a pas de poils au mont de Vénus ni au pourtour de la vulve ; mais de chaque côté sur la surface cutanée des grandes lèvres se trouve une multitude de tubercules dont les plus volumineux sont gros comme un œuf de pigeon et les plus petits comme un pois ; de manière que toute la surface cutanée des grandes lèvres et la peau du périnée jusqu'à l'anus, ressemble, par ses aspérités et ses nombreuses dépressions, à la surface d'une grappe de raisin dont on aurait détaché, par-ci par-là, quelques grains.

Tel est l'aspect de la tumeur, quand on la découvre par devant ou par derrière ; mais quand on la palpe et qu'on fait écarter les cuisses, on s'aperçoit que la portion renflée a la forme d'un ovoïde dont le plus grand diamètre est dirigé d'avant en arrière. Ainsi la tumeur qui, au premier aspect, paraît aplatie d'avant en arrière, ne l'est pas réellement dans ce sens, mais latéralement.

Cette tumeur est dure au toucher ; mais elle est loin d'offrir la résistance d'une tumeur fibreuse ou d'un squirrhe ; c'est plutôt celle de la glande mammaire, quand les seins commencent à se gonfler, au moment de la montée du lait chez une nouvelle accouchée. Mais elle est d'un poids énorme que j'évalue à vingt livres au moins.

Le pédicule mesuré en faisant passer un ruban dans le repli génito-crural a cinquante centimètres de tour. La partie globuleuse ou renflée a quatre-vingts centimètres. Du pubis à la partie antérieure de la vulve, on trouve 25 centimètres ; de l'anus jusqu'à la partie postérieure du même orifice, il y a environ 25 centimètres. Ainsi l'orifice anal reste situé tout-à-fait en haut et au-dessus de la tumeur, c'est-à-dire qu'il a conservé sa position normale.

Cette femme a trente ans passés ; elle accomplit parfai-

tement, dit-elle, toutes ses fonctions ; elle se porte bien, sauf la fatigue que lui fait éprouver le poids de la tumeur.

Elle a commencé dès l'âge de seize ans à ressentir des démangeaisons à l'entrée de la vulve ; elle y portait souvent la main pour se gratter ; à la même époque existaient déjà, sur le rebord cutané des grandes lèvres, des petits boutons. Le mari déclare avoir connu sa femme, lorsqu'elle n'avait encore que 17 ans. Il existait, dit-il, au milieu des poils du pubis, des boutons rouge-bleus, gros comme des cerises, ou mieux comme des bigarreaux (*sic*). Péan cessa d'avoir des relations, pendant un an avec cette femme qui n'avait été jusqu'alors que sa maîtresse. Après ce laps de temps, il l'épousa. Les grandes lèvres étaient alors tuméfiées et deux fois aussi épaisses que la main. Cette femme était excessivement portée aux plaisirs vénériens, et il paraît que ses désirs ne sont pas moins vifs aujourd'hui. Elle accoucha pour la première fois, il y a douze ans, de deux jumeaux âgés de six mois ; elle demeurait à Contz son pays natal ; son accoucheur fut M. Barbier, médecin de la localité ; mais la parturition ayant été laborieuse, M. Follet docteur en médecine, à Amiens, fut appelé en consultation. Pendant cette première grossesse, la tumeur avait fait des progrès rapides, et à l'époque de l'avortement les parties sexuelles offraient l'aspect d'un chou-fleur pour me servir de l'expression du mari dont je tiens tous ces détails. Il y a sept ans, la femme Péan devint enceinte pour la seconde fois ; elle demeurait alors à Amiens, et M. Petit, officier de santé, fut chargé de l'accoucher. Ce dernier, se trouvant embarrassé pour terminer l'accouchement, se fit aider du docteur Padieu ; notre honoré confrère se rappelle cette circonstance et a déclaré à M. le docteur Lhuillier fils qu'il avait été chercher, avec la main, l'enfant retenu au milieu d'une masse charnue, d'un aspect repoussant. Après avoir délivré cette femme, il l'abandonna aux soins de son médecin ordinaire, et l'a depuis perdue de vue. L'enfant n'était plus vivant, quand il vint au monde.

Enfin, en 1855, cette femme accoucha pour la troisième fois. La tumeur n'avait pas cessé de s'accroître, et elle était, au dire du mari, à peu près aussi grosse que nous la voyons aujourd'hui. Les contractions de la matrice furent encore impuissantes pour faire franchir au fœtus ce long détroit, et l'art fut encore obligé d'intervenir. Ce fut, cette fois M. Cagnard, officier de santé, qui fut appelé. *Horresco referens*, « dit ce praticien, je n'avais jamais vu chose pareille; « j'appliquai le forceps; j'eus l'enfant vivant, cet enfant vit « et jouit d'une bonne santé. Et depuis je n'ai jamais revu « cette femme. D'après mes souvenirs, la tumeur, à cette « époque, était au moins grosse comme la tête d'un adulte. »

Tels sont les commémoratifs que je puis communiquer à la société sur cette singulière affection. Quelle est maintenant la nature de cette tumeur? est-ce une simple hypertrophie, est-ce une dégénérescence; est-ce un éléphantiasis, et si c'en est un de quelle espèce est-il? Est-ce celui des Arabes ou celui des Grecs? Voilà autant de questions à résoudre. Ensuite l'espèce de maladie étant trouvée, il restera à en constituer le traitement, et c'est sur ce dernier point, que dans l'intérêt de la malade, je me permets d'appeler surtout, votre attention.

APPLICATION DU LARYNGOSCOPE

A LA PHYSIOLOGIE.

Par le docteur MOURA-BOUROUILLOU.

(Voir le cahier du 15 Mars).

Des mouvements de l'épiglotte. — « L'épiglotte, dit « M. Czermak, n'est pas déprimée dans ces circonstances pas- « sivement, par exemple par la base de la langue; mais cette « dépression se fait activement par les *muscles propres de l'é- « piglotte.* » Santorini aurait décrit, en effet, deux muscles thyro-épiglottiques, un grand et un petit. Nous sommes de l'avis des anatomistes qui considèrent ces muscles comme des dépendances du muscle thyro-aryténoïdien. Toutes nos re-

cherches nous ont convaincu qu'ils n'existent pas. Nous avons observé que des faisceaux très grêles se détachent de la couche superficielle ou externe du muscle thyro-aryténoidien, pour aller se perdre derrière les muscles aryténoïdiens, dans l'épaisseur des replis aryténo-épiglottiques. Un petit faisceau antérieur se sépare des autres fibres musculaires au niveau des cordes vocales supérieures et forme une courbe très-prononcée à convexité postérieure. Ce faisceau part de l'angle antérieur du cartilage thyroïde et se termine en haut au bord supérieur du même cartilage et non au bord de l'épiglotte. Nous ne voyons donc pas, jusqu'à preuve contraire, que l'épiglotte soit douée de mouvements actifs même légers. L'élévation du larynx et du pharynx, les contractions musculaires de ces organes et de la langue nous semblent bien suffisants pour déterminer toutes les modifications que l'épiglotte éprouve pendant le chant, la déglutition, le vomissement.

Du rôle des gouttières latérales dans la phonation. — Nous venons de voir, en étudiant les différentes modifications que subit l'épiglotte, c'est à-dire le vestibule du larynx, pendant le chant, que les gouttières latérales du pharynx acquièrent une ampleur et une profondeur qu'il était difficile de prévoir. Ce changement considérable dans leur capacité exerce une influence très réelle sur la voix.

Lorsque, pendant le chant, on examine au laryngoscope ce qui se passe dans les gouttières latérales en exerçant une pression plus ou moins forte sur leur paroi externe, on voit se former sur leur paroi interne une saillie plus ou moins prononcée. Cette saillie ne se manifeste que dans l'intervalle qui sépare latéralement le bord supérieur du cartilage thyroïde du bord inférieur de l'os hyoïde. A ce niveau, la paroi externe du pharynx est musculo-membraneuse; elle cède facilement à la pression du doigt ou de tout autre corps étranger. Au dessous de ce point, les gouttières latérales ne sont plus susceptibles de dépression, puisque leur paroi est presque entièrement constituée par le cartilage thyroïde.

En cherchant à rapprocher l'un de l'autre les deux bords

postérieurs du cartilage thyroïde pendant le chant, on observe que le son de la voix acquiert de l'éclat ; il s'élève d'une fraction de seconde d'autant plus grande que la pression est elle-même plus grande et que le son est plus élevé. Aussitôt que la pression cesse, le son descend d'une fraction égale à celle de son élévation. Nous savons bien que ce changement peut être attribué à une tension plus grande des cordes vocales résultant de la pression sur ce cartilage thyroïde. Mais si, au lieu de déprimer le cartilage, on déprime latéralement l'intervalle thyro-hyoïdien, tantôt d'un seul côté, tantôt des deux côtés, l'élévation du son se produit d'une manière bien plus manifeste. La fraction qui représente cette élévation augmente à mesure que la voix monte ; elle est très faible pour les notes basses du registre, tandis que pour les notes les plus élevées elle peut dépasser une quinte. Les gouttières latérale ont donc pour but de donner de la gravité à la voix.

Il suit de là que l'ampleur des gouttières latérales du pharynx est une des conditions des voix basses ou graves chez les individus ayant une conformation laryngienne semblable. Leur peu de capacité est au contraire une des conditions de leur voix de ténor ou de soprano. Ces gouttières modifient, par la même raison, le timbre qui appartient à chaque voix. Elles impriment surtout à la voix de l'homme, selon nous, ce caractère indéfinissable de sympathie que ne possède pas la voix de la femme et qui émeut tous nos sens en l'entendant.

Ce rôle des gouttières latérales est confirmé par les différences de conformation du larynx de l'homme et de la femme. Ainsi le diamètre vertical est de 44 millimètres chez l'un, de 36 seulement chez l'autre ; le diamètre antéro-postérieur de 36 et de 26, et le diamètre transverse de 45 et 41 mm. Cette différence de capacité des gouttières et la différence de longueur des cordes vocales expliquent celle qui existe dans la voix des personnes de l'un et de l'autre sexe.

Des phénomènes de la déglutition révélés par la laryngoscopie. — Lorsqu'on étudie la fonction des organes qui président à la déglutition au moyen du laryngoscope, on

reconnaît bientôt que ses diverses phases ne comprennent que deux temps : l'un d'eux répond à peu près au premier temps et l'autre au second et au troisième temps admis par les physiologistes.

Avant de faire connaître ces phénomènes, restés jusqu'à ce jour dans le mystère, nous devons nous mettre à l'abri de tout soupçon de la part du lecteur. Voici donc ce que M. Czermak écrivait l'année dernière.

« Lorsque, la bouche étant largement ouverte, on con-« tracte volontairement le pharynx, comme dans la déglutition, on voit quelquefois se renverser cette portion de l'épiglottique qui dépasse librement le larynx fermé ; de sorte qu'une portion notable de sa face inférieure devient visible. »

« Cette paroi renversée et la paroi postérieure du pharynx « forment les limites d'un petit trou rond qui donne passage à l'air, si l'on arrête la contraction ultérieure du pharynx et si l'on ouvre la glotte. Lorsque, au contraire, je cherchais *à « continuer la déglutition, ce qui, du reste, ne réussit ja-« mais parfaitement avec la bouche largement ouverte, l'épi-glotte disparaissait entièrement sous la base de la langue* »

M. Czermak s'est donc arrêté devant une impossibilité qui n'existe que pour les personnes non habituées à s'étudier au moyen du laryngoscope. Il n'a pas même eu l'idée de tenter la déglutition des aliments et de la surprendre dans ses mystères. Nous avons cité ses propres paroles pour démontrer qu'il était sur la voie de cette découverte et nul mieux que lui ne l'eût faite avec plus de succès.

Nous étant donc placé, ainsi que nous le disions dans une communication à l'Académie de médecine le 4 mars 1861 et à l'Institut le 10 du même mois, dans les conditions les plus favorables à son observation, voici ce que nous avons constaté.

Le bol alimentaire, préparé par la mastication et l'insalivation est entraîné insensiblement vers la base de la langue et sur toute l'étendue des fossettes sus-épiglottiques. Il se maintient là comme sur une sorte de plancher ou de pont suspendu, limité en arrière par le bord libre de l'épiglotte et par les replis

pharyngo-épiglottiques placés de chaque côté de ce bord qu'ils continuent. Nous avons vu le bol alimentaire attendre ainsi que le second temps de la déglutition s'accomplît. Pendant cette attente, qui dure autant que nous le désirons, nous éprouvons la sensation d'un besoin pressant d'avaler. Ce besoin n'est pas pourtant assez impérieux pour ne pas être contenu. Si les aliments sont bien délayés, demi-liquéfiés, ils débordent quelquefois les replis pharyngo épiglottiques et même, quoique plus rarement, le bord libre de l'épiglotte; ils projettent alors des filaments flottants à la manière des glaçons suspendus aux branches des arbres.

Si nous cherchons à faire passer le bol alimentaire, dans le pharynx, le larynx commence par se soulever; son vestibule se ferme lui-même suivant le mode décrit par M. Czermak Ainsi l'épiglotte se plie en deux; sa convexité inférieure s'augmente à mesure que le larynx s'élève; elle se rapproche d'avant en arrière et de haut en bas des cartillages aryténoïdes qui se portent l'un vers l'autre et vont au devant de l'épiglotte. Pendant ce temps, l'isthme du gosier subit un léger mouvement de descente et se rétrécit. Le voile du palais ne s'appuie pas encore contre le pharynx et le bord libre de l'épiglotte se met en contact avec la paroi postérieure de ce dernier.

La base de la langue commence bientôt son mouvement d'ascension. Le bord inférieur du voile du palais se porte en arrière et s'applique fortement contre le pharynx à la manière d'un arc-boutant; la luette se dresse et dirige sa pointe en avant. La partie inférieure du pharynx se rétrécit de plus en plus. Le plancher sus-épiglottique disparaît peu à peu sous la base de la langue qui se porte vers lui tout en s'élevant. Le bord de l'épiglotte se détache par son milieu de la paroi pharyngienne, se creuse en gouttière et se renverse en avant. Enfin la surface de la langue arrive près de la voûte palatine ; sa base, sur laquelle vient reposer la luette horizontale, s'élevant toujours, se débarrasse du bol en glissant, ou plus exactement en se frottant contre les piliers de l'isthme et dégage du même

coup le plancher glosso-épiglottique plus ou moins complétement.

En exécutant ce second temps en plusieurs fractions, nous avons pu voir les aliments descendre le long de la paroi postérieure du pharynx, par fractions également. Nous avons ainsi remarqué que la partie postérieure moyenne ou aryténoïdienne est la seule partie des gouttières latérales qui complète le canal très-court que traversent les aliments et les boissons pour arriver dans l'œsophage. Par suite des contractions énergiques des muscles élévateurs du larynx et du pharynx, tout le reste de l'étendue des gouttières s'efface complètement.

En opérant la déglutition sur un liquide noir, la laryngoscopie démontre que toute l'étendue de ces gouttières, excepté au niveau des cartilages aryténoïdes, conserve sa teinte naturelle, luisante et rosée. La base de la langue, le plancher sus-épiglottique, le voile du palais, la paroi postérieure du pharynx sont au contraire colorés en noir.

Lorsqu'après le second temps de la déglutition, les organes reprennent leur état de repos, on peut distinguer une gouttelette qui s'écoule lentement sur la paroi latérale du pharynx et va gagner le fond de la gouttière pharyngienne, c'est-à-dire la fossette naviculaire antérieure ou la plus profonde.

Au moment où le bol alimentaire s'engage dans le petit conduit formé par la gouttière épiglottique et par la paroi du pharynx, un vide semble se produire au-dessous de lui et le bol est entraîné instantanément dans l'œsophage avant que la convexité inférieure de l'épiglotte n'ait mis à découvert l'orifice glottique. Ce fait se vérifie en exécutant la déglutition par fractions.

L'œsophage s'empare des aliments et les entraîne tout d'abord en subissant lui-même un certain raccourcissement. En effet, l'élévation de la base de la langue, du larynx et du pharynx produisent, dans le conduit de l'œsophage et celui de la trachée, un allongement proportionnel. La partie inférieure du pharynx s'efface presque complètement dans une étendue de trois, quatre et même cinq centimètres. L'œsophage s'allonge par consé-

quera de cette quantité. En revenant sur lui-même, il se raccourcit d'autant et le bol, entraîné par cet effet de retour et par la pression atmosphérique, subit un premier mouvement de descente. La contraction musculaire complète ensuite ce mouvement jusqu'à l'estomac.

Il est à remarquer que le passage des aliments dans le pharynx s'opère presque toujours instinctivement après l'expiration. L'inspiration qui succède à ce passage et le peu d'étendue du conduit pharyngo-épiglottique dans lequel il s'effectue, expliquent comment les aliments qui, comme les crêpes, ne sont pas quelquefois soumis à une mastication suffisante, peuvent s'engager en partie dans l'œsophage et en partie dans la glotte; leur nature molle, élastique, ne permet pas à l'air de pénétrer dans la poitrine pas plus que d'en sortir et une asphyxie foudroyante en est la conséquence.

Il résulte de ce qui précède :

1° Que les diverses phases de la déglutition s'opèrent en deux temps bien tranchés. Le second et le troisième temps des physiologistes est une division secondaire ou anatomique qui n'existe pas *physiologiquement parlant*;

2° Que les fossettes glosso-épiglottiques et la face antérieure libre de l'épiglotte forment un plancher destiné à recevoir le bol alimentaire pendant toute la durée du premier temps de la déglutition;

3° Que l'inclinaison de bas en haut et d'avant en arrière de ce plancher a pour but d'empêcher la chute du bol alimentaire dans le larynx et les gouttières latérales;

4° Que ces gouttières latérales ne servent pas plus au passage des liquides ou boissons qu'à celui des solides ou aliments. Leur rôle appartient à la phonation ainsi que nous l'avons déjà dit.

5° Que le passage du bol alimentaire dans le pharynx est dû à une contraction musculaire énergique et à la pression atmosphérique;

6° Que la descente de ce bol du pharynx à l'estomac est le résultat du raccourcissement et de la contraction de l'œsophage.

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

JOURNAUX DES DÉPARTEMENTS.

De la pénétration des poussières solides ou liquides dans les bronches.

Depuis que M. Sales-Girons, fondé sur son expérience et celle de tout le monde, on peut le dire, a imaginé de pulvériser les liquides médicamentaux pour les faire respirer dans le traitement des maladies de poitrine, tous les jours il lui est offert l'occasion de constater qu'il aura rendu un service à la thérapeutique de ces affections.

Les poussières malsaines ou toxiques des ateliers pénètrent dans les bronches, et soit qu'elles se logent dans les organes de la respirations, soit que l'absorption les répande dans l'économie générale, rien n'était plus rationnel que de prendre des médicaments antidotes, de les dissoudre dans un liquide, et de les faire respirer sous forme de poussières curatives. Le mal avait trouvé, dans la méthode de M. Sales-Girons, sinon son remède au moins une administration rationnelle.

Nous recevons sur ce sujet bon nombre de publications qui rendent témoignage à cette assertion. Ainsi M. le docteur Perron, membre de la Société de médecine de Besançon, nous adresse une brochure intitulée : *de l'absorption respiratoire des molécules cuivreuses chez les ouvriers horlogers.*

Dans cette brochure, digne d'un observateur aussi judicieux, que bien placé par sa position au milieu d'une population d'artisans en horlogerie, nous prendrons deux paragraphes bons à noter pour la pratique qui en découle. Le 1er traite de l'inspiration même des particules de cuivre. L'auteur s'y exprime ainsi :

« Les anciens croyaient que le cuivre mis en contact avec la muqueuse bronchique exerçait sur elle une action corrosive, et ils attribuaient à cela la toux et les picotements du pharynx auxquels sont sujets les ouvriers qui emploient ce métal : c'était donner d'un fait d'observation une explication

erronnée. On a depuis reconnu que le cuivre pur n'était pas corrosif, et quelques savants se sont appuyés là-dessus pour contester non-seulement l'explication des anciens, mais encore le fait qui y donnait lieu. Nous avons, je crois, suffisamment insisté sur l'existence du fait, je veux dire la fréquence de la toux chez les ouvriers en cuivre ; disons que cette fréquence peut tenir à l'inspiration des poussières métalliques.

« Des chimistes ont pu nier l'action toxique du cuivre dans l'économie; aucun médecin digne de ce nom ne mettra en doute les pernicieux effets de l'inspiration des particules métalliques, minérales et végétales ; tous les auteurs s'accordent, au contraire, à reconnaître que l'introduction habituelle des poussières dans le parenchyme pulmonaire, y occasionne une stimulation, et peut y provoquer la formation des tubercules (1). La poudre de cuivre possède au même titre que les poudres d'acier, de diamant, etc., la propriété d'irriter la muqueuse bronchique et de provoquer la toux pour ainsi dire mécaniquement : « Tussis fit ex manifesta causa, cum pulvis « volitans, spiritus minerales et fumus metallorum in aspe- « ram arteriam illapsi sunt. » (Gorteri, *Med. dogmat. de tussi.*). Je suis donc bien étonné de voir dans l'ouvrage de M. Lebon (page 284, *loco citato*) que les médecins de Besançon refusent aux poussières cuivreuses une propriété qui est concédée en pathogénie aux poussières mêmes les plus inertes, comme le charbon, la farine, le calcaire, etc., dont l'inspiration est considérée comme une cause prédisposante de phthisie. Que si mes confrères considèrent ces substances comme parfaitement inoffensives, je ne les suivrai pas sur ce terrain.

« L'observation avant l'analyse nous avait démontré que le cuivre est absorbé par l'économie et qu'il donne lieu à des

(1) Voyez à ce sujet Lombard, de Genève, *Travaux statistiques*; — Michel Lévy, *Hygiène*, tom. II; — Jos. Franck, *Pat. int.*, tom. IV, p. 273; — Bayle, *Phthisie pulm.*, *Encyclop. méd.* tom. XXXVI, etc.

phénomènes remarquables : il verdit les dents, les cheveux blancs, les ongles même des ouvriers qui en manipulent; il rend leur sueur grasse, onctueuse, et lui communique la propriété de verdir le linge qu'elle a pénétré. C'est ainsi qu'on peut voir des chemises d'horlogers devenues vertes au bout d'un certain temps; les lavandières de Besançon sont au courant de cette particularité. La même remarque a été faite par Bordeu sur le col et les chemises des chaudronniers, et par M. Eck sur lui-même (1). M. Millon rapporte qu'à Durfort les pissoirs sont colorés en vert ; la terre où sont inhumés les ouvriers et les ossements qu'on en tire renferment du vert-de-gris en abondance (2).

M. le docteur Perron cite à l'appui de son opinion un grand nombre d'autorités qui font honneur aux soins qu'il a pris de s'éclairer sur la question qu'il traite. Sa conclusion ainsi préparée ; voici comment il la formule :

« Le cuivre prédispose à la phthisie par son absorption générale, autant que son action topique continue. En résumé, la vie sédentaire, l'irritation produite à chaque instant sur les poumons qui deviennent par le fait le foyer du molimen inflammatoire, et enfin les accidents fébriles déterminés par l'ingestion du cuivre et de ses composés: telles sont les raisons qui me paraissent devoir rendre compte de la fréquence des maladies de poitrine chez les horlogers. »

Cela dit, M. le docteur Perron passe au traitement, et comme il en connaît de spéciaux, il en généralise les données en ces termes :

Nous avons signalé pour la blâmer une pratique assez ordinaire chez les horlogers : c'est celle qui consiste à condamner les fenêtres. L'air d'un appartement a besoin d'être renouvelé souvent : l'air du dehors est non-seulement utile en ce qu'il ne renferme pas de molécules nuisibles, et en ce qu'il a l'avantage de balayer les poussières qui vicient l'air intérieur, mais encore et surtout parce qu'il fortifie et rafraîchit le sang,

(1) Voy. *Annales d'hygiène*, tom. XLIV.
(2) *Bullet. de l'acad. de méd.*, tom. XII, p. 561.

aide au succès d'une bonne et saine alimentation. Il en est de même des exercices; on ne saurait trop les recommander. Chaque ouvrier devrait avoir, comme à Sheffield, un jardin qu'il pût cultiver.

L'auteur recommande ensuite la propreté par des lavages fréquents et des bains contre l'excitation qu'éprouvent les ouvriers.

Il serait difficile de dire pourquoi notre auteur, qui veut, et sagement, selon nous, que l'ouvrier porte moustache, ne comprend pas le masque des épingliers. En supposant que les moustaches, ce tamis naturel de l'air respiré, fassent mieux, le masque ne serait pas tout à fait inutile, et les femmes qui n'ont pas la ressource de la barbe, nous sembleraient devoir retirer quelque profit du masque des épingliers.

C'est ici que nous sommes naturellement ramenés à cette partie de la méthode de M. Sales-Girons, connue aujourd'hui sous le nom de *Diète respiratoire*. Un des principaux articles de cette diète consiste en un petit appareil en crin, qui se place devant la bouche et les narines, et parfaitement perméable à l'air, retient les particules étrangères que celui-ci peut charrier. En outre, dans ce petit appareil se trouve un élément qui a la propriété de modifier l'oxygène de l'air, cause de l'irritation secondaire des muqueuses bronchiques. Cet élément, c'est le goudron.

De sorte, que nous croyons devoir recommander à M. le docteur Perron, d'expérimenter ce que l'on pourrait retirer de la Diète respiratoire, et de l'habitude aux horlogers menacés, débiles, ou déjà malades, de porter le petit appareil imaginé par notre rédacteur en chef.

M.

Blessure dans la région latérale de la tête; lame de couteau séjournant dans l'épaisseur du cerveau pendant deux ans et huit mois. — Extraction, guérison, par le Docteur Bonnefous.

Boutonnet (Antoine), âgé de 35 ans, cheminait tranquille-

ment sur la route d'Aubin à Decazeville, en août 1857, quand il fut assailli par un malfaiteur qui lui porta plusieurs coups de couteau en diverses parties du corps. Etourdi de la brusquerie de l'attaque et surtout des blessures reçues, le patient ne put continuer sa route et fut transporté dans une maison où il reçut les soins de plusienrs médecins, tandis que l'agresseur fut pris par la gendarmerie et conduit en prison.

Boutonnet souffrait beaucoup de ses blessures qui avaient porté en divers endroits; une entre autres siégeait à un centimètre au-dessus du pavillon de l'oreille gauche, sur le pariétal. Les médecins ne songèrent pas à sonder cette dernière, et, malgré un état grave qui retint le malade au lit pendant cinq à six semaines, il se releva et put être transporté chez lui, mais il fut presque idiot; il était atteint de fréquentes attaques épileptiformes et incapable de se livrer à des travaux agricoles habituels.

Boutonnet reçut, pendant près de trois ans, les soins de plusieurs médecins qui prescrivirent divers traitements. Ce ne fut qu'après ce temps qu'il se présente dans mon cabinet.

Tout en le questionnant sur la cause probable et le début de son mal, sur ce qu'il éprouvait, je puis me convaincre qu'il était presque hébété, et la lenteur de ses réponses était digne de remarque. J'appris que de temps en temps il était pris d'étourdissements, tantôt suivis de chute, tantôt non; qu'il ne se rappelait après chaque attaque, ni le temps qu'il était resté à terre, ni les secours qu'on lui avait donnés; qu'après les attaques, il rendait quelquefois du sang par la bouche, sans que pourtant sa langue offrît la moindre trace de morsure.

Je portai mes recherches sur le crâne et, tout en palpant, je trouvai sur le côté gauche, à un centimètre au-dessus du pavillon de l'oreille, selon une ligne verticale qui passerait par le conduit auditif externe, une petite tumeur de la grosseur d'une tumeur de la grosseur d'une moitié de haricot, non mobile, assez résistante, recouverte d'une peau saine, mais laissant découvrir les traces presque imperceptibles d'une petite cicatrice et faisant éprouver au malade une sensation très pénible à la

pression, qui, poussée un peu loin, paraissait être bien près de provoquer une nouvelle attaque.

Je me décidai aussitôt à inciser cette petite tumeur, dans une pensée d'exploration. N'ayant rien senti avec le bout du doigt, je portai dans le fond de la plaie un stylet boutonné, et alors je sentis que je touchai à un corps dur dont je ne puis apprécier la nature.

Je cherchai à saisir ce corps avec des pinces, d'abord sans résultat; enfin, avec de petites tenailles d'horloger, et après deux essais infructueux, je finis par entraîner une lame de couteau-poignard, de près de 10 centimètres de longueur sur environ 12 millimètres de largeur moyenne et 3 millimètres d'épaisseur au dos.

Un stylet fut aussitôt introduit dans le crâne, à une profondeur à peu près égale à la longueur de la lame. La direction du stylet fut parfaitement horizontale, le malade étant assis, en sorte qu'il fut indubitablement constaté que la lame était bien réellement tout entière dans la masse cérébrale et y avait séjourné deux ans et huit mois.

Rien de particulier ne fut noté au moment de l'extraction du corps étranger, ni immédiatement après, soit dans le système musculaire, soit dans les organes des sens. Il y a eu seulement de remarquable qu'après l'opération, l'état général, tant physique que moral, n'a pas tardé à s'améliorer. Au reste, les fonctions organiques avaient dû s'exécuter assez régulièrement avant l'opération, car le sujet n'était pas maigre.

Le pansement consista dans l'introduction doucement pratiquée d'une mèche imprégnée de cérat, qui fut maintenue à la profondeur de quatre centimètres et renouvelée pendant une quinzaine de jours.

Cependant, le mieux se prononça de plus en plus. Quelques menaces d'attaque se produisirent encore, mais sans entraîner la chute du malade; elles n'ont pas reparu depuis plus d'un mois. Aujourd'hui, l'opéré a repris de la fraîcheur, de la vivacité dans le regard, un air d'intelligence, et il s'est remis à ses travaux. (*Montpellier médical*, 1860.)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Rapport sur les épidémies et les eaux minérales. — Candidatures. Discussion sur la congestion cérébrale : — M. Piorry; M. Gibert; M. Bousquet. — Etude sur la mélancolie. — Election. — Rectification au sujet de la Diète respiratoire.

Séance du 12 mars 1861. — Présidence de M. Robinet.

M. le ministre transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Barréa (de Prades), sur une épidémie de rougeole; 2° Un rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Napoléonville en 1860.

1° Une note de M. le docteur Fiévet, sur certaines propriétés de l'oxygène pur comme agent désinfectant et moyen de sauvetage; commissaires : MM, Bouchardat et Gavarret); 2° Une lettre de M. le docteur Lalagade, accompagnant l'envoi d'une brochure sur l'action de la vaccine chez l'homme.

Candidature. — M. H. Bouley, au nom de la commission des onze, donne lecture du rapport ayant pour objet de déterminer dans quelle section devra avoir lieu la prochaine nomination. La commission a été d'avis, à l'unanimité, qu'il y avait lieu de nommer dans la section de physique et de chimie médicales. La commission exprime en outre le vœu que la nomination suivante soit faite dans la section de médecine vétérinaire (adopté).

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les congestions cérébrales apoplectiformes.

—M. Piorry. Je ne voulais pas prendre une seconde fois fois la parole dans la question importante qui se discute actuellement devant l'Académie, mais il me semble que tout n'a pas été dit sur ce que l'on doit comprendre sous les noms de congestion cérébrale d'apoplexie et d'épilepsie, et qu'il est éminemment utile d'attacher au moins un sens précis à chacune de ces dénominations.

Et M. Piorry énumère tous les cas où il existe une congestion soit sanguine, soit séreuse du côté du cerveau, puis il reprend :

J'ai bien des fois cherché à attirer M. Trousseau sur un terrain qu'il évite toujours de parcourir avec moi ; qu'il nous dise cette fois si, en pathologie et en thérapeutique, c'est le symptôme qu'il s'agit d'expliquer ou de combattre, ou bien si c'est la lésion primitive, point de départ des phénomènes, qu'il convient avant tout d'étudier et de guérir ; si la congestion sanguine est le symptôme ou la cause primitive ; si c'est à elle qu'il faut principalement avoir égard, si les phénomènes dits épileptiques sont eux-mêmes la cause réelle de la congestion, ou si le contraire a lieu : si l'épilepsie des auteurs n'est pas souvent une simple manifestation de circonstances anatomiques des plus variées?

Ce sont là les points culminants de la question qui s'agite, et de la plupart de celles qui ont provoqué à l'Académie des discussions plus ou moins animées. Les argumentations qui pourraient naître du sujet actuel arriveront toujours à démontrer la vérité de ce grand fait : c'est que les bases de toute bonne pathologie et de toute thérapeutique scientifique et utile, ne sont autres que l'étude des organes, que la diagnose de leurs lésions, que l'exacte connaissance des relations de la cause à l'effet que ces lésions ont entre elles, et que l'appréciation anatomique, physiologique et chimique des faits simples et compliqués.

Je ne veux pas terminer sans féliciter M. Bouillaud de la netteté et de la fermeté avec lesquelles il a posé des principes qui nous sont communs sur la pathologie et les dénominations des maladies.

Ainsi que notre honorable confrère, ce n'est pas aux mots que je tiens, mais aux choses, et si je crois qu'une réforme dans le langage médical actuel est indispensable, c'est que ce langage n'est en rien en rapport avec le progrès scientifique ; qu'il entretient la fausse idée de la maladie unitaire, et qu'il porte l'obscurité, le vague et l'incertitude.

Il me semble que le temps est venu de traiter *exprofesso* cet important sujet devant l'Académie, et c'est ce que je me propose de faire dans peu de jours.

— M. Gibert prend la parole. (Voir au commencement de ce cahier).

— M. Bousquet. Je ne m'attendais pas à monter à cette tribune, et, en effet, je n'y monte pas pour parler de fausse apoplexie ni de l'épilepsie, deux maladies qui, malgré leur extrême dissemblance, seraient habituellement confondues, au dire de M. Trousseau, par le commun des praticiens. Si M. Trousseau se fût borné à dire que cela peut arriver, que cela est arrivé quelquefois, on s'en étonnerait peut-être, mais tout le monde ici eût gardé le silence en déplorant la méprise. La discussion est née de l'exagération, et elle a marché comme vous savez. Pour ma part, je n'y ai pas de regret : ces écarts ont conduit à la tribune les talents les plus divers : MM. Piorry, Baillarger, Beau, Falret, Tardieu, Devergie, Durand-Fardel, Gibert, Bouillaud.

En attendant, je vais esssayer de philosopher un peu en parlant de la nomenclature médicale pour répondre à ce qu'en ont dit MM. Bouillaud et Piorry.

Parce que, dans le système des organiciens, les maladies ne sont toutes que des lésions anatomiques, on conclut qu'il faut leur retirer le nom qu'elles portent, pour leur donner celui des organes affectés. A cet égard, on raisonne des maladies comme ferait un botaniste qui voudrait dénommer les plantes du nom du sol où elles naissent, ou comme on fait des hommes répandus sur le globe : chacun retient le nom du pays où il est né ; mais il est plus facile de savoir où les hommes prennent naissance que de savoir juste la place des maladies dans l'organisme ; il y a pour les hommes un état civil qui n'existe pas pour les maladies. En botanique, les méthodes naturelles ne regardent pas à la patrie des plantes ; mais elles regardent de très près aux parties qui les composent ; elles commencent par établir entre elles une sorte de hiérarchie, image de la société

civile, et quand cet ordre est fixé, la classification se règle sur lui, c'est-à-dire sur la subordination des organes.

A raisonner ainsi, la nomenclature médicale ne s'appuierait certainement pas sur le siége des maladies; ce n'est pas ce qu'il y a de plus important dans leur constitution; néanmoins l'idée paraît si naturelle, que M. Bouillaud la fait remonter aux premiers temps historiques de la médecine; il a cité en preuve le traité d'Hippocrate, *De locis affectis*; il a cité le traité de Galien, *De usu partium*, et il date du règne de ces grands hommes la tendance des médecins à localiser les maladies, à les rattacher aux organes; puis il franchit les siècles pour arriver d'un bond à Morgagni, et enfin à Bichat, qu'il estime heureux, sans cependant envier son bonheur, pour être mort prématurément.

Heureux, en effet, car il est impossible de parler de Bichat sans attendrissement et sans admiration! Plus heureux cependant s'il eût vécu âge d'homme! Qui sait de combien de chefs-d'œuvre son génie fécond eût doté la science! M. Bouillaud a rappelé ces fameuses paroles que Broussais a prises pour épigraphe : « Qu'est l'observation si on ignore le siége du mal? » J'avoue que ce n'est pas là ce qui me ferait partager l'enthousiasme de mon éminent confrère pour Bichat; je crois bien mieux honorer sa mémoire en disant que, loin d'approuver même du silence celui qui s'est donné pour son disciple et son continuateur, il aurait hautement protesté contre l'abus qu'on a fait de son nom et d'un propos échappé peut-être par hasard à l'improvisation.

Je renverse maintenant la phrase de Bichat, et je m'écrie à mon tour : Qu'est le siége du mal, si on ignore les causes, les symptômes, et tout ce qu'apporte l'observation? Il n'y a pas si longtemps qu'on se préoccupe du siége des maladies, et qu'on recherche minutieusement dans les cadavres les empreintes qu'elles y laissent! C'est une conquête toute récente, et pour ainsi dire de notre siècle; non que j'oublie les beaux travaux de Théophile Bonnet, de

Morgagni, Lieutaud, Portal, etc.; mais ils n'ont fait que préparer la révolution accomplie de nos jours par Bichat dans son *Anatomie générale*, et par ses successeurs immédiats, Bayle, Laënnec, Dupuytren, Cruveilhier et tant d'autres.

Avant ces maîtres de la science, il n'est que trop vrai qu'on donnait peu d'attention aux lésions de l'intérieur : c'était un tort sans doute, mais cela même ne peut que rehausser les services de la séméiotique, telle que la faisaient Hippocrate, Sydenham, Baillou, Boerrhaave, Stoll, Borsieri, les deux Franck, etc.

Après ces remarques sur le degré d'importance du siége des maladies, je puis parler de la nomenclature; je m'adresse particulièrement à M. Piorry.

Monsieur, je ne ferai pas à votre nomenclature le tort de croire qu'elle n'est qu'une enfant capricieuse de votre imagination; c'est au contraire quelque chose de très sérieux; elle contient, elle répercute la doctrine elle-même, et, en effet, elles sont si bien liées l'une à l'autre qu'elles doivent subir une commune destinée. Mais, d'abord, demander aux organes le nom des maladies, c'est supposer implicitement qu'on connaît exactement la place qu'elles occupent : où mettez-vous cependant la folie et ses diverses formes ; l'épilepsie, l'hystérie, le tétanos, la catalepsie, l'angine de poitrine, et toute la famille des affections nerveuses ? C'est à l'anatomie de vous le dire; mais elle ne le sait pas. Dans le silence de l'anatomie, vous interrogez la physiologie, et vous avez raison, mais je ne puis m'empêcher de remarquer que c'est sortir de la règle ; c'est faire violence au principe.

D'autre part, que de lésions même anatomiques à siége incertain, *incertæ sedis* !

Mais passons. De même que la doctrine, la nomenclature ne s'attache donc qu'aux individualités pathologiques ; et comme la doctrine ne reconnaît que des lésions anatomiques, la nomenclature n'a non plus de noms que pour ces lésions ; elle n'en a pas ou elle n'en doit pas avoir, pour les

affections sans lésion apparente de tissu, ni pour les affections générales, ni pour les diathèses, ni pour les vices héréditaires, etc.

Mais peu importe? j'ai moins à cœur de montrer les lacunes et les imperfections de votre terminologie que d'en faire voir la complète inutilité et les inconvénients. Quelque défectueuse que vous paraisse la langue qu'ont parlée nos aïeux, elle a sur la vôtre deux avantages qui lui assurent la prééminence dont elle jouit ; d'une part, elle laisse l'idée libre, elle ne l'enchaîne pas au sens littéral du mot, de sorte que si jamais l'idée change, le mot la suivra comme il est ; le second avantage, que rien ne pourra lui ravir, c'est d'être venue la première, et d'être consacrée par des œuvres immortelles et par le temps, ce qui est immense en matière de langage.

Et pourquoi changer le vocabulaire médical ? Il n'y a véritablement ni raison ni prétexte. Le mot ne fait pas l'idée, il l'exprime, il la transmet, et malheureusement il apporte l'erreur comme la vérité : c'est là toute sa fonction : s'il la remplit, il a toutes les qualités nécessaires pour se faire accepter et respecter. Un homme sans idées ne parlerait pas, que pourrait-il dire ? Supprimez mentalement la pensée, vous supprimez du même coup la parole, et l'oblitération de l'esprit, de même que celle de l'ouïe, condamne également l'enfant au mutisme.

La première condition d'une bonne terminologie, c'est la fixité; il n'y en a pas, de fixité, dans une science en progrès comme la nôtre. Personne n'étant infaillible, il se peut à la rigueur que telle maladie, tel état organopathique qu'on place dans tel ou tel coin de l'organisme, soit dans un autre, et dès lors que de déplacements, que de variations ! Il faudra faire et refaire sans cesse le vocabulaire médical. C'est ce que de Candolle, cet esprit si supérieur et si sûr, reprochait aux botanistes qui s'obstinaient à n'employer que des noms *significatifs*, comme il les appelait.

Au reste, je ne sais si je m'abuse, mais le sens d'origine

paraît d'un si faible intérêt qu'on s'étonne du prix que vous y mettez. La plupart des termes de la langue que je parle en ce moment, à plus forte raison ceux des langues techniques, ne sont peut-être que des dérivés ; mais qui le sait et surtout qui y pense ? L'immense majorité des hommes l'a toujours ignoré, et le reste l'a oublié.

Au moment de vous quitter, je songeais à vous dire qu'au temps où nous vivons il n'est donné à personne de faire une nomenclature viable. Là où vous avez échoué, un autre n'eût pas mieux réussi ; mais vous n'avez pas besoin de consolation, vous m'avez prévenu. Le hasard m'a fait jeter les yeux sur la dernière page du dernier volume de votre *Traité de médecine pratique*. J'y ai vu que vous preniez bravement votre parti sur l'injustice de vos contemporains par l'espoir d'une réparation posthume. « Peut-« être, dites-vous tristement, ne serons-nous plus là pour « en jouir ! » Et après ce retour sur vous-même, vous vous relevez fièrement à la pensée « qu'il est impossible que « trente ans de travaux assidus, de recherches et de médi-« tations consciencieuses n'aient pas fini par vous conduire « dans la route sûre et difficile de la vérité. » Vous écriviez ces lignes en 1850.

Vous ne séparez pas, dans vos affections, la nomenclature de la doctrine ; je croirais même qu'elle a vos préférences, si elles n'étaient indissolublement unies. Il n'est pas rare, dans les familles, que le plus indigne des enfants y soit aussi le plus chéri, le plus choyé. Ainsi faites-vous de la nomenclature ; vous en parlez toujours avec la plus vive émotion, vous la défendez contre ceux-là mêmes qui ne l'attaquent que du silence, avec une vivacité de ton et de geste qui trahit votre faiblesse pour la plus faible de vos œuvres.

Pour moi, je crois en avoir parlé avec réserve, avec convenance ; j'ai dissimulé sous la modération des paroles la répugnance que m'inspire tout néologisme ; j'ai traité sérieusement ce qu'on a coutume de prendre en riant. J

n'ai fait de citations que par nécessité, pour me faire comprendre; je me suis renfermé scrupuleusement dans les principes du sujet; je me suis appliqué à séparer l'idée de l'exécution, ne voulant pas qu'on tournât l'exécution contre l'idée; enfin, j'ai voulu concilier le respect que commande la vérité avec les égards que je dois à un confrère dont je n'ai jamais cessé d'estimer la personne, de reconnaître les heureuses aptitudes qu'il tient de la nature et la fiévreuse ardeur qui les féconde.

Et maintenant, que la destinée de la nomenclature s'accomplisse ! Il n'est au pouvoir de personne de la perdre si elle est bonne, de la faire vivre si elle est mauvaise.

Séance du 19 mars 1861. — Présidence de M. Robinet.

M. le Secrétaire perpétuel donne lecture de l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Cl. Bernard, en remplacement du M. Duméril.

M. le ministre d'État transmet : Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Cusset (Allier), de Chabelout (Puy-de-Dôme), et des Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées), par MM. les docteurs Félix Cornil, Fournier et Lemonnier. (Com. des eaux minérales).

La correspondance comprend : 1° Une lettre de M. Piorry, ainsi conçue :

« Ayant à deux reprises parlé devant l'Académie sur la congestion cérébrale, je craindrais de fatiguer l'attention de mes honorables collègues en répondant aux sarcasmes que M. Bousquet, sortant entièrement de la question, a débités à l'occasion de la nomenclature.

« Je me donnerai garde de prouver à M. Bousquet qu'il m'est assez facile de me placer sur le terrain de l'ironie où il a naguère éprouvé d'assez rudes blessures. Si notre collègue eût parlé science sérieuse et pratique, il aurait fallu réfuter des allégations mal fondées. Mais comme il a seulement attaqué des expressions que son éminente qualité de bibliophile aurait pu lui faire mieux prononcer, et dont il

aurait dû mieux connaître l'exacte signification, je ne vois pas d'utilité à prendre encore aujourd'hui la parole.

« Nous reviendrons d'ailleurs dans quelques semaines sur la nomenclature, et peut-être prouverai-je alors à M. Bousquet que l'Académie est infiniment plus bienveillante à la convenance et à la rectitude du langage que ne le pense notre collègue.

« Veuillez agréer, etc. P. A. Piorry.

2° Des lettres de MM. Regnauld, Langlois, Bouis, Henry, fils, Lecomte, Guillemin et Figuier, qui se portent candidats à la place vacante dans la section de chimie et physique médicales.

3° Une lettre de M. Diday qui sollicite le titre de correspondant national;

4° M. le docteur Ferrini, de Tunis, demande le titre de correspondant étranger;

5° Une note de M. le docteur Tholozan, sur l'apparition du choléra en Perse en 1860-61.

6° Un mémoire de M. le docteur Fiévet, intitulé : Du sang considéré comme véhicule dans l'acte important de la vie (Renvoyé à M. Robin).

7° Une lettre de M. V. Masson, libraire, accompagnée d'un exemplaire de ses dernières publications.

8° Un mémoire sur un nouveau mode d'emploi du chloroforme comme agent anesthésique local, par M. le docteur Bouron-des-Claye, à Creteil (Com. MM. Larrey, Laugier, Robert).

—M. le docteur J. Cloquet fait hommage à l'Académie des ouvrages de Fabrice d'Aquapendente; de Fabrice de Hilden; l'Anatomie de Dulaurens; Heïster, Chirurgie; Sénac, Maladies du cœur.

—M. le Président, au nom de l'Académie, remercie le donateur.

—M. Gavarret dépose sur le bureau un travail de MM. Janssen et Follin, sur l'ophthalmoscope. Pour éviter l'excitation rétinienne produite surtout par les rayons les moins réfran-

gibles (jaune, orangé et rouge) les auteurs mettent devant la lampe, d'où émane la lumière projetée dans l'œil, une lame de verre légèrement bleui.

L'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Grisolles sur les candidatures à la place vacante dans la section de physique et de chimie médicales.

A la reprise de la séance, MM. Briquet, Baillarger et Jolly, derniers orateurs inscrits pour la discussion sur la congestion, renonçant à la parole, cette discussion est close.

M. de Kergaradec lit un rapport sur un mémoire intitulé : *Etudes sur les causes de la mélancolie*, par M. Corlieu, de Chailly-sur-Marne.

En résumé, dit en terminant M. le rapporteur, je dirai que l'étude sur les causes de la mélancolie est une simple énumération des influences qui peuvent produire cette affection. Enumération incomplète, puisqu'il n'est pas même fait mention des altérations du sang, de la chlorose et de l'anémie.

Les idées de l'auteur sont très acceptables en général, mais elles ont le tort de n'être pas originales, de n'être point nouvelles.

D'ailleurs, la difficulté n'est pas le plus ordinairement de déterminer la cause, le point départ de la mélancolie. Ce qui serait véritablement utile, ce serait de trouver les moyens de prévenir le mal, ou de le guérir. Or, la thérapeutique n'entrait pas dans le plan de notre confrère de Chailly-sur-Marne, ce qui me paraît regrettable.

Je ne pense pas que son travail serve beaucoup à l'avancement de la science des maladies nerveuses.

J'ai l'honneur de vous proposer d'ordonner le dépôt pur et simple du mémoire dans les archives de l'Académie, et d'adresser une lettre de remercîments à l'auteur.

La séance est levée à cinq heures.

SÉANCE DU 26 MARS 1861. — Présidence de M. ROBINET.

M. le secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre de M. le docteur Lemazurier, de Versailles, qui annonce à

l'Académie la naissance d'un monstre autositaire du genre Céphalopage, de l'espèce des Ensomphaliens. M. Larrey présente à l'Académie, de la part de la Société de médecine de Versailles, un rapport fait à cette compagnie sur ce sujet, et dépose sur le bureau deux épreuves photographiques montrant sous des faces différentes les deux petites filles soudées l'une à l'autre par le sommet du crâne, et parvenues aujourd'hui au cinquième jour de leur naissance.

— M. le président annonce la double perte que vient de faire l'Académie, d'une part, en la personne de M. Forget, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, membre correspondant; et, d'autre part, en la personne de M. Ferrus, membre titulaire, décédé à Paris samedi dernier. L'Académie, prévenue à temps par la famille, put envoyer une députation officielle pour assister aux obsèques de M. Ferrus, et M. le secrétaire perpétuel prononça sur sa tombe un discours. Sur l'invitation de l'Académie, il en donne lecture à la tribune.

M. le président annonce que M. le professeur Martins, de Montpellier, assiste à la séance.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un correspondant. Les candidats proposés par la commission sont :

En première ligne, *ex æquo*, MM. Fonssagrives, de Brest, et Leudet, de Rouen.

En deuxième ligne, M. Cazeneuve, de Lille.

En troisième ligne, M. Lecadre, du Havre.

Sur 75 votants, M. Leudet obtient 39 suffrages; M. Fonssagrives 29; M. Cazeneuve 5; M. Lecadre 2.

En conséquence, M. Leudet est nommé correspondant de l'Académie.

Après l'élection, l'Académie se forme en comité pour entendre le rapport de M. Gavarret sur les candidats à la place vacante dans la section de physique et de chimie médicales.

M. le professeur Guibourt écrit à l'Académie pour rectifier l'assertion qu'il a émise, le 8 janvier dernier, contrairement

au fait avancé par M. Sales-Girons dans sa théorie de la *Diète respiratoire.*

M. Guibourt, après de nouvelles expériences faites par lui en commission avec M. Deschamps (d'Avalon) et M. Adrian, reconnaît que le fait est vrai; c'est-à-dire que les émanations odorantes du goudron dans l'air ont pour effet d'y modifier l'activité ordinaire de l'oxigène sur le phosphore. Son erreur venait sans doute de ce que le goudron dont il s'était servi était trop ancien. Le goudron récent donne toujours lieu au phénomène signalé à l'Académie par M. Sales-Girons.

Prenant un bocal, dit M. Guibourt, si on répand au fond une couche de goudron, et qu'un peu après on plonge dans l'air de ce flacon un bâton de phosphore, on voit cette différence : le phosphore qui brûlait au dehors de sa combustion lente, c'est-à-dire qui fumait et reluisait à l'obscurité, cesse de produire l'un et l'autre de ces phénomènes. Ce qui prouve que l'oxygène de cet air est atténué par les émanations goudronnées.

— *Histoire naturelle médicale.* — M. Guibourt lit au nom de M. Chatin et au sien, un rapport sur deux mémoires de M. le docteur Millon, médecin à Revel (Haute-Garonne), l'un intitulé : *Recherches sur le gui de chêne;* l'autre : *Nouvelles observations sur le sumac vénéneux* ou *rhus taxicodendron.*

Le premier mémoire ne renferme aucune observation nouvelle. Le second, plus important, n'éclaircit cependant pas, dit M. le rapporteur, les incertitudes qui nous restent sur la distinction spécifique et sur les effets plus au moins délétères des différents sumacs vénéneux. Ici, M. le rapporteur expose l'histoire et les propriétés des diverses espèces de sumacs et particulièrement de celles qui sont connues sous le nom de *rhus radicans* et de *rhus toxicodendron*; puis arrivant aux applications pratiques qu'on a proposé d'en faire à la thérapeutique et qui sont rappelées dans le mémoire de M. Millon, il s'exprime en ces termes :

« Nous ne prétendons pas conclure de là que la thérapeu-

tique ne puisse tirer aucun avantage de l'emploi du toxicodendron. Indépendamment de l'usage direct qui en a été fait quelquefois pour guérir les dartres, nous sommes persuadés, avec M. Millon que la poudre des feuilles séchées avec soin, l'acoolature et l'extrait évaporé par petites quantité dans le vide, conserveront des propriétés actives qui pourront être utilisées; mais c'est presque une médication nouvelle à fonder; celle qui a été recueillie jusqu'ici se ressent trop de l'incertitude des préparations dont on s'est servi pour l'établir.

« En résumé, dit M. le rapporteur en terminant, les deux mémoires de M. le docteur Millon présentent un tableau assez complet de nos connaissances sur le gui et le rhus toxicodendron. L'auteur y a joint des figures coloriées de ces végétaux dans différentes phases de leur accroissement, et, pour le toxicodendrou en particulier, cinq petits tableaux qui représentent autant de variétés de forme de l'éruption dont il est la cause. Ces figures et tableaux, très-bien exécutés, méritent d'être conservés et utilisés.

« Pour atteindre ce but, nous proposons que les mémoires de M. Millon prennent place dans la bibliothèque de l'Académie pour être mis à la disposition des médecins.

La séance est levée à cinq heures.

INSTITUT DE FRANCE.

Séance du 5 mars 1861. Présidence de M. Milne Edwards.

Sur les convulsions des muscles de la vie animale, et sur les signes de sensibilité propres chez le cheval par l'excitation mécanique localisée de la *surface* de la moelle épinière, par M. A. Chauveau.

« Les expériences dont j'ai l'honneur de communiquer les résultats à l'Académie ont été faites sur des chevaux à cause du volume considérable que présente la moelle épinière chez ces animaux et de la facilité qu'on a, grâce à cette disposition, de pouvoir localiser très-précisément l'action excitatrice que l'on peut exercer sur les diverses parties constituantes de l'organe. Pour être absolument sûr de cette loca-

lisation, j'ai excité la moelle en la piquant superficiellement ou en grattant avec la pointe d'une fine aiguille promenée délicatement à la *surface* de l'organe, de manière à rendre l'excitation aussi physiologique que possible, et à écarter tous les troubles qui anraient pu résulter du traumatisme et de la moelle elle-même.

» Ces excitations superficielles ont été pratiquées sur deux séries d'animaux. Ceux de la première série avaient la moelle séparée de l'encéphale, soit par une section dans la région du dos, soit par une section occipito-atloïdenne, qui nécessitait, bien entendu, l'insufflation pulmonaire pour l'entretien artificiel de la respiration; dans les deux cas, la moelle était découverte et excitée vers l'origine de la région lombaire. Chez les animaux de la seconde catégorie, la moelle avait conservé ses connexions avec l'encéphale, et elle était découverte et excitée tantôt dans la région dorso-lombaire, tantôt à l'origine de la région cervicale, au niveau de l'espace occipito-atloïdien.

» Voici les résultats des expériences de la première catégorie:

« 1° Si on gratte la *face antérieure du cordon médullaire* soulevé et un peu renversé au moyen de pinces qui saisissent l'insertion du ligament dentelé préalablement détachée de la dure-mère, on ne provoque jamais le moindre effet, ni contractions, ni signes de douleur. Cependant, pour peu qu'on touche les racines antérienres, on détermine de belles contractions locales dans les muscles animés par les racines excitées ;

» 2° Quand l'aiguille est promenée sur les *faces latérales* de l'organe, les résultats de l'excitation sont encore absolument négatifs;

« 3° Lorsque l'instrument touche la *face postérieure* de la moelle, même avec la plus grande légèreté, il survient aussitôt dans les muscles de l'animal des contractions involontaires tout à fait semblables à celles qui se manifestent quand on excite les racines postérieures, c'est-à-dire des con-

tractions réflexes. Ces contractions peuvent, suivant l'intensité de l'excitation, se montrer seulement en regard du point excité, ou bien encore au-dessus et au-dessous dans toute la longueur de l'animal, surtout dans le peaucier, le diaphragme et les muscles de la région génito-anale, dont les nerfs paraissent particulièrement propres à recevoir l'excitation propagée et réfléchie par la moelle. L'excitation sur une des côtés de la ligne médiane détermine le plus souvent des mouvements de ce côté ; les mouvements peuvent se montrer cependant des deux côtés du corps, tout en restant plus énergiques du côté excité ;

» 4o En excitant la face postérieure de la moelle par une série de piqûres superficielles pratiquées de dedans en dehors à partir du sillon médian, on voit généralement les convulsions devenir d'autant plus vives qu'on s'éloigne davantage de ce sillon. Mais quand l'aiguille arrive en dehors de la ligne d'émergence des racines sensitives, sur le cordon latéral, ces signes d'excitation cessent tout à coup de se montrer : il ne faut qu'un déplacement imperceptible de l'instrument pour qu'ils passent de leur maximum à une disparition complète

» 5° L'excitabilité de la face postérieure de la moelle est toujours exquise, même aux environs du sillon médian, au moment où l'organe vient d'être découvert. Le plus souvent cette grande excitabilité diminue beaucoup quand la moelle reste longtemps exposée à l'air; et le bord interne des cordons postérieurs peut devenir alors complétement inexcitable.

« Quant aux expériences de la seconde catégorie, celles qui ont eu pour but d'observer les effets de l'excitation de la moelle, l'organe étant en communication avec l'encéphale, elles ont permis de constater :

» 1° La même inpossibilité absolue de provoquer la moindre contraction des muscles volontaires en excitant les colonnes antéro-latérales de la moelle ;

« 2° La même excitabilité exquise des colonnes postérieures ; seulement la mise en jeu de cette excitabilité provoquait à la fois des convulsions réflexes involontaires et

des signes de douleur violente : celles-là faciles à démêler parmi ceux-ci, surtout lorsqu'on excitait près de la ligne médiane, et qu'on agissait dans la région occipito-atloidiene; elles apparaissent dans ce dernier cas avec une extrême vivacité dans les muscles animés par le facial et le spinal.

« Sur plus de quatre-vingts animaux solipèdes consacrés spécialement à ces expériences, les faits que je viens de signaler ont été constatés avec la plus remarquable unanimité. Selon toutes probabilités, ces faits doivent se reproduire sur tous les mammifères et peut-être aussi sur les oiseaux. Mais quoique je sois déjà autorisé à le penser par mes expériences personnelles en ce qui regarde le mouton, la chèvre, le lapin, je ne veux pas poser à ce sujet de conclusions générales.

« J'ajouterai que les faits observés avant moi par les physiologistes qui ont expérimenté sur les animaux à sang chaud, plus qu'on ne serait tenté de le croire au premier abord, en accord avec les miens propres.

« M. Flourens, qui a fait ses expériences sur la moelle épinière avant Ch. Bell, c'est-à-dire à une époque où la moelle était regardée comme un organe simple, a cependant signalé des faits qui ont une grande valeur au point de vue de la distinction physiologique à établir entre les diverses parties constituantes de l'organe; il découvrait et excitait la moelle en arrière, c'est-à-dire que les effets qu'il obtenait étaient ceux de l'excitation des cordons postérieurs seulement : or ces effets sont, en principe, ceux que j'ai obtenus moi-même.

M. Longet, dans ses expériences qui ont eu un si long et si juste retentissement, a vu l'excitation de l'extrémité du tronçon céphalique d'une moelle coupée agir sur les cordons postérieurs et ne rien produire du tout sur les cordons antéro-latéraux. Il est vrai que les résultats des excitations qu'il a pratiquées sur le tronçon caudal ne sont plus en accord parfait avec les miens. Mais ces résultats, très-exactement observés du reste par M. Longet, ne s'obtiennent

(M. Longet a soin de le dire lui-même) qu'à un moment où les propriétés de la moelle ne sont plus tout-à-fait à l'état physiologique.

« Magendie a signalé les convulsions réflexes et les signes de douleur produits par l'excitation des cordons postérieurs, et l'inexcitabilité absolue des colonnes latérales. Il parle, il est vrai, des contractions localisées et de la douleur provoquées par l'excitation des cordons antérieurs ; mais il n'est pas prouvé que Magendie n'ait pas obtenue ces effets en piquant l'origine des racines motrices plutôt que les cordons antérieurs eux-mêmes.

« M. Bernard et M. Brown-Sequard ont décrit des effets analogues à ceux de Magendie. Ce dernier signale même des différences d'excitation dans les divers points des cordons postérieurs. »

FORMULES RECETTES ET PRATIQUES.

Traitement de la rougeole.

M. le docteur Moynier, dont le nom a souvent trouvé place dans ce journal, lorsqu'en sa qualité de chef de clinique de M. Trousseau, à l'Hôtel-Dieu, il recueillait ses faits de diphthérie, vient de concourir au prix offert par la Société médicale de la Moselle. On se rappelle que cette Société avait mis au concours la question de la rougeole et de son traitement.

Nous prenons du Mémoire de M. Moynier ce qui se rapporte à cette deuxième partie de la question.

Si la toux est fréquente et fatigante, M. Moynier conseille le looch ainsi formulé par Hufeland :

Pr.	Solution de gomme	30 gr.
	Huile d'amandes douces	4 —
	Extrait de jusquiame de	5 à 20 cent.
	Sirop	30 gr.

L'éruption est-elle un peu pâle ou se fait-elle avec lenteur, on peut ajouter à la potion précédente deux à six gouttes d'acétate d'ammoniaque ou prescrire soit la potion de Henque :

Pr.	Eau de fleurs de sureau	120 gr.
	Liqueur d'acétate d'ammoniaque	8 —
	Vin d'antimoine	2 —
	Sirop de framboises	15 —

A prendre par cuillerée à bouche ou à dessert toutes les deux heures ; soit cinq à quinze centigrammes de poudre de James :

Pr. Sulfure d'antimoine
Corne de cerf à parties égales.

Parmi les moyens préconisés dans le but de provoquer un exanthème rubéolique en retard, ou de le rappeler s'il a disparu trop tôt, le meilleur est l'*urtication* telle que l'a fait pratiquer M. Trousseau, quand, au quatrième jour, ce médecin voit se manifester les signes du catarrhe morbilleux sans que l'éruption apparaisse. Il fait alors flageller le corps de l'enfant avec des orties fraîches, *urtica urens* ou *petite ortie*, deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures, de façon à développer une abondante éruption à la peau.

Les bains tièdes ont été employés avec avantage contre le catarrhe suffocant qui complique la rougeole. M. Blache en a retiré de bons effets. Cependant cette grande autorité ne saurait peut-être couvrir, aux yeux des familles, le médecin moins haut placé, et dans ce cas, dans le cas de faux croup, M. Moynier aimerait mieux suivre la méthode indiquée par Graves, et recommandée par M. Trousseau, laquelle consiste à passer rapidement sur le cou de l'enfant une éponge trempée dans de l'eau très chaude, et que l'on exprime légèrement. Cette opération est continuée pendant dix, quinze, vingt minutes de suite ; elle détermine une sorte de fluxion vers la peau, sous l'influence de laquelle l'oppression cesse habituellement d'une façon extraordinaire, tandis que la toux perd de sa raucité ; indépendamment de sa remarquable puissance, cette médication est d'une grande simplicité ; à elle seule elle suffit pour faire cesser les accidents laryngiques ; ce qui n'empêche pas ensuite d'attaquer les accidents bronchiques par les vomitifs et les vésicatoires volants.

Au début de la rougeole, le délire et les autres troubles du système nerveux ne sont pas graves ; mais quand ces phénomènes se manifestent dans le cours ou au déclin de l'éruption, ils deviennent sérieux, et alors, il peut être avantageux de recourir au musc et au carbonate d'ammoniaque associés dans les proportions suivantes :

Pr. Musc	40	cent.
Carbonate d'ammoniaque	20	—
Sucre blanc	40	—
Mêlez, broyez et ajoutez eau de fleurs de tilleul	120	gr.

A prendre par cuillerée à bouche toutes les deux heures.

La question de savoir quand le malade, convalescent de rougeole, peut s'exposer à l'air est délicate. Il est prudent de ne permettre la première sortie que lorsque la desquamation est entièrement achevée. On comprend, néanmoins, combien il est difficile d'observer rigoureusement cette règle. Aussi M. Moynier a-t-il cru devoir rappeler ici une pratique de M. Scoutetten, que nous avons signalée l'année dernière à nos lecteurs, et

grâce à laquelle ce professeur laisse impunément sortir les malades qui ont été atteints de la rougeole, et même de scarlatine, aussitôt qu'il n'existe plus de rougeur à la peau.

Pour cela, on prend de l'huile d'olive que l'on fait chauffer au bain-marie ; on y trempe un morceau de flanelle ; on en frotte aussitôt toutes les parties du corps, sans en excepter ni la face ni les pieds ; la friction terminée, le malade est remis au lit, où il reste environ deux heures. Le lendemain matin, il prend un bain tiède à la température de 28 à 29° Réaumur ; il en sort après une heure ; il se recouche, et lorsque la peau est bien sèche, c'est-à-dire après deux ou trois heures, on fait une nouvelle friction huileuse. Ces deux frictions et un seul bain suffisent souvent pour éloigner tout péril. Cependant, lorsque la rougeole, et surtout la scarlatine, ont été fortes, il faut répéter les frictions tant que la peau reste farineuse. M. Scoutetten dit que l'on a rarement besoin d'aller au-delà de quatre frictions et de deux bains, et qu'à l'aide de ces précautions, en somme assez simples, des centaines de malades sont allés à l'air libre sans qu'il en soit résulté pour eux ni danger ni inconvénient.

VARIÉTÉS.

Courrier de l'expédition de Chine. Excursion dans Péking. 21 octobre 1860 (*Suite*).

Ajoutons, quant à l'arrangement des cheveux, que plusieurs filles Tartares avaient des bandeaux sur les tempes, offrant ainsi un mode de coiffure tout-à-fait analogue à celui qui est généralement adopté en France.

Après un long trajet de 7 à 8 kilomètres en ligne droite, par une large voie dont les petites maisons à simple rez-de-chaussée ont presque toutes quelques arbres dans leur cour intérieure (saules pleureurs, quelques peupliers blancs ou trembles, ormeaux, pins ou ifs) nous sommes arrivés à la deuxième enceinte ou muraille de la cité chinoise proprement dite.

Nous avons fait alors un à droite pour nous rabattre sur la légation russe. Nous avons trouvé à l'entrée une sentinelle comme celles que nous avions vues à Sébastopol. Ce type Kalmuk ressortait sur le Chinois, tout en se rapprochant du Tartare qui fait transition entre les deux.

MM. de l'ambassade Russe ont été très courtois; le 1er secrétaire parle français comme un parisien, et nous avons fait une

bonne connaissance avec un aimable confrère, dans la personne de M. le docteur Korniewsky.

Une petite collation de circonstance nous a permis de juger de quelques fruits de Péking. Il y a de belles grappes de raisin blanc se rapprochant beaucoup du chasselas. Les pêches sont belles, moins bonnes qu'à Tien-Tsin, il est vrai que nous sommes dans l'arrière saison; pour cette raison nous n'avons pas vu de figues fraîches, bien qu'il y en ait en été. Aussi commence t-on à servir des fruits secs. Les noix apportées de provinces plus méridionales sont de l'autre année au moins et d'une détestable rancidité. Plus fraîches elles doivent être peu agréables tant elles sont resserrées et encastrées dans la coquille, les cerneaux doivent faire le désespoir des amateurs. Il y a beaucoup de fort belles jujubes, parfois plus grosses que les noix. On en mange à l'état frais, comme aussi on en fait sécher dépouillées de noyaux, à la façon de nos figues de Provence, avec les plus petites desquelles on les confondrait à première vue et au goût même, n'était l'absence des grains caractéristiques de la figue. Un fruit que nous avons vu seulement à Péking pour la première fois, c'est le *Sou-Tsçeu* venant à un arbre comme un pommier, et de la grosseur et couleur d'une rainette du Canada; avec cette différence toutefois, qu'une calotte charnue de même couleur, d'un tiers de sphère fait bourrelet circulaire du côté où le fruit adhère à l'arbre. Ce n'est pas le genre gland qui se sépare de cupule qui le maintient; c'est plutôt comme notre petit potiron mamelonné, à calotte jaune hémisphérique, à l'aspect on dirait une pomme à calotte renflée; mais l'intérieur se rapproche plutôt de la partie charnue d'une tomate. Le pepin est très petit, à grains imperceptibles. Quant à la saveur et au goût, ils sont sans analogies parmi nos fruits; il n'y a qu'une analogie très éloignée avec la mangouste.

Nous avons trouvé chez notre confrère quelques pilules d'or de Corée; or, ces pilules sont des boîs de plus d'un centimètre et demi de diamètre, enveloppés dans une feuille d'or. Que contiennent-ils? c'est encore un secret. Toutefois, après en avoir partagé un, nous avons reconnu que l'aspect, la saveur et le goût de la substance intérieure sont tout-à-fait identiques à ceux d'une pâte qu'on ferait avec parties égales de poudres de quinquina et de réglisse. Quoi qu'il en soit, il est généralement reconnu que les pilules d'or de Corée sont excellentes pour prévenir les maladies.

Voilà donc une autre préparation qui n'est point un remède proprement dit comme la pilule rouge de Peking, mais qu'on donne par mesure préventive : c'est la pilule ou bol prophylactique.

De sorte que les pilules d'or de Corée *font bien porter*, préviennent les maladies ; les pilules rouges de Peking les guérissent toutes, et, enfin, si l'on est tombé malade quand même ou affaibli par une cause quelconque, le fameux gin-sen rend santé, force et vigueur.

On comprend que devant cette trilogie merveilleuse, tous les autres agents spéciaux de la matière médicale, très nombreux en Chine, sont inutiles et supprimés de fait. La médecine est ainsi bientôt faite, car il n'y a qu'à suivre quelque temps un médicastre pour se familiariser avec leur *modus faciendi* dans l'administration plus ou moins variée des trois prétendues panacées, et l'on est médicastre à son tour : *sic est*. Car nous avons posé catégoriquement cette question : « Y a-t-il une école de médecine à Peking? — Non, il n'y en a pas » — « Qu'appelle-t-on donc collége médical à Peking? » — « On veut peut-être parler du groupe de médecins attachés à la personne de l'Empereur. »

S'il n'y a pas d'école de médecine proprement dite, si, par suite, il n'y a pas de médecins diplomés, mais tout simplement des médicastres élevés par les médicastres, qui leur ont donné une initiation plus ou moins équivoque, à plus forte raison n'y a-t-il pas de chirurgiens. Nous avons entre les mains un croquis anatomique chinois, montrant, par une coupe vertico-latérale, l'intérieur du corps humain d'après l'idée que s'en font MM. les docteurs chinois. Nous disons l'idée qu'ils s'en font, car c'est tout d'imagination : ils sont loin de savoir en anatomie ce qu'en savait Galien. S'ils avaient seulement étudié et reproduit les organes du porc, si répandu en Chine, ils en sauraien assurément plus qu'ils n'en montrent.

Le cerveau est représenté par un lobe unique, allongé comme celui d'un poisson. Le cervelet manque ; un petit renflement représente le nœud vital si l'on veut ; sur la face, l'œil et l'oreille sont indiqués, mais pas de points ni de conduits lacrymaux, pas de trompe d'Eustache, pas de sinus frontaux, pas de fosses nasales ni de voûte palatine ; point de larynx ni de pharynx. La trachée et l'œsophage sont posés à distance comme deux goulots de bouteille.

La trachée, dont les anneaux sont indiqués au nombre de six, aboutit à de prétendus poumons divisés en dix lobes apparents. Il n'y a pas de cœur ou, du moins, on n'en voit pas.

Le diaphragme forme trois voûtes renversées ou trois convexités inférieures.

Le foie et l'estomac semblent deux vessies superposées.

Les reins sont figurés, mais ne communiquent pas avec la vessie, qui est posée isolément dans le bassin en guise d'as de cœur, la pointe en haut : peut-être a-t-on voulu figurer la matrice.

Les corps de vertèbres sont indiqués au nombre de douze en tout, suivis du sacrum.

Quant à l'abdomen, il paraît qu'on l'a supposé appartenir à un obèse mandarin, et il n'y a pas moins de huit couches superposées au centre desquelles est une espèce d'œil-de-bœuf pour nombril.

Pareil tableau, pris à source authentique, est la négation absolue de toute connaissance anatomique exacte.

Or, pas d'anatomie, pas de physiologie non plus, partant, pas de chirurgie possible.

Aussi, de quoi se compose l'arsenal chirurgical d'un praticien en Chine? Tout bonnement d'une boîte à acupuncture et à scarification : celle que nous a montrée notre confrère n'a pas même de porte moxa.

Quant aux boîtes à amputation et à résection, point ; *a fortiori* n'y a-t-il ni trépan ni boîtes pour les divers appareils spéciaux.

A propos de tableau anatomique, nous avons trouvé parmi les milliers de banderolles à images qui ornementent les appartements chinois une pancarte représentant une sorte de squelette assez grotesque, surchargé de lignes et de points marqués en chinois, et que le P. Delamarre a eu la complaisance de nous déchiffrer.

Je n'essaie pas de dépeindre mon écorché chinois ; les mailles du nœud gordien n'étaient pas plus enchevêtrées que les lignes indicatrices de notre inextricable tableau.

Quoi qu'il en soit, l'auteur a eu du moins le soin d'indiquer ce qu'il voulait dire, et j'aime mieux sa prose que son dessin.

Le frontispice porte en gros caractères : *Description du tableau splendide et lumineux de l'homme de cuivre.*

Disons d'abord qu'en Chine on a des statuettes de cuivre piquées de myriades d'aiguilles comme un bloc taillé aux approches, indiquant tous les points du corps où une longue expérience a appris qu'on pouvait avec avantage en former une aiguille à acupuncture.

Cette espèce d'académie, indicatrice pour l'homme de l'art en Chine, est une espèce de guide-âne avec lequel il faut être très fami-

liarisé. Pour être expert, il faut connaître son homme en cuivre, et savoir le piquer à point donné les yeux fermés, ou, ce qui est tout comme, à travers une feuille de papier. Quand on fait ce tour de force, on est maître ès-acupuncture.

Cette petite explication préalable étant donnée, nous reprenons le texte du maître chinois.

« Les médecins habiles de l'antiquité avaient en grande estime de brûler des plantes sur diverses parties du corps humain (moxas) et la pratique de l'acupuncture; aussi guérissaient-ils de suite les maladies les plus graves. « Malheureusement les médecins modernes qui usent de cette méthode sont en très petit nombre, et dans la crainte que la tradition vienne à s'en perdre, j'ai rédigé un livre que j'ai déjà mis à l'impression sur l'acupuncture et le moxa.

« Or, la description de l'image se rapporte à l'extérieur et à l'intérieur du corps humain, indiquant toutes les sources des maladies et les ouvertures ou méats du corps humain.

« Un auteur appelé Sen-Tcheugen dit que l'on ne peut se passer ni de l'une ni de l'autre des deux sortes de médication

« C'est pourquoi me servant de l'image de l'homme en cuivre exactement vérifié sur les planches stéréotypées de Nanking, et de Péking, tant pour l'homme que pour la femme, j'ai fait la distinction des méats et des viscères ou organes, afin de montrer clairement d'un coup-d'œil tout le système du corps humain en un tableau synoptique très clair.

(Tenez cette dernière affirmation pour une antithèse).

« Pour l'acupuncture et le moxa, continue l'auteur chinois, toutes les maladies des méats ou ouvertures du corps sont guérissables, or ce n'est point là un mince avantage. »

« Fait sous le règne de Ouan-li » (c'est-à-dire des milliers de siècles avant Jésus-Christ.

ARMAND.

NOUVELLES.

Par arrêté du 13 mars 1861 sont autorisés à se faire suppléer, pendant le deuxième semestre de l'année 1860-1861.

M. Rostan, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, par M. Hérard, agrégé;

M. Moreau, professeur d'accouchements, par M. Pajot, agrégé;

M. Cruveilhier, professeur d'anatomie pathologique, par M. Barth, agrégé;

M. Adelon, professeur de médecine légale, par M. Tardieu, agrégé;

M. le docteur Blot, agrégé, est chargé de faire, pendant le même semestre, le cours des élèves sages-femmes à la clinique de Paris.

— M. le maréchal Vaillant a annoncé à l'Académie des sciences, dans sa séance du 11 février, que, ayant annoncé à l'Empereur la première proposition faite par M. Flourens de mettre au concours la grande et belle question de la régénération des os brisés par accidents, coups de feu, etc., il a été autorisé à faire savoir que Sa Majesté, s'associant aux intentions philanthropiques de l'Académie des sciences, ajoutera *dix mille francs* au prix qui sera fixé par l'Académie.

Tout en félicitant la science de l'habile initiative qui a appelé cette haute consécration, nous devons, s'il en est temps encore, signaler l'importance extrême qu'aura la rédaction de ce sujet de prix. Il serait fâcheux que cette occasion unique de préciser et de féconder les recherches les plus originales qu'aient vues notre époque, fût absorbée au profit d'une préoccupation théorique ou pratique exclusive, quelque respectable qu'elle fût ou crût être. Qu'on laisse donc à la question toute sa largeur : qu'on évite de marquer ni jalon, ni limites aux compétiteurs, dans ce vaste champ où l'investigation physiologique les conduira le plus naturellement et le plus fructueusement aux applications chirurgicales.

— Par arrêté, en date du 5 février 1861, le paragraphe 4 de l'article 2 de l'arrêté du 15 juillet 1852 est rapporté. La clôture du registre d'inscription des Facultés pour le premier trimestre de l'année classique, est de nouveau fixée au 15 novembre, époque de l'ouverture des cours. Les jeunes gens qui n'auraient obtenu le diplôme de bachelier que dans la session de novembre, seront exceptionnellement admis à prendre leur première inscription jusqu'au 20 novembre inclusivement.

— Un concours pour deux places de chirurgien-adjoint des hôpitaux de Marseille sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu de cette ville, le 30 avril prochain. Les candidats devront justifier de quatre ans révolus de doctorat. Les chefs internes des hôpitaux de Marseille seront admis s'ils ont un an d'exercice en cette qualité. Ils devront se faire

inscrire, huit jours au moins avant l'ouverture du concours, au secrétariat de l'Hôtel-Dieu, à Marseille.

— Nous trouvons dans le *Moniteur scientifique* de curieux détails sur les effets d'un froid intense, tel que celui de 40° au-dessous de 0, qui a sévi cet hiver à Torneâ, capitale de la Laponie russe.

Cet écartement au-dessous de zéro est égal, en chiffres à celui que donne au-dessus de la plus forte chaleur des Indes et du Sénégal. Voici quelques-uns de ses effets : Lorsque l'on sort, le nez est immédiatement gelé, et on sent dans les poumons comme des aiguilles de glace. Pendant ce terrible froid, les yeux ne peuvent supporter sans voile la vibration de l'air, malgré l'obscurité qui adoucit l'éclat des neiges; si l'on voyage, il faut se couvrir de fourrures de la tête aux pieds, et le bonnet qui vous descend sur les épaules a deux trous où l'on adapte des verres de lunettes; sans cette précaution, on risquerait de perdre la vue.

On est dévoré d'une soif ardente comme dans les déserts brûlants, et, l'eau étant impossible à obtenir à cause de la glace qui a six mètres d'épaisseur, on est obligé d'emporter une assez grande quantité de la plus forte eau-de-vie; c'est la seule liqueur qu'on puisse, en la portant sur soi, tenir assez liquide pour la boire; mais il arrive souvent qu'en approchant les lèvres de la fiole, elles s'y gèlent, s'y collent, ainsi que la langue, et se déchirent lorsqu'on les en arrache.

Les vitres des fenêtres se brisent lorsqu'elles ne sont pas garanties par des planches, et si la main touche à nu les boutons de fer ou de cuivre des portes extérieures, elle est brûlée comme si elle saisissait un métal ardent. Ouvre-t-on un instant la porte, le froid extérieur convertit immédiatement la vapeur chaude de l'intérieur en neige qui vous tombe sur la tête comme à ciel ouvert. Heureusement l'atmosphère est presque toujours calme; sans cela, lorsque l'air s'agite, le froid, avivé par le vent, devient insupportable, et souvent ceux qui s'y exposent périssent en peu d'instants.

Tornéa est à 600 lieues de Paris. Placée sous le 21e degré 52' de longitude, et le 65e degré 59' de latitude, elle est la ville la plus septentrionale de l'Europe.

NÉCROLOGIE.

FERRUS.

La médecine vient de perdre un homme qui avait bien mérité

d'elle sous plusieurs rapports. Ferrus était membre de l'Académie, ancien inspecteur général des Etablissement d'aliénés et du service médical des prisons, membre fondateur de la société médico-psychologique, commandeur de l'ordre de la légion d'honneur, etc., etc. Il est mort à l'âge de 75 ans, des suites d'une attaque d'apoplexie cérébrale, qui l'avait frappé il y a un mois à peine.

Le service religieux de ses funérailles a eu lieu à l'église de Saint-Germain-des-Prés. Les hommes les plus considérables de la science et des administrations publiques s'y étaient réunis.

Sur sa tombe ont été prononcés plusieurs discours. Nous publions celui de M. Brierre-de-Boismont, qui résume la vie de Ferrus sous ses aspects les plus caratéristiques.

« Messieurs,

« Je viens, au nom de la Société médico-psychologique, dont M. Ferrus fut l'un des plus actifs fondateurs, exprimer les regrets que nous a causés la perte de ce collègue si distingué. Disciple, avec son émule Esquirol, du professeur Pinel, il eut le bonheur de continuer les grandes améliorations qu'avait proposées et appliquées l'illustre réformateur du traitement des aliénés. Le premier, en France, M. Ferrus introduisit le système du travail corporel, et spécialement celui de l'agriculture. La création de la ferme Saint-Anne est restée le point de départ de tout ce qui a été fait en ce genre. Mais ce fut surtout comme inspecteur général qu'il rendit d'utiles services à la science des maladies mentales, et lui fit faire un véritable progrès.

« La loi du 30 juin 1838, qui a été l'ère d'une nouvelle époque pour les aliénés, lui doit ses plus importantes dispositions, et nous pouvons dire avec certitude que cette loi a été appliquée par la plupart des nations de l'Europe et profondément méditée partout.

« Ces deux titres suffisaient à la gloire de M. Ferrus; mais je ne puis m'éloigner de cette tombe, sans parler de la classification des prisonniers par origines et par degrés d'intelligence qui, mieux appréciée, eût enlevé aux prisons et aux bagnes beaucoup d'infortunés, pour les reporter dans les asiles, leur seule place. Messieurs, un dernier mot, il est encore relatif à une réforme. Frappé et ému de l'abandon dans lequel on laissait des milliers de crétins, M. Ferrus ne cessait d'appeler l'attention du Gouvernement et de la science sur ce douloureux oubli. Il y a quelques années, il avait même fondé, au

sein de la Société médico-psychologique, un prix sur cette question. Sa voix a été entendue. L'Empereur qui veut soulager toutes les misères a donné 200,000 fr. pour l'érection d'un asile de crétins à Chambéry, et l'on peut être assuré que le digne collègue de M. Ferrus se montrera à la hauteur de la mission qui lui a été confiée.

« Honneur au médecin dont la carrière a été si bien remplie et qui aurait pu prendre pour devise : *Miseris succurrere disco.* »

BIBLIOGRAPHIE.

PRINCIPES DE THÉRAPEUTIQUE, *par M. Forget, professeur de la Faculté de Médecine de Strasbourg.* (1 volume. in-8°, chez J.-B. Baillière, éditeur libraire, Paris, 1860.

Commençons par l'aveu de nos torts : nous sommes fort en retard envers un auteur, que nous pouvons appeler un des princes de la science moderne. M. le professeur Forget, de Strasbourg, a fait à la *Revue médicale* hommage du beau volume qu'il a publié chez M. J. B. Bailliere sous le titre de *Principes de thérapeutique*, et la *Revue médicale* n'a pas encore rempli les obligations d'un pareil honneur. C'est que les journaux, non plus que les rédacteurs qu'ils personnifient, ne font pas toujours ce qu'ils voudraient, et encore moins ce qu'ils aimeraient. Aussi comptons nous sur la bienveillance de l'homme à l'égard duquel nous sommes tant en défaut; il est probable qu'il n'a pas traversé sa vie d'étude et d'occupation multiples sans en avoir appris ce que notre excuse a de légitime et de vrai.

Si nous pouvions encore nous donner la satisfaction aujourd'hui d'étudier ce grand ouvrage, d'en goûter à l'aise ce qui est conforme à notre doctrine, d'en critiquer respectueusement ce qui y fait brèche ou objection ? Mais hélas ? Il nous faut ajourner la réalisation de ce désir, et pressé que nous sommes, nous contenter de jeter un coup d'œil sur l'ensemble ; lire ce livre comme on feuillette, et grâce, à l'habitude de lire ainsi, résumer notre impression générale sur la valeur de l'ouvrage en attendant que nous venions plus tard vérifier notre jugement sur pièces justificatives prises du texte de l'auteur.

Et d'abord disons-le, l'œuvre de M. le professeur Forget nous semble bien résumée dans l'épigraphe qu'il lui a choisie entre mille : *Sancta simplicitas* ! Faites cette simplicité sainte, ce divin bon sens, ainsi que la traduit l'auteur ; faites-la dis-je consciente de tout ce qu'on peut savoir en médecine ; donnez lui l'expérience longue et variée de tous ces contrastes sytématiques que nous voyons se heurter

dans les théories aussi bien que dans les pratiques, et vous comprendrez qu'elle aboutisse, cette simplicité, au repos qu'on trouve dans ce juste milieu, refuge de celui qui a souvent échoué aux deux extrêmes.

Sainte simplicité, c'est la devise de l'éclectisme bien entendu, bien muri; de l'électisme des convertis ou de ceux qui ont longtemps déploré ce qu'il y a d'absolu dans les systèmes et les partis pris. C'est le mot de retraite du médecin qui a passé par le tourbillon des hommes et des livres et qui n'en rapporte que la lassitude ou le regret.

Sainte simplicité! C'est le vœu que doit faire en terminant sa carrière le praticien qui sest tenu au courant de toutes choses et qui s'est cru obligé d'en user pour être de son temps; c'est le testament de ce maître qui, obligé de tout apprendre pour tout enseigner au fur et à mesure, aboutit enfin à sa leçon suprême et la résume ainsi pour ses disciples: sainte simplicité! Malheureusement les disciples les plus dignes du maître ne le comprendront pas sur parole; ils voudront le vérifier par eux-mêmes, et ils le feront à leurs dépens; mais avant la fin ils laisseront à leurs fils, s'ils en ont en Hippocrate, le témoignage du souvenir en répétant ce qu'on dit au terme du voyage et ce que le maître leur apprit: *sancta simplicitas*! divin bon sens!

Jamais auteur ne tint mieux son épigraphe; jamais érudit n'en trouva de plus exacte pour rendre la pensée d'un livre. Lisez le attentivement d'un bout à l'autre; ouvrez le au hasard et ne le lisez que par fragment ou chapitre; c'est partout le même sentiment qui conduit l'écrivain: la frayeur des extrêmes; l'écart des systèmes exclusifs, le conseil et le bon exemple de la prudence dans les régions moyennes qu'habite ordinairement le bon sens, le soupçon préalable des innovations, le calme dans l'art, la simplicité dans la science, tout aboutit à ce centre de quelque point de la circonférence que vous partiez.

Jamais livre ne traduisit mieux l'état de son auteur. Et nous félicitons M. Forget du portrait qu'il nous y donne de lui même. Il a des cheveux blancs, mais ce sont ceux de la sagesse, fille de l'expérience et de l'étude.

Arrêtons-nous pour aujourd'hui à l'épigraphe du volume, nous réservant, comme un plaisir autant que comme un devoir, de revenir un jour prochain sur ce livre et de nous arrêter avec le lecteur sur les points qui en font le mérite, le caractère et l'attrait. Voici en

attendant quelques passages de l'*avant propos* qui marquent l'idée et l'objet de l'ouvrage :

« Le motif principal de ce livre, dit M. Forget, c'est l'exposition et le développement de notre *doctrine des éléments pratiques* ; c'est l'énoncé des principes qui président à nos actes et à notre enseignement ; c'est enfin la caractéristique de notre école. En inscrivant le mot *Principes* au frontispice de cette œuvres nous avons voulu protester contre l'anarchie et l'empirisme, qui dégradent la science, avilissent la profession et corrompent nos générations nouvelles.

« En présentant *l'art de guérir* comme synonime de thérapeutique, nous donnons à celle-ci sa véritable signification, la thérapeutique n'étant autre chose que la médecine appliquée au traitement des maladies.

« Ce n'est pas un traité de matière médicale, non plus qu'un traité de pathologie que nous publions ici ; c'est plus particulièrement le lien qui réunit ces deux branches de la médecine, c'est le trait d'union entre la maladie et le remède.

« On n'aura pas le droit de nous trouver avare de détails classiques et d'érudition étrangère ; car c'est notre individualité médicale que nous avons voulu traduire. C'est notre livre que nous avons prétendu faire et non pas le livre d'autrui.

« Ce travail est le produit net de quarante ans de pratique médicale, dont vingt-cinq ans d'enseignement clinique. C'est la profession de foi sincère et complète d'un vieux praticien indépendant par caractère, qui ne demande rien au public et n'ambitionne que l'estime de ses confrères. »

M. Forget peut se reposer de ces longs jours de labeur, convaincu que son ambition sera satisfaite : ses œuvres passées lui assurent l'estime qu'il demande dans le livre qu'il vient de publier.

Les lignes qu'on vient de lire étaient écrites et composées lorsque M. Baillière a bien voulu nous faire savoir que Forget venait de mourir. Comme la justice qu'on doit aux morts n'aurait rien à reprendre au tribut d'estime que nous voulions payer au vivant, nous ne changerons rien à ce qui était écrit ; nous y ajoutons le regret que la science et la confraternité doivent avoir ressenti à la nouvelle de cette perte.

Puisse la Faculté de Strasbourg, sur le tombeau de ce maître, prendre l'ambition d'être une *École*, et en conséquence préparer à Forget un successeur capable de remplir l'objet de cette ambition,

la plus légitime et la plus naturelle certes que puisse avoir une faculté de médecine. Dr SALES-GIRONS.

La vie dans l'homme. Existence, fonctions, nature, condition présente, forme, origine et destinée future du principe de la vie : esquisse historique de l'animisme, par J. TISSOT, professeur de philosophie à la Faculté des lettres de Dijon. 1 volume in-octavo de XXIV — 592 pages, prix 7 fr. 50, Paris chez Victor Masson et fils Place de l'École-de-Médecine. 1861.

Au point de vue des doctrines de la *Revue médicale*, l'apparition de cet ouvrage est un véritable événement scientifique. Nos lecteurs connaissent déjà l'écrivain et le penseur qui signe ce volume, ils l'ont vu à l'œuvre dans ce journal, portant avec lui les lumières, hélas devenues extérieures à la médecine, les lumières de la psychologie qui jettent tant de clarté sur la physiologie elle-même.

Les hommes engagés dans les liens de l'École de Paris, aussi bien que ceux qui restent dévoués à l'École de Montpellier, auront à la fois plaisir et profit à connaître ce que M. Tissot dit, si convenablement et en si bon termes, d'eux et de leur École.

Mais le livre de notre savant collaborateur sera utile surtout à ceux qui attendent que la vérité se fasse entre ces deux extrêmes du vitalisme pour prendre un parti. Nous ne croyons pas qu'après la lecture de cet ouvrage on puisse rester indécis entre des systèmes convaincus d'hypothèse pure et une doctrine démontrée, ayant pour elle tout ce qui constitue la dignité et la valeur d'une doctrine.

Pougues, ses eaux minérales et ses environs, par M. le docteur Félix Roubaud, rédacteur en chef de la France médicale et médecin inspecteur de ces eaux, 2me édition illustrée, à Paris, à la librairie nouvelle, boulevart des Italiens, n° 15. 1861.

Ce volume de notre savant confrère, comme on le voit, est divisé en deux parties; la première comprend dans son cadre purement hydrologique tout ce qui recommande les eaux minérales en général et celle de Pougues en particulier dans le traitement des diverses maladies qui en réclament les usages divers : propriétés physiques chimiques et physiologiques de ces eaux; affections que l'on traite utilement avec elles; maladies qui en contr'indiquent l'emploi; l'hygiène enfin et la vie du baigneur aux eaux de Pougues. Cette première

partie ne laisse rien a désirer à celui qui veut connaître à l'avance l'utilité de ces eaux. Un chapitre sur l'histoire et la climatologie de cette station thermale renommée précède ces chapitres et les complète au point de vue médical.

La deuxième partie qui n'a pas moins de mérite sans doute, sort du cadre de nos appréciations ; l'auteur décrit en historien et en amateur les environs de Pougues, et donne à ses baigneurs un guide pour les parcourir avec l'intérêt qu'ils inspirent.

Bade et ses thermes au point de vue médical, chimique, topographique, géologique et historique, par le docteur Robert. Médecin du bureau de bienfaisance, médecin communal et médecin adjoint des prisons civiles de Strasbourg, rédacteur en chef et fondateur de la Revue d'hydrologie médicale française et étrangère, membre fondateur et secrétaire de la Société de médecine de Strasbourg, correspondant de la Société de médecine pratique de Paris, de la Société de médecine du Haut-Rhin, de la Société d'émulation du Jura, etc.

Et le docteur Guggert, médecin-inspecteur des eaux de Baden-Baden, conseiller intime de S. A. R. le grand-duc de Bade, commandeur de l'ordre de Zæhringen de Bade, etc., etc.

Avec les analyses chimiques des sources, par M. Robert Bunsen, professeur de chimie à l'Université de Heidelberg, et un Mémoire sur la constitution géologique de Bade, par M. le docteur Sandberger, professeur de géologie à l'Ecole polytechnique de Calsruhe. Prix : 5 fr., broché.

Cet ouvrage, orné de quatre planches sur acier, d'une carte du grand-duché de Bade, et de nombreuses vignettes dans le texte, sera envoyé en prime aux anciens et nouveaux abonnés qui enverront 1 fr. en timbres-poste à l'administration du journal.

A Paris, chez J.-Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Itinéraire de Paris à Madère, par le docteur **P. Garnier**. Brochure grand-8° avec carte ; Paris, chez J.-B. Baillière et fils.

Il est douloureux de le dire, mais aucun des nombreux médicaments recommandés de nos jours pour la guérison de la phthisie pulmonaire ne peut inspirer autant de confiance comme les moyens hygiéniques conseillés par Celse aux infortunés atteints de cette terrible maladie. Les voyages sur mer et le changement de climat sont encore les plus efficaces moyens que possède la science pour arrêter

les progrès de la tuberculisation pulmonaire. C'est à cet effet, et non pour leurrer les malades, comme quelques-uns le supposent à tort, que les médecins conseillent les voyages et le transport des tuberculeux dans d'autres pays, quand ils peuvent en supporter les frais. L'expérience a démontré la prééminence de ces changements de lieu sur tous les autres remèdes, et il est peu de praticiens auxquels n'inspirent pas plus de confiance et de foi que les iodures, les hypophosphites, le goudron, le caoutchouc, l'arsénic, l'huile de foie de morue et tant d'autres médicaments analogues. Le doute n'existe que sur le choix, l'élection du pays où il convient d'envoyer les phthisiques. Jusqu'à ces derniers temps, les médecins italiens les envoyaient à Alexandrie, les anglais à Malte, les français à Nice et les espagnols à Murcie ou à Malaga ; mais aujourd'hui que le climat de l'île de Madère a été observé comme le plus bienfaisant pour ces malades, on a pris la résolution et adopté l'habitude de les envoyer dans ce pays. L'ouvrage dont il s'agit a été écrit pour servir de guide aux médecins à cet égard, en faisant connaître les voies de transport, de communication et les nombreuses ressources pour le séjour dans cette charmante petite île. (*Siglo medical*, n° 379).

Ajoutons que cet opuscule est donné en prime aux acquéreurs du Traité du climat de Madère et de son influence curative sur la phthisie pulmonaire du même auteur. A. DUROCHER.

Granules au Carbonate ferreux naissant de Garnier Lamouroux, rue Saint-Honoré, n° 213, à Paris. Faire naître le carbonate ferreux dans l'estomac est sans contredit le meilleur moyen d'administrer cette précieuse préparation dans toutes les affections se rattachant aux tempéraments lymphatiques; sous cette forme, non-seulement il est permis de compter sur la pureté du carbonate ferreux, mais il se trouve de plus dans un état de division tel que le praticien ne peut craindre qu'il traverse le canal digestif sans produire d'effet.

« Voici l'opinion de M. le professeur Bouchardat : L'oxyde de fer au *minimum* que contient le *Carbonate ferreux* est une dose puissante, et l'acide carbonique qui lui est associé peut être déplacé sans difficulté par les acides contenus dans les voies digestives. Cette décomposition lui donne également l'avantage sur les autres sels de fer insolubles. On n'a pas à craindre qu'il traverse le canal digestif sans produire d'effet. D'un autre côté, il est souvent préférable aux sels plus solubles, car sa dissolution dans les sucs acides de l'estomac est lente, graduée et laisse peu à redouter l'impression toujours désagréable et parfois dangereuse que produit la dissolution des autres sels ferreux. »

La Scillitine Mandet, ses sirops et ses pilules.

La Scillitine, résumé des propriétés thérapeutiques de la Scille, est un médicament déjà connu et employé par les praticiens. M. Mandet, pharmacien de Tarare a fait une étude spéciale de sa préparation et l'on sait l'accueil que lui a fait l'Académie, lorsqu'elle a été soumise à son approbation.

La Scillitine extraite par le procédé de M. Chevalier se présente à la pratique dépouillée de tout le principe irritant de la plante, et quel avantage dès lors n'offre-t-elle pas dans les cas de maladies respiratoires ou urinaires, contre les quelles le premier soin est celui de ramener la circulation à l'état normal. Nous ne croyons pas utile d'en dire davantage sur son emploi, non plus que sur la spécificité qu'elle possède contre les diverses affections de l'organisme, qu'il nous suffise de dire que l'expérience a démontré que la Scillitine, s'administre généralement aujourd'hui à la dose de dix à vingt centigrammes par jour.

Croyant rendre son administration plus facile, M. Mandet a pensé qu'il était convenable de faire des pilules et un sirop de Scillitine. L'adoption qu'on a faite de la préparation sous ces deux formes a démontré que M. Mandet avait eu raison. Le sirop et les pilules sont employés tous les jours dans les hôpitaux et dans la clientèlle civile.

La Scillitine pure, et les pilules et sirop de Scillitine se trouvent à Tarare chez M. Mandet, pharmacien, et à Paris, chez M. Adrian, pharmacien, successeur de Page, 25, rue Coquillière.

La sève de Pin et son Sirop.

La sève de pin maritime est une heureuse découverte de nos temps modernes pour la médecine des maladies de poitrine. L'extension qu'elle a prise prouve son efficacité. M. Lagasse a eu la bonne idée de concentrer cette substance en un sirop béchique dont l'adoption a été prompte. Les médecins l'ordonnent avec avantage dans les cas de maladies chroniques telles que catarrhes, asthme humide, bronchorrhe, etc, et ses succès ne sont pas moindres dans les indispositions aiguës de l'hiver, telles que rhumes, laryngites, pharyngites et angines.

On a remarqué que ce *Sirop de sève de pin* a aussi une action évidente sur les sécrétions urinaireres, et les irritations inflammatoires de la vessie; il dispense avec avantage de ces préparations de bourgeons de pin, si généralement employés avant la découverte de la sève qui est la substance la plus intime et la mieux élaborée de l'arbre.

Le *Sirop de sève de pin* de M. Lagasse se vend à sa pharmacie de Bordeaux, Cour-d'Albret, 51, et à Paris, chez M. Grimaud successeur à la pharmacie Dorvault, rue Lafeuillade 7, et chez les principaux pharmaciens de France.

PYROPHOSPHATE DE FER ET DE SOUDE, de LERAS, pharmacien, docteur ès-sciences. — Ce nouveau ferrugineux liquide, incolore, sans goût ni saveur de fer, contient, par cuillerée à bouche, 20 centigrammes de sel de fer. Il offre la composition des os et du sang. Seul, il ne précipite pas en présence du suc gastrique et ne provoque jamais de constipation. Il s'administre par cuillerée à bouche une demi-heure avant chaque repas, et peut se prendre en mangeant associé au vin, qu'il ne décompose pas. On en fait aussi un *Sirop* très-blanc et très-agréable, ainsi que des *Dragées*.

Il est toujours parfaitement supporté, et les observations de MM. Aran, Arnal, Barth, Bernutz, Casenave, Debout, etc., publiées par les divers journaux de médecine ont prouvé qu'il a réussi là où le *lactate de fer*, le *fer réduit*, les *pilules* de *Vallet*, l'*eau* de *Bussang*, de *Passy* et de *Spa* avaient échoué. — Prix du flacon, 2 fr. Dépôt à Paris, à la pharmacie 7, rue de la Feuillade, près la Banque. En province, chez tous les pharmaciens.

Eau sulfureuse de Labassère, près de Bagnères-de-Bigorre, Hautes-Pyrénées.

« L'eau de *Labassère* est la plus richement minéralisée des sulfu-« reuses sodiques. » (Pétrequin et Socquet.)

« Trois ans d'embouteillage sans altération. » (Ossian Henry.)

« L'eau de *Labassère* se place en tête des eaux propres à l'expor-« tation. » (Filhol.)

« La stabilité des eaux de *Labassère* leur donne, sur toutes les « eaux sulfureuses connues, pour l'exportation et l'emploi loin des « sources, une supériorité incontestable. » (Cazalas.)

Tableau comparatif par M. Filhol.

« Sulfure de Sodium : Labassère, 0,046 ; Eaux Bonnes 0,021 »
« Chlorure de Sodium : Labassère, 0,215 ; Cauterets 0,026 »
« Matière organique : Labassère. 0,145 ; Luchon 0,036 »

« L'eau de *Labassère* peut être employée *avec avantages* dans « toutes les maladies où les eaux sulfureuses sont indiquées. Elle jouit « d'une efficacité spéciale que l'on ne saurait mettre en doute dans « *le catharre chronique des bronches, les toux convulsives, les « congestions passives du poumon, la tuberculisation pulmonaire, « la laryngite chronique et les maladies de la peau.* » (Filhol. Cazalas.)

J. Gertoux, à Bagnère de Bigorre, seul fermier de la source, expédie.

Pour tous les articles non-signés, le Docteur SALES-GIRONS.

Paris. — Imprimerie de Moquet, rue des Fossés-Saint-Jacques, 11.

LA REVUE MÉDICALE
FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.
(15 Avril 1861.)

CLINIQUE ET MEMOIRES.

ESSAI
SUR
L'ALBUMINURIE LIÉE A L'ÉTAT DE GESTATION,

Par le docteur **Hamon**, de Fresnay-sur-Sarthe, membre des Sociétés de médecine pratique, médico-pratique, des Sciences médicales de Paris, et de la Société de médecine de la Seine.

§ 1. INTRODUCTION — OBSERVATIONS.

L'albuminerie est une affection qui n'a décidément pris place que depuis une trentaine d'années dans les cadres nosologiques. On n'a donc nullement lieu de s'étonner de l'obscurité dont se trouvent encore enveloppés un certain nombre de points de son histoire. Depuis 1827 cependant, date de la publication du premier mémoire de Bright sur la matière, les praticiens les plus recommandables de tous les pays se sont empressés d'explorer cette mine féconde, sans pouvoir l'épuiser. Espérons que tant de louables efforts aboutiront enfin à déchirer un voile jusqu'ici impénétrable. Que tous les observateurs donc redoublent de zèle pour arriver à un but qu'il serait si utile d'atteindre, dans le double intérêt de la science et de l'humanité.

Placé dans des conditions assez favorables pour faire l'étude de cette mystérieuse affection, j'ai pu me former sur son compte, un certain nombre de vues, différant plus ou moins sensiblement de celles qui ont actuellement cours dans la science : il m'a été également donné d'observer diverses

manifestations morbides, non encore signalées par les auteurs qui ont écrit avant moi sur l'albuminurie. Plusieurs essais, sur la matière, ont déjà été publiés par moi, dans la *Gazette des Hôpitaux*, dans l'*Abeille médicale*, ainsi que dans l'*Union médicale*. En attendant qu'il me soit donné de faire paraître une œuvre plus étendue, un ouvrage d'ensemble sur cet important sujet, je me propose aujourd'hui d'aborder un nouveau point circonscrit de l'histoire de cette affection.

Je vais entrer dans quelques considérations sur l'albuminurie liée à l'état de gestation. Peut-être trouvera-t-on que les matériaux dont j'ai pu disposer pour la rédaction de ce travail sont bien peu considérables. Je n'ai été en demeure, en effet, de donner des soins qu'à 8 femmes gravides, atteintes de cette affection ! Mais que les lecteurs de cet estimable journal veuillent bien mettre en note que je n'ai pas recueilli moins de 38 observations d'albuminurie. Or, que cette névrose se développe dans l'état de vacuité ou dans celui de gestation, son essence n'en est pas moins la même. A part quelques particularités, propres à cette dernière condition, cette entité morbide n'en demeure pas moins une et identique. Je crois donc les matériaux dont je puis disposer suffisants pour me permettre de traiter ce sujet avec quelqu'autorité. J'ajouterai que je dois à l'obligeance d'un honorable et habile confrère de ma localité, M. le docteur Hatton, la connaissance de cinq autres faits, qu'il a bien voulu me communiquer. Ce supplément porte donc à 13, le nombre des observations qui m'ont servi pour l'édification de ce travail.

Comme les faits relatifs à une affection, encore si enveloppée de mystères, présentent toujours un nouvel intérêt, et que plusieurs de ceux que j'ai pu recueillir ne sont pas sans offrir quelques particularités remarquables, je crois convenable de les esquisser tout d'abord à grands traits, en ayant soin de ne faire que glisser sur le compte de ceux qui ne se signalent par aucune circonstance particulièrement digne d'être notée.

Observation I (1). Femme Marchand : Primipare : infiltration considérable. Accouchement physiologique, au terme de huit mois et demi, le 18 janvier 1857. Enfant vivant. Hydropéritonie notable, jugée par une abondante diurèse. Le 2 février, les urines sont troubles non albumineuses. Le 12 de ce même mois, au moment où la convalescence affecte la marche la plus franche, surviennent de formidables accidents cérébraux. Coma profond; stertor; paralysie *du seul mouvement*, de tout le côté droit, ainsi que du facial du même côté. Guérison progressive parfaite.

Observation II. Mme B. primipare. Infiltration médiocre datant de un mois. Non à terme. convulsions violentes suivies de coma, le 4 mars 1858. Invasion des accidents cérébraux à 2 heures de l'après-midi. Saignée abondante, grand bain, etc. Aucun amendement n'étant obtenu, les bruits fœtaux cessent d'être perçus, l'accouchement forcé est décidé, à 1 heure du matin. Pour l'effectuer au moindre détriment de la mère, la perforation du crâne est pratiquée : le col, ne présentant pas tout le degré de dilatabilité nécessaire, est incisé en deux endroits, et la délivrance est obtenue. A partir de ce moment, les accès convulsifs cessent de se reproduire. Le coma, toutefois, a persisté jusqu'au milieu de la nuit du 6 au 7. Sa durée a été de 58 heures, environ. Péritonite légère consécutive. Mort le 10, à 8 heures du matin. La terminaison funeste me semble la conséquence des accidents comato-convulsifs, bien plutôt que de l'affection péritonitique, véritablement encore peu sérieuse, au moment même de la mort de la malade.

Observation III (2). Femme Cornuau, primipare, non infiltrée; grossesse de 8 mois. Convulsions violentes survenues le 5 octobre 1859, à 4 heures du soir. Insuccès de la médi-

(1) Cette observation a été publiée, avec commentaires, dans la *Gazette des hôpitaux* 1859, n° 127.

(2) Observation rapportée avec commentaires *in Gaz. des hôp.* 1860 n° 22.

cation la plus énergique. Le col, insuffisamment dilaté, ne permet point de tenter l'accouchement par la version pelvienne, ou l'application du forceps. Les battements fœtaux cessent enfin de se faire entendre.

L'état comato-convulsif persistant, sans la moindre rémission, depuis 22 heures, la perforation du crâne est effectuée, le col incisé en deux endroits, et la délivrance est obtenue. A partir de ce moment, les convulsions cessent de se reproduire, et la malade recouvre sa connaissance le soir même à 11 heures. Délire nerveux, toux spasmodique, paralysie de la vessie. Guérison.

Observation IV. Femme Yron; primipare : très-infiltrée. Terme de 8 mois. L'état comateux se déclara dans la nuit du 9 au 10 juillet 1860, à 2 heures du matin. Trois convulsions violentes, en tout, dont la dernière se déclare le 11, à 3 heures du soir. Inefficacité du traitement le plus énergique. La dilatation du col est tentée. On ne peut obtenir un effacement de plus de 0m., 03 à peine. L'enfant a cessé de vivre, et il est impossible d'effectuer la délivrance. Tous les moyens employés pour combattre l'état comateux échouent, et la malade succombe à 7 heures et demie du soir, le 11 juillet, après un coma de 41 heures.

Observation V. Femme Breteau, primipare. Infiltrée depuis trois semaines. Accouchement rapide. Enfant vivant. Convulsion unique, une demi heure après la délivrance. Accident sans aucune suite sérieuse.

Observation VI. (Observation communiquée par M. Hatton). Femme B. accouchement avant terme d'un enfant mort. Accidents comateux, qui emportent la mère, 15 jours après la délivrance.

Observation VII. Femme Rose (1) enceinte pour la troisième fois : terme de 5 mois. Monstrueusement infiltrée. Convulsions le 7 septembre 1858. Le traitement institué fait justice

(1) Observation publiée dans le n° du 27 mai 1859 de la *Gazette hebdomadaire*.

des accidents cérébraux; mais survient un œdème pulmonaire, qui menace de déterminer l'asphyxie. Accouchement provoqué à l'aide des douches vagino-utérines. Accouchement physiologique le 13 septembre : expulsion d'un fœtus mort. Mais l'intervention de l'art avait été trop tard réclamée; cette malheureuse femme a fini, après d'indicibles souffrances, par succomber le 31 juillet 1859.

Observations VIII, IX, X, XI. Ces observations, communiquées par mon honoré confrère, ont entre elles ce point de parité, qu'elles sont toutes relatives aux accidents occasionnés par l'œdème pulmonaire : 1° Mme L., de Saint-Georges, accouche avant terme, et sous le coup d'une suffocation imminente, d'un enfant mort. Cet effort de la nature, effectué si à propos, assure son salut; 2° Mme C. mêmes conditions. Mon habile confrère, appelé en consultation, propose l'accouchement provoqué, qui n'est pas accepté par le médecin traitant. A quelques jours de là, accouchement spontané d'un fœtus mort. La malade succombe au bout de 24 heures; 3° et 4° Accidents orthopnéiques intenses. Accouchement spontané, dans un cas, d'un fœtus mort et non à terme; dans le second de deux jumeaux vivants, qui ne tardent pas à succomber. Mort des deux malades, quelques jours après l'accouchement.

Observation XII. Femme Laumailler, primipare; à terme. Infiltration considérable. 13 février 1858. Convulsions légères. Le 16, accouchement facile d'un fœtus mort. Paralysie de la vessie. Développement d'une pneumatose intestinale considérable; refoulement en haut du diaphragme : asphyxie imminente. Ponction de l'intestin avec un trocart capillaire; évacuation de produits gazeux, qui se dégagent en sifflant; tentative insuffisante. Il existe également un épanchement péritonéal assez abondant. Dans d'aussi graves conjonctures, je désire tenter de ce côté un dernier et suprême effort. Deuxième ponction avec un gros trocart; à peine un quart de verre de sérosité est-il évacué sur la canule, que survient une syncope mortelle, 19 février 1858.

Observation XIII. Femme Morin(1).cinq grossesses antérieures, grossesse hydatique. Guérison rapide de la névrose albuminurrhéique, après l'expulsion du produit vicié de la conception.

Ces observations, esquissées à grands traits, entrons enfin dans le cœur de la question. Occupons-nous d'abord de la pathogénie de l'albuminurie, de la grossesse.

§ 2. PATHOGÉNIE.

Deux opinions sont en présence. Les uns attribuent cette affection à une cause toute mécanique, à savoir : la compression des veines iliaques et du tronc de la veine cave par le globe utérin. Cet obstacle à la circulation a pour effet de déterminer la congestion, voire même l'inflammation des reins. Pour que cette doctrine eût quelque valeur, il faudrait de toute nécessité qu'elle fût appliquable à toutes les périodes de la grossesse. Or, peut-on admettre une gêne de la circulation dans les veines rénales, occasionnée par une distension de l'utérus, alors que cet organe est encore plongé dans les profondeurs de l'excavation pelvienne ? (2). Dans l'albuminurie, du reste, ce n'est point dans le rein qu'il convient d'aller chercher le siége primitif du mal. J'ai étayé cette assertion sur des preuves nombreuses et convainquantes, dans un mémoire sur la *véritable nature de l'albuminurie*, recemment soumis à la haute sanction de l'Académie de médecine (3). Ce n'est point ici le lieu de revenir sur ce sujet. Je me contenterai de rappeler un argument qui ruine sans retour une telle doctrine ; c'est que, dans bons nombres de cas, on a trouvé parfaitement sains les reins de sujets ayant excrété des urines albumineuses. Du reste, pour

(1) Observation publiée dans le n° 124 de la *Gaz. des hôp.* 1858

(2) Rappellerai-je que les affections kystiques des ovaires, si propres souvent à mettre obstacle à la liberté de la circulation abdominale, n'engendrent que fort exceptionnellement la névrose albuminogénique ?

(3) Voir le compte rendu de la séance du 2 octobre 1860.

couper court à toute objection, je rappellerai même que les recherches microscopiques de B. Bell, de Wilks, de Busham, etc. nel eur ont permis, chez plusieurs malades, de découvrir aucune matière provenant de la desquamation des tubes urinifères. Les partisans de la localisation rénale prennent évidemment l'effet pour la cause.

Une autre doctrine, beaucoup plus rationnelle assurément, place dans le sang, modifié dans sa composition, la véritable raison de cette affection. Cette manière de voir se rapproche quelque peu de la vérité; mais elle est loin de trancher encore la question. Le fluide nourricier a subi des modifications particulières; il y a des troubles évidents de la nutrition; mais quelle est la cause première de ces désordres ? Il va de soi-même que, de même que les lésions rénales, ce ne sont là que des effets secondaires. Où donc trouver le siége primitif du mal ? Où placer la protopathie ?

Je crois être parvenu à démontrer, dans le mémoire précédemment cité, que l'albuminurie n'était autre chose qu'une névrose du système nerveux central cérébro-spinal et ganglionnaire, présentant avec la glycosurie les analogies les plus marquées. J'ai démontré que le phénomène albuminurique était régi par l'innervation pervertie de l'axe cérébro-spinal, et que les divers troubles de la nutrition et des sécrétions dépendaient essentiellement de la déviation de l'influx nerveux ganglionnaire. On pourra d'ailleurs consulter deux essais publiés dans l'*Abeille médicale*, et dans lesquels se trouvent exposées un certain nombre de vues motivées, sur cette double assertion (1). Pour éviter des redites inutiles, je poursuis.

Ce fait admis, que l'albuminurie est une névrose du système nerveux central, est-il rien de plus facile que de s'expliquer son extrême fréquence dans l'état de gestation ? La grossesse n'est-elle pas la condition la plus favorable au dé-

(1) De l'hydropéritonie albuminurique n° 27 et 28 de cette année
Essai sur les convulsions albumines n° 35, 36, 37 et 38 id.

veloppement des accidents nerveux de toutes sortes ? A peine la femme a-t-elle conçu, qu'elle est fatalement exposée à toutes les misères de cette nature. C'est que aucun état n'est plus fait pour troubler la modalité du névro-système; aussi, lorsque l'on vient à parcourir le vaste champ des affections nerveuses, qui peuvent marquer le cours de la gestation, on a véritablement lieu de s'apitoyer sur la triste destinée de la compagne de l'homme ! Je ne ferai que signaler les accidents si variés auxquels elle est fatalement exposée, dans cette période vraiment critique de sa vie. Vomissements, trop souvent incoercibles; pica, malaises; insomnies; impressions sensoriales exagérées, perverties; anesthésie, hyperesthésie de l'utérus; accidents hystériques divers; vésanie; épilepsie; paralysies diverses, etc. J'ai rapporté, moi-même, un fait très remarquable d'un état nerveux général, ayant déterminé la mort (1). Est-il donc difficile, après ce triste, mais véridique tableau, de concevoir qu'une perturbation vitale puisse, dans certaines conditions, porter, de préférence, sur le système nerveux central, et engendrer la névrose albuminurrhéique ?

En résumé, la pathogénie de l'albuminurie de la grossesse se réduit à ceci. Conception : perturbation profonde apportée dans la modalité du système nerveux central. D'où albuminurie et perversion des diverses fonctions de la vie organique. Je ne raisonne sur aucune hypothèse; j'ai étudié, analysé les faits, et, après quatre années de recherches et de méditation, j'ai cru arriver à en trouver l'explication, à l'aide des données physiologiques les plus élémentaires. Me suis-je abusé moi-même ? C'est ce dont jugera, avec toute connaissance de cause, la docte compagnie à la sanction de laquelle a été soumis mon travail sur la matière. Mais passons à une autre question, et occupons-nous actuellement des accidents engendrés par l'albuminurie liée à la grossesse.

(1) *In Gaz. des hôp.* 1857 n° 111.

§. 3. ACCIDENTS ALBUMINURIQUES.

Ces accidents peuvent se développer durant le cours de la gestation; pendant l'accouchement; consécutivement, enfin, à la délivrance.

Je commencerai par faire ressortir, des observations relatées plus haut, deux faits signalés, du reste, depuis longtemps déjà. Lorsque l'albuminurie présente un certain cachet de gravité, il est rare que l'accouchement s'effectue à son terme physiologique. Dans ces mêmes conditions, l'existence du fœtus est presque toujours compromise. Pour ne parler que des faits précédemment relatés, on a pu voir que dix enfants sur douze ont succombé (1). C'est là assurément un argument sérieux, dont il convient de tenir grandement compte, alors que les jours de la mère sont gravement menacés.

A en juger par les faits qui précèdent, la délivrance est loin de juger toujours heureusement la maladie. C'est en effet, consécutivement à l'accouchement que la terminaison funeste a été la plus fréquente. C'est ainsi que je trouve six cas de mort, dans cette dernière condition, tandis que je n'en ai eu qu'un seul à enregistrer, avant l'établissement du travail (obs. IV). Encore devrais-je porter à 7 le chiffre de la première catégorie, car la femme Rose (obs. VII), bien qu'ayant succombé à une époque assez éloignée de l'accouchement, n'en a pas moins été victime d'une affection occasionnée par le seul fait de la grossesse.

Du reste, cette particularité se conçoit aisément. Le produit de la conception est généralement trop tard expulsé de l'organe gestateur. La maladie a déjà jeté dans l'économie de profondes racines. L'organisme entre, par une soudaine

(1) La femme B. (obs. V) a bien mis au monde un enfant vivant. Mais ce fait ne saurait rester dans la même catégorie que les précédents, le cours de la grossesse n'ayant été marqué par aucun accident de quelque gravité.

délivrance, sans aucune transition, dans de nouvelles conditions. Tout l'équilibre du système nerveux est troublé, et par le fait des contractions expultrices de l'utérus, et par la modalité anormale consécutive des plexus divers de cet organe : de là, la mise en jeu presqu'inévitable de l'action reflexe, avec toutes ses conséquences possibles. Ajoutez à toutes ces causes l'état de puerpéralité, et vous aurez la raison manifeste des accidents si variés, qui peuvent survenir consécutivement à l'accouchement.

Pour ce qui est de ceux qui se déclarent durant le cours du travail lui-même, ils semblent beaucoup plus rares, puisqu'ils ne se sont produits dans aucun des 13 cas que j'ai relatés. Mais ils n'en sont pas moins pour cela possibles et redoutables. M. Depaul raconte qu'il a ainsi perdu sa première accouchée, emportée dans un unique accès d'éclampsie. Ce fait est assurément loin d'être l'unique dans la science. Les accidents de cette nature me semblent dépendre uniquement de l'incitation de l'action reflexe, occasionnée par les douleurs de l'accouchement.

Que les accidents albuminuriques, d'ailleurs, se déclarent avant, durant le travail, ou consécutivement à la délivrance, on peut les repartir en trois catégories. Dans une première se rangent les manifestations qui ont pour point de départ le système nerveux central. A cette série appartiennent les sept premières observations, que j'ai à dessein rapprochées. Dans une seconde catégorie se trouvent cinq cas, dans lesquels se sont produits de graves accidents, tenant à l'infiltration séreuse des poumons (obs. VII, VIII, IX, X, XI). A la dernière catégorie, enfin, se rapporte un seul cas, relatif à une pneumatose intestinale promptement mortelle.

Quelques mots maintenant sur chacune de ces trois espèces de manifestations morbides.

1° *Accidents cérébraux.* Ils peuvent être avec ou sans matière; c'est-à-dire qu'ils peuvent être occasionnés par la production d'un épanchement séreux encéphalique, ou dépendre d'une cause purement dynamique. C'est ainsi que

je serais assez porté à rapporter à la première catégorie les accidents signalés dans les observations I, IV et VI, tandis que ceux qui ont trait aux observations II, III, V, VII (accidents primordiaux) et XII, appartiennent évidemment à la seconde.

On me dira, pour ce qui est de la première proposition, que ce ne sont là que des suppositions toutes gratuites, aucune autopsie n'ayant été pratiquée. A notre époque en effet, on croit moins aux apoplexies séreuses, vu que la boîte crânienne semble avoir une véritable *horreur du vide*. C'est là, dans tous les cas, répondre à une supposition par un argument d'un même ordre ; et je ne vois pas pourquoi, dans une maladie qui se caractérise par des troubles si généraux de sécrétion, on n'admettrait pas une exhalation séreuse des membranes encéphaliques, au même titre que celle des autres membranes séreuses et du tissu cellulaire.

Pour ce qui est de l'explication des phénomènes convulsifs eux-mêmes, plusieurs théories sont en présence.

Dans une première manière de voir, le sang, altéré dans sa composition, est doué d'une excitabilité anomale. Les centres nerveux se trouvent par là impressionnés d'une façon fâcheuse : de là les convulsions. Il est aisé de s'apercevoir aussitôt de tout ce qu'a de spécieux une telle théorie. Il existe, en effet, une foule de conditions morbides caractérisées par des altérations du sang, à peu près analogues à celles de l'albuminurie, et dans lesquelles ne se produisent point les phénomènes convulsifs.

Une autre doctrine, formulée pour la première fois par Wilson, et qui compte encore aujourd'hui parmi les autorités scientifiques de tous les pays un grand nombre d'adeptes, c'est celle de l'urémie, ou de sa dérivée, l'ammoniémie. Je l'ai exposée avec quelques détails, et refutée dans mon Essai sur les convulsions albuminuriques (1) : je n'y reviendrai donc pas ici. Je ferai remarquer, seulement, que je ne

(1) Abeille médicale.

conçois pas la peine que l'on s'est donnée pour créer de toutes pièces de semblables théories, alors que l'explication des accidents cérébraux se présente si naturellement à l'esprit. Voyez ce sujet atteint, de la façon la plus inopinée, d'une attaque d'épilepsie : voyez cette femme subitement exposée aux accidents hystériques les plus effrayants. Invoquerez-vous, pour rendre compte de ces accès, une intoxication urémique ou ammoniémique qui n'existe point?

Voilà une femme, *non albuminurique*, qui est prise inopinément, durant le cours du travail de la parturition, ou consécutivement à l'accomplissement de cet acte physiologique, d'une violente attaque d'éclampsie. Mettrez-vous sur le compte d'une intoxication urémique, dont cette femme n'est évidemment point atteinte, le développement des manifestations névrosiques?

Voici un autre sujet, affecté depuis un nombre d'années illimité d'une albuminurie latente. Soudain il tombe, sidéré par l'explosion inopinée des accidents cérébraux les plus terribles. Invoquera-t-on, pour rendre compte de cette catastrophe, une altération subite du sang, une intoxication urémique, dont rien jusqu'au moment fatal n'a traduit l'existence? L'expliquera-t-on davantage par un épanchement cérébral, non révélé par l'autopsie?

Non, ces divers accidents sont identiques dans leur essence. Il n'a fallu, chez tous ces sujets, affectés d'une prédisposition congéniale ou acquise aux manifestations cérébrales, qu'une étincelle, que la mise en jeu de l'action réflexe, pour les déchaîner. La cause la plus minime absolument parlant, suffit pour cet effet. C'est ainsi, pour ne parler que de l'albuminurie de la grossesse ; c'est ainsi, dis je, que je crois, pour mon compte, que les mouvements actifs du fœtus suffisent souvent pour donner lieu aux attaques d'éclampsie. La preuve, c'est qu'il est assez ordinaire de voir se calmer ces dernières, aussitôt que le fœtus a cessé d'exister. Il en fut ainsi, chez la femme Rose (obs. VII). Peut-être est-ce à cette cause que l'on doit attribuer le peu d'intensité des phénomènes convul-

sifs chez la femme Laumailler, (obs. XII) voire même chez la femme Yron (obs. IV.), dont les fruits étaient manifestement privés de vie au moment où mon intervention fut réclamée?

M. Mattei parle d'un cas (1) dans lequel les convulsions s'arrêtèrent après la mort de l'enfant, qui ne fut expulsé qu'au bout d'un mois. Des faits de cette nature ne sont sans doute pas sans analogues, dans les annales de la science.

Est-il d'ailleurs des conditions plus propres que l'état de gestation et celui de puerpéralité, à provoquer l'explosion des accidents nerveux? Que l'on se rappelle, en effet, l'organisation même de la femme, si éminemment caractérisée déjà par la grande mobilité et l'extrême susceptibilité du névro-système; que l'on tienne compte de la modalité toute spéciale du système utérin, avec ses connexions, ses sympathies si intimes avec le grand axe nerveux; que l'on considère l'ébranlement considérable que doivent nécessairement imprimer à ce dernier les dépenses excessives de l'influx nerveux, indispensable pour la perpétration du travail de la parturition; que l'on songe à la modalité toute nouvelle de l'organe gestateur après sa déplétion, et l'on pourra, je crois, expliquer d'une façon toute physiologique, et sans recourir à aucune hypothèse risquée, les divers accidents nerveux qui marquent le cours de la grossesse, le moment du travail, et les suites de la délivrance.

Je n'ai plus que deux mots à dire sur une autre doctrine, celle de M. Marchal (de Calvi). Ce savant praticien attribue les accidents cérébraux, en général, à la compression cérébrale, par le fait d'une exsudation séreuse encéphalique. Cette opinion ne pèche qu'en ce qu'elle est trop exclusive. Le plus fréquemment, en effet, la nécropsie n'a révélé l'existence d'aucune collection ventriculaire ou sous-arachnoïdienne.

Les accidents convulsifs se font remarquer beaucoup plus fréquemment avant qu'après la délivrance. C'est ainsi qu'ils

(1) Bulletin de la société de médecine pratique, 1859, p. 5.

se sont produits cinq fois dans la première condition (obs. II, III, IV, VII, XII), et une fois seulement dans la seconde (obs. V). N'aurait-on pas lieu de se fonder, encore une fois sur cette remarque, pour établir l'influence manifeste des mouvements actifs du fœtus, sur la production des accidents éclamptiques ?

On a attribué à la rétention d'une portion de l'arrière-faix dans la cavité utérine, ainsi qu'à la non-expulsion hors de cet organe de quelque coagulum sanguin, la production des accidents convulsifs consécutifs à la délivrance. Sans dénier toute valeur à un tel ordre de causes, j'avoue que je suis porté à les attribuer plus volontiers à la modalité nouvelle affectée, sans transition, par le système utérin. Il faut bien avouer qu'aucune condition n'est apte à mettre plus puissamment en jeu l'action réflexe.

Il était intéressant d'étudier l'influence exercée, par les accidents cérébraux sur le phénomène albuminurique. Malheureusement, des difficultés de plus d'une sorte m'ont empêché, jusqu'ici, de faire à ce point de vue toutes les expériences que j'aurais voulu entreprendre. Les urines, dans ces conditions, sont souvent involontaires. Trop fréquemment aussi, dans la pratique rurale, on est appelé, auprès des malades, au moment même des accidents ; ceux-ci dissipés, l'homme de l'art n'est pas toujours mis en demeure d'en étudier les suites.

Les données que j'ai pu recueillir, à ce point de vue, sont donc actuellement restreintes. En attendant toutefois que des circonstances plus favorables me permettent de les compléter, je n'en vais pas moins exposer les résultats de mes nombreuses recherches.

Je pus obtenir, le 5 octobre 1859, à l'aide de l'algalie, un échantillon d'urine chez la femme Cosmeau, après cinq convulsions violentes, suivies de coma. Cette urine, traitée dans mon albuminomètre (1), par l'acide nitrique, me fournit un

(1) V. *Gaz. des hôp.*, n° 124, 1858.

précipité albumineux très-élevé, et marquant 0,06. Je noterai incidemment qu'une nouvelle analyse, effectuée quatre jours après l'accouchement, ne fournit plus, au point de vue de l'albumine, que des données complètement négatives. (Obs. III).

Je ne puis obtenir aucun échantillon d'urine chez madame Rose qu'après la septième convulsion, et un coma de 26 heures. Le précipité albumineux marqua 0^m,046 à mon albuminomètre. L'accouchement, provoqué par les douches utéro-vaginales, s'effectua à quatre jours de là. Le lendemain de la délivrance, la hauteur du dépôt était réduite à 0^m,03; le surlendemain elle ne marquait plus que 0^m,024 malheureusement, l'avenir ne me le prouva que trop, les secours de l'art avaient été administrés trop tardivement à cette pauvre femme. L'albuminurie passée à l'état chronique, finit par entraîner une terminaison funeste. J'ai pu entreprendre, durant cette longue et éternelle maladie, un grand nombre d'analyses albuminométriques. La hauteur moyenne des dépôts albumineux a été de 0^m,025; elle s'est élevée très-passagèrement à 0^m,055; 0^m,072 et même 0^m,10. Le phénomène albuminurrhie d'ailleurs, quantitativement parlant, et je dirai plus loin dans quelles circonstances, ne présente aucune valeur, au point de vue du pronostic. En somme et à ce point de vue, c'est une manifestation toute relative et individuelle. (Obs. VII).

J'ai recueilli une petite quantité d'urine chez la femme Yrois, le 11 juillet dernier, après un coma de 12 heures, et trois convulsions peu violentes. Le précipité albumineux n'a accusé que 0_m,058 d'élévation. (obs. IV).

Chez la femme Breteau, enfin, (obs. V), je n'ai pu me procurer de son urine que le lendemain de son accouchement. Cette excrétion ne contenait plus déjà que des traces d'albumine; 0_m,002.

S'il était permis de tirer quelques déductions d'un nombre de faits aussi restreint, on en conclurait que les proportions

de l'excrétion albumineuse urinaire sont subordonnées à l'intensité des phénomènes cérébraux.

Cette manière de voir, d'ailleurs, est légitimée par un certain nombre de preuves dont il ne convient point de traiter ici avec quelques détails, et qui témoignent suffisamment que l'abondance du précipité albumineux est en raison directe de la somme de dépense de l'innervation cérébro-spinale. C'est ainsi que, chez la femme Pioget, j'ai vu le simple accomplissement des fonctions de la vie de relation déterminer une élévation comparative de 0m,034 du précipité albumineux. (*La suite au prochain cahier*).

DIÈTE RESPIRATOIRE

Lettre de M. le professeur GUIBOURT, concernant l'action des émanations du goudron sur l'oxygène de l'air.

On se rappelle que M. Sales-Girons a annoncé un fait chimique sur lequel même il fonde sa théorie nouvelle de la Diète de respiration, et contre lequel M. le professeur Guibourt crut devoir s'inscrire devant l'Académie. Mieux éclairé par de nouvelles expériences, l'éminent professeur vient reconnaître qu'il avait été trompé par la mauvaise qualité du goudron dont il s'était servi, et il regarde comme un devoir de rectifier devant la même Académie sa première opinion. Voici la lettre que dans sa loyauté scientifique, M. Guibourt écrit à cet effet à M. le Président, dans la séance du 26 mars dernier. *N. du Réd.*

« Monsieur le Président,

« Dans la séance du 2 janvier dernier l'honorable M. Bouillaud, vice président, a fait un rapport, sur un Mémoire de M. le docteur Sales-Girons, relatif à l'emploi thérapeutique de l'air modifié par la vapeur du goudron (Diète respiratoire).

« Dans la séance suivante, j'ai exposé le résultat d'une expérience contraire à l'admission du fait énoncé dans ce mémoire, savoir, *que l'émanation odorante du goudron avait la propriété de modifier l'action de l'air sur le phosphore.*

« Depuis cette époque, deux réclamations favorables au fait annoncé par M. Sales-Girons, ont été adressées à l'Académie : l'une par M. Jeannel, professeur de chimie à l'Ecole de médecine de Bordeaux ; l'autre par M. Deschamps-d'Avalon, pharmacien à la maison d'aliénés de Saint-Maurice.

Ces deux notes m'ayant été remises pour en faire l'examen, j'avais l'intention, aussitôt que d'autres occupations me l'auraient permis, de prier l'Académie de m'adjoindre deux autres de ses membres ; mais cette adjonction est devenue superflue par suite d'une réclamation faite dans le même sens, par M. Adrian, pharmacien de Paris, à la Société de pharmacie. Là, j'ai demandé que MM. Adrian et Deschamps voulussent bien se réunir à moi pour répéter leurs expériences.

Les résultats se trouvant favorables à M. Sales-Girons, je ne dois pas tarder à en instruire l'Académie. Le fait le plus simple et le plus frappant expérimenté par M. Deschamps, consiste à mettre au fond d'un bocal à moyenne ouverture une couche de goudron ; on ferme le vase avec un bouchon de liége et quand on juge que l'air intérieur est saturé de l'odeur, on ouvre le bocal et on y descend lentement un morceau de phosphore suspendu au bout d'un fil. La vapeur nébuleuse qui se produit dans l'air autour du phosphore et la lumière qu'il émet dans l'obscurité, cessent complètement à une certaine profondeur du bocal et avant qu'il soit très rapproché du goudron. La production de ce fait n'exige pas que le bocal soit fermé par le haut.

L'expérience de M. Adrian consiste à mettre dans un flacon à deux tubulures fermé et muni de deux tubes, une certaine quantité de goudron. Quand on juge que l'air est saturé, on introduit de l'eau par l'un des tubes et l'on conduit par l'autre l'air goudronné dans une cloche où l'on introduit ensuite un bâton de phosphore. Une première fois l'expérience n'a pas réussi, sans doute à cause de la saturation incomplète de l'air, mais elle a réussi deux autres fois. Alors

le phosphore n'a émis aucune lumière dans l'obscurité et n'a causé aucune diminution dans le volume de l'air. Le contraire avait lieu avait lieu avec de l'air non goudronné.

Il me reste à expliquer comment j'étais arrivé à un résultat opposé. Le 8 janvier, n'ayant pas d'autre goudron sous la main, j'ai opéré avec celui qui existe depuis longtemps dans le droguier de l'Ecole de pharmacie. Cette dernière fois, pensant que l'ancienneté du produit avait pu nuire au résultat de l'expérience je m'étais pourvu d'un goudron récent dont l'effet a été conforme à ceux qui viennent d'être exposés. Une cloche étant posée sur une assiette, avec un papier enduit de goudron à l'intérieur, un morceau de phosphore introduit sous la cloche n'y a produit aucune vapeur nébuleuse et est resté complètement invisible dans l'obscurité.

J'adresse à l'Académie les deux goudrons qui m'ont servi: l'ancien est d'un brun si foncé qu'il en paraît noir; il est assez consistant pour ne pas couler immédiatement quand on renverse le vase qui le contient; son odeur est toujours forte, mais dépourvue d'âcreté. Le goudron récent est brun, opaque, très coulant, d'une odeur beaucoup plus forte et qui irrite les narines. Il est certain qu'il doit fournir à l'air beaucoup plus de principes volatils que le premier.

En résumé, en opérant avec du goudron végétal *récent*, on ne peut contester le fait annoncé par M. Sales-Girons: l'émanation odorante du goudron modifie en l'atténuant l'action de l'air sur le phosphore.

Veuillez agréer, Monsieur le président l'assurance de mon dévouement.

G. Guibourt.

Paris, 22 mars 1861.

NOTE
SUR LE LINGE ET LA CHARPIE COALTÉS,

DANS LE TRAITEMENT DES PLAIES ET PRINCIPALEMENT DE CELLES QUI PROVIENNENT DES GRANDES OPÉRATIONS CHIRURGICALES,

Par M. le Docteur DEMEAUX,

suivie d'une correspondance avec M. Sales-Girons sur la théorie de la désinfection par le coaltar.

Au mois de juillet 1858, dans le cours d'une discussion qui avait lieu au sein de l'Académie de médecine, à l'occasion de la poudre de *plâtre coalté*, M. Michel Lévy exprimait le vœu qu'on pût trouver un mode de pansement des plaies qui, tout en conservant la propriété d'absorber les liquides, les sécrétions morbides, fût en même temps désinfectant, et permît ainsi de ne renouveler les appareils qu'à de longs intervalles.

La communication que j'ai l'honneur d'adresser aujourd'hui à l'Académie me paraît répondre à ce besoin, et le moyen que je propose remplit parfaitement les deux indications signalées par l'illustre professeur du Val-de-Grâce. Ce moyen est d'ailleurs d'un emploi si facile qu'il sera adopté, j'en ai la confiance, avec empressement non-seulement pour la chirurgie militaire, mais aussi pour la chirurgie des hôpitaux civils, et même pour la pratique privée.

Dans une communication qui a été faite à l'Académie des sciences par M. le professeur Velpeau, dans la séance du 17 décembre dernier, j'ai donné la formule de la teinture alcoolique de coaltar avec addition de savon, et en même temps celle d'un produit qui, une fois refroidi, a la consistance d'un savon mou, très-soluble dans l'eau, et composé par parties égales de coaltar, d'alcool et de savon ordinaire; je désignerai ce produit sous le nom de *coaltar saponifié*.

Ces deux produits peuvent servir l'un et l'autre à préparer le linge et la charpie coaltés; je donne la préférence à ce dernier, parce qu'il contient une plus grande proportion de coaltar que la teinture alcoolique la plus concentrée.

Préparation du linge et de la charpie coaltés.

Coaltar saponifié. . . . . 100 grammes.
Eau ordinaire. . . . . 500 —

Faites dissoudre.

Vieux linge . . . . . 1 kilo.

Trempez dans la solution ci dessus pendant quelques minutes, exprimez et faites sécher.

On peut concentrer ou étendre la solution à volonté.

Le linge ainsi préparé prend une couleur jaune paille.

Réduisez le linge en bandes, en compresses, en charpie, vous obtenez ainsi toutes les pièces d'appareil nécessaires pour le pansement d'une plaie, imprégnées de la solution coaltée, possédant comme le linge blanc, et au même degré, la souplesse, la facilité dans l'application, la propriété d'absorber le produit des sécrétions morbides.

Le linge coalté agit en outre comme désinfectant ; non-seulement il prévient les émanations fétides qui deviennent désagréables et insalubres pour les malades, qui vicient l'air des salles de chirurgie, mais encore il empêche la décomposition des liquides, et préserve la surface des plaies de cette influence délétère, en constituant autour d'elles une atmosphère *médicamenteuse*, si je puis m'exprimer ainsi. Par l'emploi de ce mode de pansement, on verra diminuer, j'en suis convaincu, le nombre et la gravité de ces accidents formidables qu'on voit survenir si souvent à la suite des grandes opérations chirurgicales, des plaies contuses, des lésions produites par les armes à feu, surtout dans les hôpitaux ou dans les ambulances, lorsqu'il y a encombrement de blessés. Par l'emploi de ce moyen, la pourriture d'hôpital sera bien plus rare, si toutefois elle n'est pas empêchée d'une manière absolue, et l'infection purulente s'observera moins souvent, j'en ai la conviction.

Les assertions que j'ai émises dans cette note ne sont pas seulement basées sur l'induction, elles sont sanctionnées par l'expérience et confirmées par les faits. Depuis quelques semaines, j'ai pansé des plaies avec le *linge* et la *charpie coaltés*; tout récemment même j'ai eu à traiter une vaste plaie de la

jambe provenant d'une morsure, avec mortification des tissus contusionnés et déchirés, et je dois déclarer que le résultat a dépassé mes prévisions et mes espérances.

A l'appui de mes propositions, je rappellerai les expériences de M. Burdel (de Vierzon), qui a démontré de la manière la plus précise : 1° que l'air infecté de miasmes ne contenait pas d'ozone ; 2° que l'ozone reparaissait dans ce même milieu sous l'influence des émanations de coaltar; et enfin celles de M. Lemaire, qui a vu s'arrêter et se produire à volonté la formation du pus sous l'influence d'un topique coalté.

Ce mode de pansement, après les opérations et les vastes plaies, permet de laisser en place le premier appareil pendant quatre et six jours sans que la moindre odeur fétide se produise, le préserve des mouches et de l'invasion des vers, accident plus dégoûtant que grave peut-être, et qu'on observe assez fréquemment dans les pays chauds pendant les fortes chaleurs de l'été, malgré les soins de propreté les mieux entendus.

En proposant le mode de pansement qui fait l'objet de ce travail, je n'entends pas repousser de la pratique l'emploi de l'émulsion de coaltar, que je considère au contraire comme un précieux médicament, et qui d'ailleurs a rendu de grands services jusqu'à ce jour; j'ajouterai même que dans un grand nombre de cas, ces deux moyens pourront avec avantage être employés simultanément; mais il ne faut pas se dissimuler que l'usage d'un topique liquide, quand il n'est pas urgent, présente toujours des inconvénients sérieux.

Correspondance touchant la théorie de la désinfection des plaies par le coaltar et ses préparations.

Lettre de M. Sales-Girons à M. le docteur Demeaux.

Monsieur et très-honoré confrère,

Dans une dernière communication faite à l'Académie de médecine, vous pensez expliquer le bon effet du coaltar sur les plaies par la formation d'une *atmosphère médicamenteuse* que produirait cette substance par ses émanations autour des lésions. Cette atmosphère est réelle et vous êtes dans votre droit en affirmant son existence.

Mais, expliquant l'essence et l'action de cette atmosphère médicamenteuse, vous dites, fondé sur les expériences de M. Burdel, de Vierzon, que c'est en produisant l'ozone dans cette atmosphère que le coaltar doit agir en bien sur le milieu ambiant des plaies.

Permettez-moi, monsieur, de vous dire que mon explication toute différente, sinon toute opposée, me paraît plus conforme aux données actuelles de la science.

Les plaies sont *indignées*, passez-moi ce vieux mot, par l'effet de l'oxygène atmosphérique, l'agent de toute putréfaction organique. Or l'ozone, qu'est-ce à l'égard de l'organisme, sinon un oxygène exalté ou à propriétés phlogistiques plus actives. Donc l'ozone n'aurait rien de bon à produire, et si votre *atmosphère médicamenteuse* était une *atmosphère ozonnée*, comme on pourrait l'induire, il faudrait craindre que l'effet sur les plaies ne fût justement le contraire d'un bon effet.

Voyez l'effet des temps d'électricité et d'orage sur les lésions putrides et les fermentations ; quel surcroît d'activité dans ces phénomènes !

Je croyais vous avoir adressé un numéro de mon journal de cet été, où j'avais insinué une théorie de ce que l'atmosphère goudronnée et coaltarée a de médicamenteux touchant votre méthode si utile; je suis porté à croire que vous ne l'avez pas reçu.

J'ai fait l'expérience pour savoir s'il y a de l'ozone dans l'air goudronné ; il n'y en a pas de trace. Revoyez donc les expériences de M. Burdel, de Vierzon, que je crois défectueuses.

Dans l'air goudronné, si on pensait comme M. Fontan l'a dit à l'Académie, il y aurait un état nouveau où l'oxygène pourrait s'appeler un *sub-oxygène*.

L'ozone s'appellerait alors un *sur-oxygène*.

Lequel des deux pensez-vous être le meilleur dans le traitement des plaies? la théorie sous-cutanée, la mieux fondée de toutes les théories, ne permet pas le choix : l'oxygène atténué vaut mieux que l'oxygène exalté. Or, c'est le premier qui se produit sous l'influence du coaltar, du goudron et autres substances aromatiques.

Je publierai dans la *Revue* un résumé de votre Mémoire : *charpie et linges coaltés*, et je le ferai suivre de la lettre que j'ai l'honneur de vous écrire pour vous en donner avis et savoir ce que vous pensez, en tout cas, de la manière de voir, que je vous communique.

Veuillez agréer, etc. Dr SALES-GIRONS.

Réponse de M. le docteur Demeaux à M. Sales-Girons.

Monsieur et très distingué confrère,

Je viens de recevoir votre lettre, et je m'empresse de vous fournir l'explication que vous me demandez.

Dans ma dernière communication à l'Académie de médecine, sur l'emploi du *linge*, et de la *charpie coaltés*, j'ai parlé d'une *atmosphère médicamenteuse* autour des plaies et j'ai invoqué les expériences de M. Burdel, de Vierzon, et celles de M. Lemaire, à l'appui de mes assertions.

Je dois vous déclarer d'abord, que dans mon travail, je me suis proposé principalement d'établir des faits, plutôt que de les expliquer. Je dis, dans un passage: *Que le linge coalté agit comme désinfectant, prévient les émanations fétides, qui deviennent désagréables et insalubres pour les malades, qui vicient l'air des salles de chirurgie.* C'est à l'appui de ces assertions que j'ai voulu invoquer les expériences de M. Burdel, de Vierzon, que du reste, je n'ai pas vérifiées.

Un peu plus loin, je dis que le *linge coalté empêche la décomposition des liquides et préserve la surface des plaies de cette influence délétère*; c'est à l'appui de ces dernières que j'ai invoqué les expériences de M. Lemaire. Ainsi donc, jusqu'à nouvel ordre, je n'ai pas de théorie, *à moi*, et j'adopte volontiers la vôtre qui entre parfaitement dans mes vues, et qui d'ailleurs se trouve confirmée par des expériences nouvelles, qui sont consignées dans un travail, que je me propose d'adresser à l'Académie des sciences, peut-être pour la prochaine séance, et dont je vous enverrai une copie.

La question des *désinfectants*, contrairement aux prévisions de quelques personnes, a pris dans la science des proportions considérables, et une prochaine publication en étendra encore les limites et lui donnera, je l'espère, une nouvelle importance.

Agréez, M. le rédacteur, DEMEAUX.

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

Journaux de Paris

Cas de purpura hemorragica, traité par le perchlorure de fer. — Dans la dernière séance de la Société médicale du

Haut-Rhin, qui a été tenue à Colmar, nous remarquons l'observation d'un cas de guérison du pourpre hémorrhagique, par le perchlorure de fer.

L'auteur de cette communication, dont nous regrettons de ne trouver qu'un fragment dans la *Gazette de Strasbourg*, est M. le docteur Triponel père, de Rouffach. -

---

« Le pourpre hémorrhagique et le perchlorure de fer, dans le traitement de cette affection, captivent en ce moment l'attention de l'Académie de médecine. Je profiterai de cette occasion pour vous dire que moi aussi j'ai dû un succès à l'emploi de ce sel ferreux dans un cas de maladie de Verlhoff.

« C'était au mois de janvier 1859, c'est-à-dire dix-sept mois avant l'apparition du mémoire de M. le docteur Pize (de Montélimart). Le sujet était un jeune garçon de douze ans, d'un tempérament lymphatique, appartenant à une famille aisée, mais décimée par la phthisie. Au début, quelques maux de tête, puis apparition de petites taches de pourpre disséminées par tout le corps, mais surtout nombreuses sur les membres. Bientôt se montrèrent des taches plus étendues, des ecchymoses jusque sur la muqueuse buccale, et survinrent des hémorrhagies inquiétantes, épistaxis, hémoptysie, écoulement de sang par une oreille, par l'urèthre et par le rectum.

J'avais prescrit les acides végétaux et minéraux, les astringents et les toniques, le quinquina et le ratanhia, etc.; mais tout cela sans le moindre résultat avantageux : le petit malade s'épuisait; les extrémités inférieures commençaient à s'infiltrer ; le pouls était petit et battait au moins 120.

Enfin, la situation devenait de plus en plus grave, lorsque me vint l'idée d'essayer le perchlorure de fer. Je le donnai à la dose de 1 gr., 50 dans 150 grammes de véhicule, à prendre par cuillerées d'heure en heure.

L'effet de cette médication fut des plus satisfaisants : dès le lendemain, plus d'hémorrhagies, plus de nouvelles taches de pourpre; le pouls, moins fréquent, prit plus d'ampleur ; sans aucun inconvénient je pus enlever les tampons que j'a-

vais été obligé de tasser dans les fosses nasales, pour combattre l'épistaxis.

Le perchlorure de fer fut continué quelques jours encore. Les taches ecchymotiques, devenues plus pâles, finirent par disparaître. De l'œdème des jambes il ne fut bientôt plus question. Finalement, sous l'influence d'un régime réconfortant, les forces revinrent peu à peu à leur état normal.

Expulsion du placenta avant l'enfant, observée par M. Missa. — L'insertion du placenta sur le col de l'utérus inspire à tous les accoucheurs des craintes légitimes : des hémorrhagies abondantes, quelquefois mortelles, en sont la conséquence la plus habituelle. Il est une autre complication plus rare, mais tout aussi dangereuse : c'est l'expulsion du placenta avant l'enfant.

A propos de l'observation que nous allons faire connaître, M. Foucart a donné sur ce sujet plusieurs indications bibliographiques, et il a analysé un mémoire de Simpson, mémoire qui, publié en 1845, est devenu célèbre.

Le professeur d'Édimbourg a rassemblé 141 faits, dans lesquels il s'était écoulé un intervalle assez considérable entre l'expulsion du placenta et celle de l'enfant. Il a examiné la question à deux points de vue : 1° la viabilité de l'enfant ; 2° les hémorrhagies auxquelles la mère est exposée.

Sous le premier rapport, les 141 faits observés par M. Simpson ont été divisés en quatre séries.

Dans la première se trouvent 47 observations, dans lesquelles le temps qui s'est écoulé entre l'expulsion du placenta et la sortie de l'enfant a varié de dix minutes à dix heures. Une seule fois l'enfant est venu vivant, cinq heures après la sortie du délivre.

La seconde série comprend 21 faits, dans lesquels il s'est écoulé moins de dix minutes entre la sortie du placenta et celle de l'enfant. Onze fois l'enfant est né vivant.

Dans la troisième, qui renferme 50 observations, sont compris les cas où l'enfant a suivi de très près le placenta ou est sorti en même temps; onze fois encore l'enfant est né vivant.

Enfin, dans la quatrième, sont contenus 40 faits, dans lesquels le temps qui s'est écoulé entre les deux expulsions n'a pas été mentionné, bien que diverses circonstances laissent présumer que cet intervalle a pu être considérable. Huit enfants sont nés vivants.

Sur 141 femmes, 10 ont succombé.

Quant à l'hémorrhagie, dans les 70 cas où se trouvent mentionnés les détails relatifs à cette complication, 44 fois elle s'est arrêtée complétement; 19 fois, elle était presque nulle; dans 7 cas seulement, elle est restée assez abondante.

On voit, par cette statistique, que l'implantation du placenta sur le col de l'utérus n'entraînerait pas aussi souvent qu'on le pense des hémorrhagies considérables.

L'observation de M. le docteur Missa n'infirme en rien cette dernière conclusion.

Une femme d'une forte constitution a eu, il y a une quinzaine d'années, deux grossesses; les accouchements très laborieux par suite d'étroitesse du bassin; en dernier lieu, la céphalotripsie a dû être pratiquée.

Le médecin avait recommandé de ne pas s'exposer à une troisième grossesse. Après quinze ans, la femme est de nouveau devenue enceinte.

A la fin du neuvième mois, des tranchées apparurent et la malade, au milieu d'une très vive douleur, sentit quelque chose qui sortait. Le médecin reconnut un volumineux placenta suspendu entre les cuisses au moyen du cordon ombilical attaché au fœtus. L'hémorrhagie était peu considérable; la dilatation du col était complète; mais aucune partie de l'enfant ne se présentait. M. Missa, pressé d'agir, introduisit la main dans la matrice, saisit les pieds et les amena à la vulve; il fit glisser successivement les parties du corps jusqu'aux épaules, qui furent dégagées avec de grandes difficultés. Restait la tête; des tractions modérées furent inutiles, et le médecin, craignant de voir cette partie se séparer du tronc, bien sûr, du reste, que l'enfant était mort, introduisit un crochet mousse dans la bouche du fœtus; il put alors pratiquer des tractions plus éner-

giques, et, après beaucoup de temps et de précautions, l'enfant fut extrait en entier.

Il n'y eut pas d'hémorrhagie au moment de l'accouchement; deux jours après, quelques accidents inflammatoires se déclarèrent et furent combattus avec succès par des moyens antiphlogistiques énergiques. (*Gazette des hôpitaux*, n° 13.)

Granules au carbonate ferreux. — La thérapeutique s'est vouée, de nos temps, aux préparations ferreuses ; nous croyons qu'elle n'a pas à regretter les soins qu'elle se donne à la recherche des meilleures ; d autre part, le zèle de la pharmacie s'est mis tout à la thérapeutique, et lui fournit tous les jours des préparations nouvelles. Ce que nous remarquons avec plaisir, c'est que ce sont celles qui sont fondées sur les meilleures raisons, d'abord, qui réussissent le mieux dans la pratique.

Sous ce rapport, le carbonate ferreux naissant, imaginé par M. Garnier, nous paraît destiné à occuper une place qu'on ne lui disputera pas dans le cadre des médicaments dont nous parlons. Du reste, voici l'exposé que l'auteur donne de la préparation réduite sous la forme de granules, qui offre au praticien autant de facilités que de garanties.

« Les propriétés des produits ferrugineux, dit M. Garnier, sont tellement connues que nous nous contenterons d'exposer succinctement notre mode de préparation, et l'on comprendra facilement les avantages qu'il présente. On sait qu'il est difficile, pour ne pas dire impossible, d'obtenir au contact de l'air le carbonate ferreux à son premier degré d'oxydation; mais, en faisant parvenir dans l'estomac les substances qui le produisent sans les avoir mises préalablement en contact, on sera sûr d'obtenir, dans cet organe, un carbonate ferreux parfaitement pur, et surtout assimilable. Voici où la pratique nous a conduits.

Nous formons d'abord un petit granule contenant un centigramme de sulfate ferreux que nous recouvrons d'une légère couche de sucre, puis d'une couche de bicarbonate de soude dans la proportion voulue, et le tout d'une autre couche de

sucre ; aussitôt que ce granule est en contact avec les sucs gastriques, il se divise, et la double décomposition s'opère : il en résulte du *carbonate ferreux*, qui, comme on le voit, se trouve parfaitement à l'état naissant, et un peu de sulfate de soude, dont l'action, loin d'être nuisible, pourrait, suivant la quantité, combattre avec avantage la constipation que produisent presque toujours les préparations ferrugineuses.

« Il suffit de mettre quelques granules dans un peu d'eau tiède pour voir subitement la double décomposition s'opérer, et pour justifier la préférence que beaucoup de praticiens donnent au *carbonate ferreux*, nous nous contenterons de citer ces quelques lignes de M. le professeur Bouchardat, membre de l'Académie de médecine :

« L'oxyde de fer au minimum que contient le *carbonate ferreux* est une base puissante, et l'acide carbonique qui lui est associé peut être déplacé sans difficulté par les acides contenus dans les voies digestives. Cette décomposition lui donne également l'avantage sur les autres sels de fers insolubles ; on n'a pas à craindre qu'il traverse le canal digestif sans produire d'effet ; d'un autre côté, il est souvent préférable aux sels plus solubles ; car sa dissolution dans les acides de l'estomac est lente et graduée, et laisse peu redouter l'impression toujours désagréable, et parfois dangereuse, que produit la dissolution des sels ferrugineux. »

Chaque granule donnant naissance à 1 centigramme de *carbonate ferreux*, on peut commencer par 6 ou 10 par jour, en deux fois, et augmenter progressivement jusqu'à 50, lesquels, par leur volume, répondent à peu près à une demi-cuillerée à café. On les prend dans une cuillerée d'eau ou de potage au commencement des repas.

Nous croyons superflu de désigner aux praticiens les cas dans lesquels doivent être utilisés ces granules nouveaux. Partout où les toniques sont indiqués, partout où l'effet spécial propre aux toniques martiaux est requis, le nom du *carbonate ferreux* viendra naturellement à la pensée du médecin, et la forme sous laquelle M. Garnier a préparé le médicament ne

peut que concourir à son adoption et à sa vulgarisation. Les expériences cliniques ne tarderont pas à prouver cette opinion.

JOURNAUX DES DÉPARTEMENTS.

Diabète sucré, guéri par le sucre à haute dose.

M. le docteur Rigodin de Buzançais, a adressé à la Société médicale de Poitiers, la note qui suit ; l'observation dont il y est question mérite l'attention des praticiens et la répétition de l'expérience.

Depuis quelque temps, on a émis sur le Diabète des idées bien différentes de celles admises par les anciens et même par la plupart des auteurs modernes. On cite des cas où cette maladie n'a fait qu'augmenter par la privation des matières sucrées ou farineuses, et au contraire s'est améliorée par l'usage de ces mêmes matières ; et cependant encore on les proscrit généralement avec la plus grande rigueur.

Cette divergence d'opinions doit engager les praticiens à faire de nouveaux essais afin de fixer l'opinion publique ; il est du devoir de chacun de publier ses observations d'une manière plus précise qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour.

Nous avons recueilli pour notre compte trois observations qui ne sont pas aussi concluantes que nous le désirerions, parce que nous avons employé simultanément le sucre et d'autres substances. Nous n'en citerons qu'une, parce qu'elles se ressemblent à peu de chose près.

M. X., âgé de 54 ans, d'un tempérament très lymphatique, était atteint d'un diabète depuis longtemps ; il avait subi différents traitements plus ou moins énergiques et avait été soumis à un régime extrêmement sévère ; son état, loin de s'améliorer, ne faisait qu'empirer. Lorsque nous le vîmes pour la première fois, en août 1856, il était tellement faible, qu'il était obligé de garder le lit ou la chambre presque constamment ; sa langue était sèche et d'un brun presque noir ; son pouls petit et fréquent ; il éprouvait une soif inextinguible ; il rendait dix à douze litres d'une urine fétide et pesante, toutes les 24 heures ; il avait maigri considérablement. Il se désolait

de ce qu'on lui défendait l'eau-de-vie et le café, à lui qui en avait pris toute sa vie ; enfin il avait le moral si affecté, qu'il s'attendait chaque jour à mourir.

Nous le mîmes de suite à un régime généreux, animal et végétal, varié suivant son goût, à l'usage du vin de Bordeaux vieux, du café pris trois fois par jour, mélangé avec de l'eau-de-vie et excessivement sucré ; tous les jours il buvait de l'eau de Vichy, de la *source Lardy* ; il prenait du punch au rhum assez souvent et avec beaucoup de plaisir, disant qu'il lui rendait la vie. Il éprouva, en quinze jours, une amélioration remarquable : il y eut une diminution notable dans la quantité et la pesanteur de l'urine ; le malade pouvait rester levé toute la journée et même se promener ; les forces revinrent successivement et chaque jour était marqué par un mieux sensible ; les urines se modifièrent, et au bout de deux mois, elles étaient presqu'à l'état normal; l'amaigrissement avait disparu, et l'embonpoint était revenu à un degré tel que M. X. pesait 26 livres de plus qu'avant son changement de régime. Nous l'engageâmes à continuer le même genre de vie à l'exception de l'eau de Vichy qui a été et est reprise même aujourd'hui, d'après notre conseil, de temps en temps, à des époques plus ou moins rapprochées suivant les circonstances.

Conclusion. Nous ne pouvons nous empêcher d'avouer que nous ignorons à quoi l'on doit attribuer une amélioration aussi étonnante; nous n'osons dire encore une guérison aussi inespérée, quoiqu'il y ait déjà plus de vingt mois qu'elle ait eu lieu.

Les expériences de MM. Dumas et Bernard ont prouvé jusqu'à l'évidence, que la présence du sucre, dans l'économie animale, est indispensable à l'entretien de la vie. Il est un fait qu'on peut observer tous les jours, c'est que la plupart des animaux recherchent et mangent, avec une avidité plus ou moins grande, toutes les substances qui contiennent une quantité plus ou moins considérable de sucre. Les agriculteurs, longtemps avant de connaître ces expériences, ont tou-

jours donné la préférence aux racines les plus sucrées, pour l'engrais et la santé des bestiaux.

D'après ces données, il est donc rationnel d'employer le sucre dans le traitement du Diabète, puisque les individus, atteints de cette maladie, perdent d'énormes quantités de sucre. En les privant de sucre et des fécules, on doit s'attendre à voir leur état empirer; car on leur ôte les moyens de réparer leurs pertes continuelles.

Nous ne nous permettrons pas de décider si l'abstinence des boissons et des aliments liquides, dans le traitement du Diabète, a une aussi grande importance que le prétendent quelques praticiens : de nombreuses observations peuvent seules trancher cette question.

Cette observation est digne d'intérêt, mais ne paraît pas très concluante, parce que le malade a pris, en même temps que le sucre, des alcooliques et de l'Eau de Vichy, préconisés dans le traitement de cette maladie.

M. Pinault a présenté à la Société de médecine de Poitiers un travail sur la *mort apparente*, dont nous reproduisons les faits suivants :

Pendant que j'étais à Paris prosecteur à l'amphithéâtre d'accouchement de M. Maygrier, ce professeur nous racontait à chacun de ses cours qu'un fœtus était né sans apparence de vie, et qu'après lui avoir prodigué tous les soins possibles sans succès, on l'avait laissé entouré de linges sur un poële allumé : on le croyait bien réellement mort, lorsque plusieurs heures après on a vu le fœtus remuer, on a entendu un bruit, les linges étaient roussis, et l'enfant était parfaitement vivant.

J'ai vu chez une jeune religieuse décédée tout à coup à l'âge de vingt-deux ans, la chaleur se maintenir pendant plus de trois jours, et une rougeur des lèvres exister également pendant ce temps, si bien qu'on a été obligé de proroger l'inhumation.

Chez une petite fille de douze ans, qui était morte subitement pendant la nuit dans un dortoir au milieu de ses compagnes,

bien que son corps ait été de suite transporté dans un lieu très frais, la chaleur s'est maintenue tellement longtemps, qu'après six jours les parents ne voulaient pas qu'on l'inhumât ; il a fallu, dans l'un comme dans l'autre cas, un certificat de décès longuement motivé pour obtenir l'inhumation.

Combien d'individus tombés en syncope succomberaient, si on ne les entourait pas de soins minutieux ?

Le 2 juillet 1850, j'ai donné des soins à un jeune homme qui venait de se battre en duel et avait une plaie pénétrante de la poitrine avec hémorrhagie interne. L'accident était arrivé à quatre heures du soir, le malade est resté froid et sans pouls jusqu'au lendemain matin à six heures, le cœur ne battait que faiblement et à de longs intervalles. Ces rares battements étaient presque insensibles : deux forts individus, placés à chaque côté de lui, n'ont pas cessé de le frictionner pendant toute la nuit avec des serviettes très chaudes qu'on leur passait à chaque instant ; sous l'influence de ces frictions, faites avec persévérance pendant quatorze heures, les battements du cœur se sont rapprochés et sont devenus plus sensibles.

Ce jeune homme serait mort s'il eût eu une semblable blessure sur le champ de bataille, où il eût été impossible de le frictionner avec autant de persistance.

Dans la nuit du 2 au 3 mars 1841, j'ai été appelé auprès de Mme X..., qui était enceinte à terme; depuis plusieurs semaines, elle avait une hémorrhagie abondante, causée par une implantation centrale du placenta. Cette femme avait de fréquentes syncopes, le pouls était à peine sensible; on avait trop attendu : la malade était presque anémique ; n'ayant pas de temps à perdre, j'ai promptement terminé l'accouchement, en perforant le placenta et en faisant la version, les syncopes continuaient ; en opérant, j'étais obligé de la faire tenir en position horizontale. On lui faisait continuellement respirer des eaux à forte odeur ; après l'accouchement, elle est restée sans connaissance ; elle est devenue froide, le pouls ne se sentait pas, et les battements du cœur étaient tellement faibles et tellement espacés, qu'ils étaient presqu'inappréciables.

Des frictions avec l'alcool chaud sur le cœur, des serviettes très chaudes sur tout le corps, pratiquées sans cesse et avec activité pendant trois heures, ont empêché cette malade de succomber; mais dans sa convalescence, elle a éprouvé à un haut degré les symptômes les plus graves et les plus complexes de l'anémie.

Si dans ce cas comme dans le précédent, je n'avais pas surexcité la périphérie des vaisseaux capillaires, je ne serais pas parvenu à ranimer les battements du cœur, et j'aurais perdu ma malade; donc il est nécessaire de compter sur la circulation de ces vaisseaux; aussi bien lorsque le cœur vient de cesser de battre que lorsque les mouvements de cet organe se sont tellement affaiblis et ralentis, qu'à chaque instant le malade tombé en syncope est menacé d'une mort réelle.

D'ailleurs, tant que la circulation capillaire persévère, ce qui est prouvé dans les morts apparentes, et même dans la mort réelle, par l'accroissement de la barbe, l'existence des sueurs, d'hémorrhagies, la mort ganglionnaire n'existe pas, et on peut croire à la possibilité de voir l'influence de la vie organique réagir sur la vie cérébrale anéantie ou suspendue. C'est de cette manière que les capillaires, dernier refuge de la vie, en se contractant sur le sang, dont ils sont un vaste réservoir, le pressent et le poussent dans les veines, et par celles-ci au cœur, où il s'accumule et devient le stimulant des contractions de cet organe.

Un des moyens d'acquérir la connaissance de la continuation de la circulation capillaire, est de piquer les points de l'économie où les capillaires abondent, aux lèvres, aux joues, à la langue ; alors une gouttelette de sang se présente.

Lorsque la vie est complétement éteinte, jamais cette gouttelette ne paraît.

D'après ces observations, il est incontestable qu'il est de la plus haute imprudence de prononcer un arrêt de mort sur la seule absence des bruits du cœur ; et au point de vue thérapeutique, il est très imprudent de laisser sans secours tout individu adulte, présentant les signes d'une mort apparente su-

bite, ou nouveau-né, chez lequel on constaterait l'absence des battements du cœur.

Cette pratique abandonnerait à la mort un assez grand nombre d'enfants et d'individus adultes qu'il est possible d'y soustraire par des soins assidus et longtemps prolongés.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT DE FRANCE.

Appareil cristallinien. — Pancréas. — Désinfection par l'acide phénique. — Volume de la poitrine. — Puissance réparatrice du périoste.

Séance du 10 mars 1861. — Présidence de M. Milne-Edwards.

M. Giraud-Teulon lit un mémoire sur les mouvements de décentration latérale de l'appareil cristallinien, qu'il résume en ces termes :

Nous avons démontré dans une précédente communication sur l'usage binoculaire, des lunettes de presbyte ou de myope, que le passage de la vision monoculaire armée à la vision binooulaire, était accompagné d'un mouvement angulaire, de convergence dans le premier cas, de divergence dans le second, exécutés, par les axes oculaires, et mesurant la différence angulaire qui sépare, dans chacune de ces circonstances, la distance réelle de l'objet de la distance virtuelle de l'accommodation nouvelle.

L'analyse indiquait nettement qu'il devait en être ainsi; les expériences qui précèdent démontrent qu'il en est, en effet, comme la théorie le faisait supposer; que le cristallin, soumis physiologiquement à des lois de locomotion réglées par les mouvements de convergence ou de divergence du globe, peut cependant rompre avec cette domination du système musculaire extérieur, et exécuter des mouvements propres et indépendants de convergence et de divergence relativement à l'axe des mouvements de totalité du globe, des mouvements spontanés de latéralité interne ou externe dans son plan équatorial.

Ce fait (nous avons le droit de ne plus dire cette hypothèse) perd le caractère de singularité qu'il présente au premier abord, quand on remarque que c'était au contraire une pure supposition (et que l'on faisait sans s'en apercevoir), quand on considérait le cristallin comme lentille enchâssée dans une position invariable. Le cristallin n'est rien moins que soudé, que fixé. Il est suspendu dans un anneau que l'on sait aujourd'hui être de nature musculaire. Quel pouvait être l'objet d'une telle disposition, sinon de lui assurer une certaine indépendance de l'enveloppe de l'œil ? Le globe est suspendu dans l'orbite sur un système musculaire ; le cristallin est suspendu dans le globe sur un second système doué de contractilité comme le premier.

Cette propriété est évidemment physiologique (l'indépendance des deux systèmes) quand elle se renferme dans d'étroites limites, dans un but correctif des troubles survenus dans les appareils dioptriques; elle devient un fonctionnement pathologique quand elle sort de ces limites. (Commissaires, MM. Pouillet, de Quatrefages et Cl. Bernard.)

Influence de la digestion gastrique sur l'activité fonctionnelle du pancréas. — M. L. Corvisart présente sous ce titre un mémoire dont voici un extrait :

L'abondante formation du ferment pancréatique apparaissant au milieu de la digestion est évidemment liée à celle-ci, comme un effet à sa cause ; mais la digestion est constituée par une réunion de phénomènes très divers et complexes de contact, d'excitation, de sécrétion, de liquéfaction des aliments, de formation de peptones, d'absorption.

Lequel d'entre ces phénomènes est la cause nécessaire, le véritable agent de la formation, par l'économie, du ferment pancréatique ?

L'excitation nerveuse ou sympathique, provoquée par le contact des aliments solides sur l'estomac ou sur le duodénum, et qu'on supposerait transportée, par les voies

nerveuses, de l'un ou de l'autre de ces organes au pancréas, n'est pas la cause de l'apparition abondante du ferment pancréatique dans la glande. La sécrétion seule du suc gastrique dans l'estomac, des sucs intestinal, pancréatique ou biliaire dans l'intestin (abstractivement de la digestion qu'ils opèrent), n'est pas non plus cette cause. Ce n'est pas non plus la simple liquéfaction des aliments dans les voies digestives qui amène l'élaboration du suc du pancréas. Ce qui provoque la formation et l'élaboration maxima du ferment pancréatique, c'est la formation des peptones gastriques.

La quantité et l'activité du ferment pancréatique dont les peptones provoquent la formation dépendent de la quantité de peptones absorbées; mais cela n'a lieu que jusqu'à un certain point. La rapidité ou la lenteur de la formation du ferment pancréatique varie comme la rapidité ou la lenteur de la formation et de l'absorption des peptones gastriques; cette relation est constante.

Chose remarquable, la transformation digestive intestinale (peptones intestinales) n'a pas les propriétés des peptones gastriques pour provoquer la formation du ferment pancréatique, elle est impuissante.

Il est à noter que l'absorption des peptones gastriques elles-mêmes, si elle a lieu par l'intestin seul, est également impropre à cet effet; apportées par cette voie, les peptones gastriques perdent leur influence sur la formation du ferment pancréatique.

Cette relation entre les peptones gastriques et la formation du ferment glandulaire pancréatique donne une nouvelle théorie de la sécrétion, théorie différente de celle qui s'appuie sur les excitations nerveuses ou la pure dilatation des vaisseaux glandulaires. Cette relation met aussi à nu un phénomène de nutrition spéciale, et fait entrevoir la possibilité de l'étude des nutritions locales. Si celles-ci étaient connues, si toutes pouvaient être réglées, la formation des

tissus, le règlement des fonctions, l'anéantissement de bien des diathèses seraient plus accessibles à la médecine. Si le ferment pancréatique se fait ainsi qu'il a été dit, par quels matériaux déterminés se font la bile, le sperme, le tissu cellulaire, cancéreux ? A quelle nutrition locale déterminée servent les peptones gastrites absorbées par l'intestin, les peptones intestinales, etc. ? Ces conditions commandent un puissant intérêt. (Commission du prix de physiologie expérimentale.)

— M. J. Lemaire communique une note sur l'emploi ce l'acide phénique et sur le mode d'action de cet acide dans la désinfection.

L'acide phénique, dit l'auteur, peut recevoir des applications différentes suivant qu'on l'emploie peu, combiné aux alcalis, dissous ou émulsionné dans l'eau ou associé à d'autres dissolvants.

Acide phénique pur. — J'ai déjà signalé à l'Académie des expériences dans lesquelles il a suffi d'imprégner les parois des vases d'une couche mince d'acide phénique pour empêcher la fermentation des substances très fermentescibles qu'on y avait introduites. Des pièces anatomiques et des animaux entiers peuvent être conservés de la même manière, à l'état frais, pourvu que les vases qui les contiennent soient hermétiquement bouchés pour empêcher le renouvellement de l'air. Ce moyen pourra recevoir d'heureuses applications pour les collections et pour l'étude.

Phénates. — L'acide phénique combiné avec les alcalis perd une grande partie de son pouvoir désinfectant. La dissolution aqueuse de ces sels est très irritante ; cette propriété ne permet pas de l'employer dans le pansement des plaies.

Acide phénique dissous ou émulsionné dans l'eau — Les cadavres d'animaux qui ont été injectés avec ce liquide se conservent sans altération au contact de l'air. Le cadavre d'un homme pourra être conservé pour moins de 50 centimes.

L'année dernière j'ai fait connaître à l'Académie d'heu-

reux résultats que j'avais obtenus contre les parasites et contre la gale par l'emploi du coaltar saponiné. J'ai continué ces recherches avec l'acide phénique. Une solution aqueuse contenant 1 pour 100 de cet acide et 40 pour 100 d'acide acétique à 8° guérit la teigne en trente ou quarante jours, et la gale instantanément. Pour la teigne on applique une compresse imbibée de cette préparation une fois par jour. Pour la gale, une seule lotion suffit pour tuer les acarus. L'acide acétique est ajouté à la préparation pour faire pénétrer les médicaments sous l'épiderme et jusqu'au fond des bulbes pileux. Ces recherches ont été dirigées par l'habile médecin de l'hôpital Saint-Louis, M. Bazin, dont je ne saurais assez reconnaître la bienveillance. (Commissaires précédemment nommés, MM. Chevreul, Milne-Edwards et Cl. Bernard).

SÉANCE DU 18 MARS 1861. — Présidence de M. MILNE EDWARDS.

Physiologie comparée. — M. Baudement termine la lecture d'un mémoire commencée dans la dernière séance, et dont l'objet principal est de prouver qu'il n'y a pas un rapport constant entre le volume de la poitrine et le développement des poumons. Le développement de ces organes semble lié à des conditions physiologiques d'activité vitale, de taille, de poids, d'âge, d'aptitude et de race. Les recherches de M. Baudement reposent sur la mensuration de la poitrine et des poumons de 102 bœufs.

Chirurgie clinique. — M. Maisonneuve donne lecture de la note suivante :

« Depuis les beaux travaux de M. Flourens sur le périoste, comme organe formateur et régénérateur des os, la chirurgie, naguère encore si prompte à proposer d'horribles mutilations dans les cas de lésions osseuses, tend chaque jour à devenir plus conservatrice, non pas en restant inactive, mais au contraire en puisant dans la connaissance plus précise des ressources de la nature une nouvelle énergie pour ses entreprises opératoires.

« C'est ainsi que des opérations considérées encore par

beaucoup de chirurgiens comme des entreprises folles et irréalisables sont devenues pour les malades d'inestimables bienfaits.

« Déjà, sous l'influence de cette idée féconde, il m'a été donné de pratiquer un certain nombre de ces opérations sous-périostiques, qui, chose admirable et certainement unique dans l'histoire pathologique de l'homme, permettent de supprimer complètement un organe malade, et d'obtenir à sa place la reproduction d'un nouvel organe sain.

« Je me propose de réunir un peu plus tard en un faisceau tous les faits de cet ordre qui depuis quelques années se sont produits dans ma pratique. Pour l'instant, je me contenterai de dire qu'ils forment déjà quatre groupes, suivant qu'ils appartiennent :

« 1° A des os nécrosés en partie ou en totalité, avec ou sans leurs surfaces articulaires ;

« 2° A des os affectés simplement d'ostéite ;

« 3° A des os atteints de dégénérescences diverses ;

« 4° A des os sains, l'ablation en ayant été nécessitée par des circonstances spéciales, comme par exemple le besoin d'ouvrir une voie artificielle pour aller profondément chercher quelque tumeur.

« En attendant qu'il m'ait été possible de coordonner tous ces éléments, je me contenterai de soumettre à l'Académie un des faits les plus remarquables de la première catégorie.

Il s'agit d'un jeune homme dont la jambe était dans un tel état de désorganisation, que les chirurgiens les plus éminents, parmi lesquels il me suffira de citer M. Velpeau, avaient décidé l'amputation de la cuisse. Grâce à l'extirpation sous-périostale du corps entier du tibia, exécutée d'après les idées émises par M. Flourens, ce jeune homme a non-seulement évité les terribles chances d'une amputation qui dans la statistique générale donne 60 décès sur 100, mais encore il a conservé son membre dans toute

l'intégrité de sa forme, de sa souplesse et de sa vigueur.

« Chez ce jeune homme, l'extirpation du corps du tibia a été complète, ainsi qu'on peut s'en convaincre en jetant les yeux sur l'os lui-même que j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie. Il est, comme on peut le voir, long de 30 centimètres, épais de 3 à sa partie supérieure, de 2mm, 5 à sa partie inférieure. Ses trois faces sont lisses et compactes dans toute leur partie inférieure, rugueuses et boursouflées dans le tiers supérieur.

« Voici, du reste, les détails de cette observation :

« Je fus consulté dans le mois d'août 1855 pour le jeune V, dont la jambe droite était dans un état affreux. Son volume était triple ou quadruple de l'état normal, sa surface était labourée d'ulcères profonds, à travers lesquels on reconnaissait que l'os principal, le tibia, était mortifié dans toute l'étendue de sa diaphyse.

« Ce jeune homme me dit que deux ans auparavant il avait fait à la gymnastique une chute violente, que depuis lors il avait commencé à ressentir des douleurs sourdes dans la jambe, que bientôt aux douleurs se joignit une tuméfaction générale, puis des abcès, et peu à peu tout le cortége des accidents actuels :

« Suppuration excessive et fétide, tuméfaction énorme du membre, amaigrissement extrême, fièvre hectique, marasme, etc.

« Ses parents me dirent qu'ils avaient épuisé successivement toutes les ressources de la médecine, que plusieurs des chirurgiens les plus éminents de Paris avaient été unanimes pour décider l'amputation de la cuisse, et que M. Velpeau, à qui l'on avait en dernier lieu soumis la question, avait déclaré que cette amputation était non-seulement nécessaire, mais qu'elle était urgente, et que toute pensée de conserver le membre ne pouvait être qu'une utopie.

« Malgré ces imposantes autorités, et confiant dans la puissance réparatrice du périoste si positivement démon-

trée par M. Flourens, et dont j'avais eu déjà l'occasion de voir des exemples remarquables, j'engageai les parents de ce jeune homme à me laisser exécuter l'extirpation sous-périostique de l'os mortifié, de préférence à l'amputation de la cuisse. Cette proposition ayant été agréée, je procédai à l'opération le 24 août 1855.

« Le malade étant soumis au chloroforme, et dans un état d'insensibilité complète, je fis sur toute la longueur de la face antérieure du tibia une incision longue de 35 centimètres, et pénétrant jusqu'à l'os malade, à travers le périoste qui était épaissi et déjà double d'une couche osseuse nouvelle, molle et spongieuse. A chacune des extrémités de cette énorme incision, j'en pratiquai une autre transversale de manière à obtenir une sorte de longue porte à deux battants pour pénétrer jusqu'au foyer du mal. Je pus alors constater que le tibia était entièrement mortifié dans toute la longueur et toute l'épaisseur de sa diaphyse, qu'il ne restait de sain que les deux épiphyses articulaires.

« Je procédai dès lors, sans aucun retard, à l'isolement de l'os mortifié, que je parvins non sans peine à extraire complétement.

« Les suites de cette opération si longue et si difficile furent d'une simplicité vraiment remarquable. La fièvre traumatique fut des plus modérées; la suppuration, antérieurement si abondante et si fétide, se modifia comme par enchantement pour faire place à une suppuration franche et de bonne nature, et, chose vraiment presque incroyable, dès le quarantième jour, le jeune malade pouvait se lever et marcher avec des béquilles, comme s'il se fût agi d'une simple fracture.

« L'os s'était reproduit d'une manière complète, à tel point que si je n'avais conservé l'os enlevé, j'aurais pu douter moi-même de la réalité du fait.

« Aujourd'hui ce jeune homme est fort et vigoureux, sa jambe anciennement malade ne diffère en aucune façon de l'autre; elle a grandi et grossi comme elle, elle ne s'en dis-

tingue que par une longue cicatrice, seule trace de la terrible opération dont nous avons parlé; elle lui permet de courir, de sauter, de chasser comme s'il n'avait jamais subi d'opération, et sans que l'œil le plus exercé puisse reconnaître quelle a été la jambe antérieurement malade. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Pulvérisation. — Nouvel ophthalmoscope. — Election. — Opération césarienne.

Séance du 2 avril 1861. — Présidence de M. Robinet.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M Leudet, récemment élu membre correspondant;

2° Un suplément à un mémoire intitulé : *Du sang considéré comme véhicule*, etc., par M. Fiévet (commission déjà nommée) ;

Une note de M. le docteur Pietra-Santa, sur la pulvérisation aux Eaux-Bonnes, dont M. le secrétaire perpétuel lit les conclusions conçues en ces termes :

1° Dans l'acte de la pulvérisation, l'eau thermo-minérale de Bonnes perd une très-grande quantité de calorique : pulvérisée à 31°, elle n'arrive au point d'aspiration qu'à 17° ou 18° ;

2° La seule élévation de la température de l'eau de Bonnes à 60°, lui fait perdre une partie de la sulfuration (quantité représentée par 3/10e de division du sulfhydromètre Dupasquier) ;

3° Par sa pulvérisation, l'eau de Bonnes perd la très-grande partie du sulfure de sodium qui forme un de ses éléments minéralisateurs les plus importants.

L'analyse chimique n'en retrouve plus que des traces. (Commission des eaux minérales.)

— M. Giraud-Teulon lit une sur la construction et les propriétés d'un nouvel ophthalmoscope permettant de voir, par le concours harmonique des deux yeux, les images du fond de l'œil.

Le petit trou central de l'ophthalmoscope étant remplacé par une fente horizontale de quelques centimètres de longueur et de 8 à 10 millimètres de hauteur verticale, on place derrière cette fente, dans une petite boîte de cuivre ayant la forme d'un carré long, une paire de rhomboëdres équilatéraux en crown, et dont le petit angle de 45°. Ces parallélipipèdes sont mis en contact par le sommet de ce petit angle, les faces disposées sur le plan tangent au miroir concave. L'image réelle aérienne du fond de l'œil observé, située, comme on sait, à quelques centimètres en avant de la lentille objective, envoie alors ses rayons vers le système prismatique placé en regard d'elle, comme le ferait un objet réel, si ce n'est que les pinceaux utiles sont renfermés dans une surface conique de très faible section. Cette section, trop faible pour embrasser les deux cornées dans l'état naturel, ne l'est plus quand le cône vient à tomber, axe pour axe, sur le système de rhomboedres. Le cône est alors divisé en deux, et chacune de ses deux moitiés, après avoir subi la double réflexion totale à 45°, vient s'offrir à chaque œil de l'observateur, la dimension horizontale de chaque double prisme étant quelque peu supérieure à la demi-distance des yeux.

On transforme ainsi l'image aérienne unique de l'ophthalmoscope en deux images virtuelles symétriques et identiques, qui vont produire tous les effets des images stéréoscopiques. Les yeux de l'observateur, eu égard aux conditions de la catoptrique, sont, en effet, un peu plus écartés que ces images. Chaque œil voit alors celle située devant lui, comme il verrait l'image réelle si les faisceaux de prolongation avaient une largeur suffisante pour atteindre les deux yeux à la fois.

Deux lentilles bi-convexes, appropriées à la vue de l'observateur et mobiles sur une coulisse horizontale qui permet leur décentration en dehors donnent le moyen d'amplifier *ad libitum* les images et de les fusionner à la

distance que l'on voudra. — Commission : MM. Gavarret et Ch. Robin).

— M. le docteur Joulin donne lecture d'une note sur le *pemphygus du col utérin* ; nous ferons connaître ce travail.

L'Académie procède, par voie de scrutin, à l'élection d'un membre dans la section de physique et de chimie médicales. La commission propose : En 1re ligne, M. Regnauld; — en 2e ligne, M. Guillemin ; — en 3e ligne, et par ordre alphabétique, MM. Louis Figuier, Langlois; — en 4e ligne, M. Leconte.

Sur 69 votants : M. Regnauld obtient 58 suffrages. — M. Langlois 7 — M. Figuier. 2 — M. Leconte 2.

En conséquence, M. Regnauld est nommé membre de l'Académie.

Une vacance est ouverte dans la section vétérinaire.

L'ordre du jour appelle la discussion sur le travail de M. de Kergaradec, relatif à l'opération césarienne *post mortem*. — La parole est à M. Depaul.

M. Depaul : Messieurs, je vais essayer d'abord de préciser les termes de la discussion qui commence.

M. F. Hatin a présenté un travail dans lequel il ne se proposait que de traiter un point de responsabilité médicale.

Quelques semaines après, M. de Kergaradec présenta un mémoire bien plus complet sur la même question, et dans lequel il envisageait l'opération césarienne *post mortem* sous tous ses rapports.

Tout ce qui touche à la responsabilité médicale soulève un grand intérêt parmi les médecins, et parmi les gens du monde. On peut en trouver plus d'une bonne raison, sans que j'aie besoin d'en dire les motifs. Ces deux communications ne furent pas les seules ; successivement, des observations et des mémoires de différents auteurs furent soumis à l'Académie, entre autres celui de M. le docteur Laforgue, de Toulouse, et celui de M. Devilliers.

Dans la plupart des journaux de médecine, la question a

été traitée à des points de vue très divers. Je ne pourrai répondre à tout, et je me renfermerai dans les deux communications faites à l'Académie.

Je demande à l'Académie beaucoup d'indulgence; si je suis long, on me pardonnera, parce qu'il n'est pas de question plus complexe. Tous les médecins qui ont été en situation de prendre parti dans ces terribles circonstances comprendront que j'insiste, comme je vais le faire, sur les difficultés de cette question.

Cette question, en effet, n'est pas exclusivement du ressort scientifique; elle touche aux dogmes fondamentaux de la religion catholique. La considération qui précède m'a fait regretter d'avoir demandé la parole; en de tels sujets, on est exposé à être mal jugé; mais, enfin, j'ai pensé que les ministres de la religion sauraient gré aux orateurs de chercher à les éclairer. Je ne parlerai qu'avec une extrême réserve de ce dernier point de vue. Je serai court, à propos de M. Hatin, qui a été lui-même très court.

La commission, chargée d'examiner le travail de M. Hatin, a été fort peu explicite; elle n'a fait qu'ajourner à la discussion actuelle toute détermination.

M. Hatin a posé la question en ces termes : Le médecin a-t-il le droit d'opérer; s'il le fait, sera-t-il blâmé ? Il demandait à l'Académie de se prononcer. Il pense que l'incertitude qu'il signale vient du refroidissement des croyances religieuses. Je crois que là n'est pas la vraie raison; mais que l'abstention dépend de la précision plus grande de la science. Je le montrerai tout à l'heure.

La commission a répondu que la législation actuelle sauvegardait les droits du médecin et lui traçait suffisamment ses devoirs. L'Académie n'a donc pas à intervenir officiellement.

La loi protége la femme vivante, mais, aussi, l'enfant encore dans le sein de sa mère. La loi le déclare apte à recevoir; on peut lui donner; il peut transmettre. Une seule condition est exigée : il faut qu'il soit viable. Nous nous

expliquerons dans un moment sur les opinions de M. de Kergaradec à propos de la viabilité. Je n'envisage maintenant que le point de vue déontologique.

Si la loi intervenait dans l'opération césarienne, elle devrait intervenir dans toutes les opérations. Le médecin seul a qualité pour juger de l'opportunité de l'opération. La responsabilité n'est que médicale, et les médecins eux-mêmes, consultés par le législateur, ne pourraient que lui conseiller de les laisser maîtres de faire ce qu'ils croient utile dans les cas divers qui se présentent à eux.

On a confondu des choses très différentes toutes les fois qu'on a traité de l'opération césarienne *post mortem*.

Une première division me paraît nécessaire : l'opération césarienne est faite du sixième au dixième mois : de l'époque de la viabilité au terme ordinaire de la grossesse. Dans ces limites, on peut discuter à l'aise le point de vue légal et le point de vue théologique, et personne ne contestera qu'un enfant né à cette époque ne puisse et ne doive être baptisé. Il faudrait, toutefois, prendre garde d'imposer au médecin cette obligation du baptême pour les enfants.

L'imposera-t-on au médecin juif, par exemple, à l'égard d'un enfant né de parents catholiques ? Le cas peut se présenter; il s'est présenté. Pour ma part, j'ai eu non le malheur (je ne puis, étant catholique, regarder cela comme un malheur), mais, enfin, il m'est arrivé de baptiser un enfant appartenant à des juifs; je ne m'étais pas informé de leur religion. Il ne faut pas apporter de précipitation dans ces sortes de choses.

Tous les médecins seront d'avis que l'opération césarienne est indispensable à dater du 180e jour; mais je demande la permission de m'arrêter un peu sur la viabilité. M. de Kergaradec admet deux viabilites : la viabilité légale et la viabilité scientifique. Je pense, contrairement à l'avis de mon confrère, que la loi est très large à cet égard ; je ne connais pas une seule observation d'enfant né viable avant 6 mois 1|2. J'en ai vu de vivant, sans doute, à 5 mois même. Mais

I suffit de se rappeler comment ils sont, pour savoir qu'ils ne peuvent vivre. Les histoires que nous a racontées M. de Kergaradec, pour la plupart tirées de vieux ouvrages traitant de l'embryologie sacrée, n'ont aucune authenticité.

En premier lieu, est-il toujours facile de déterminer le point de départ d'une grossesse? Je n'en connais qu'un moyen, c'est de constater la dernière époque des règles. Cela n'est pas à l'abri de l'erreur; bien des femmes ont des règles irrégulières. Le volume du ventre, celui de la matrice, le poids de l'enfant, les modifications du col, etc., n'ont aucune valeur absolue.

Les faits empruntés à Cardan, de femmes ayant accouché à 5 mois 1|2 après des avortements, s'expliquent plus scientifiquement par des grossesses gémellaires dont l'un des œufs a été expulsé. Cela est possible, j'en ai vu deux ou trois exemples; il suffit pour cela que les deux œufs soient parfaitement séparés, et que l'utérus ne soit point trop excitable.

D'ailleurs, M. de Kergaradec lui même reconnaît, en terminant ces citations, que ces faits ne sont pas concluants : il aurait mieux fait de ne pas les invoquer.

Maintenant :

1° Combien de temps un enfant peut-il vivre dans le sein de sa mère morte?

2° A t-on des moyens certains de reconnaître que l'enfant est vivant dans le cadavre maternel?

Si nous pouvons répondre à ces deux questions, nous saurons parfaitement ce que le médecin a à faire dans tous les les cas, bien entendu, où il s'agit de grossesse au 180e jour.

M. de Kergaradec a cité un assez grand nombre de naissances d'enfants vivants ayant eu lieu plusieurs jours après la mort de la mère. Mais, Messieurs, ces histoires sont de la même facture que les précédentes, et il m'est très facile de le démontrer.

M. Depaul s'attache à prouver que, dans la plupart des cas invoqués, on ne sait pas si les enfants expulsés étaient vivants; et il explique ces expulsions spontanées par les progrès de la décomposition cadavérique, par la production de gaz dont la

pression chasse hors des voies de la génération l'enfant contenu dans la matrice.

Une observation personnelle à M. de Kergaradec m'a beaucoup plus embarrassé. Il s'est borné à nous raconter qu'en 1807, interne à l'hôpital Saint-Antoine, il avait fait l'autopsie d'une femme enceinte, morte la veille, et qu'il avait pu baptiser l'enfant donnant encore des signes de vie. Mais il ne nous a pas dit de quelle maladie était morte la mère, à quelle époque elle était de sa grossesse, quels signes de vie avait donnés l'enfant, etc., etc.

M. Depaul montre ensuite que les vieux livres sont remplis d'histoires extraordinaires; il en cite une rappelée d'après Burton, par M. Velpeau ; une autre encore, connue sous le nom de la *femme de la ville de Sens*, et dans laquelle il est question d'un enfant qui resta vingt-huit ans dans le sein de sa mère; il en sortit sachant le latin.

Pour savoir combien de temps un enfant peut vivre dans l'utérus mort, il faut consulter des observations plus sérieuses. M. Velpeau, M. Huguier en ont publié : il s'agissait de femmes opérées dans les premiers moments après le décès.

M. Ménière alors professeur agrégé, et suppléant M. Dubois à la Clinique, en fit une au moment de la mort de la femme. Il avait pour témoins MM. Moreau et Orfila, et il était assisté par M. Depaul, interne. L'enfant ne vécut pas.

M. Campbell, interne à la Maternité, a opéré quinze minutes après le décès de la mère, un enfant qui a vécu quatorze ans, et est mort l'année dernière. Je prierai M. Kergaradec de noter le peu de temps qui s'était écoulé entre la mort de la mère et l'opération.

J'ai fait moi-même un certain nombre de ces opérations, et je n'ai pas réussi une seule fois.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaineséance.

M. Maisonneuve présente un nouvel instrument des plus ingénieux destiné à couper les rétrécissements de l'urèthre, et qui ne peut couper qu'eux, sans endommager l'urèthre. Nous en publierons la figure et l'explication.

FORMULES RECETTES ET PRATIQUES.

Du traitement de la pneumonie. — Nouvelles sondes en sève de Balata. — Colique hépatique. Traitement des plaies.

DU TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE; *par l'acétate neutre de plomb.* — Communication à la Société de médecine de Strasbourg, par M. le docteur Strohl, professeur agrégé. — Après avoir employé, à l'exemple de Ritscher et de Burkardt, le sucre de Saturne dans des pneumonies qui avaient résisté au tartre stibié, etc., M. Strohl est arrivé à prescrire ce sel de plomb dans les formes les plus diverses de pneumonies, et, enfin, à le prescrire exclusivement, qu'il s'agisse d'un enfant d'un adulte ou d'un vieillard, et cela, dit-il, avec des résultats qui l'engagent de plus en plus à persévérer dans cette voie.

« Je suis sobre, dit M. Strohl, d'émissions sanguines générales. Quand il y a pléthore, forte congestion sanguine, je saigne une fois, rarement deux; sinon, je me borne à faire appliquer quelques ventouses scarifiées, ou quelques sangsues.

« Dès le début, je donne l'acétate de plomb; je donne à doses assez élevées, de 25 à 55 centigrammes, et je vais parfois jusqu'à 50 centigrammes.

« Le pouls ne tarde pas à baisser de 10 à 15 pulsations; il tombe même quelquefois au-dessous du chiffre normal. Les symptômes locaux continuent d'abord à s'étendre; le souffle persiste et augmente même; les râles crépitants semblent gagner en force et en étendue. Mais bientôt le malade éprouve une sensation de bien-être; c'est qu'alors commence à s'opérer la résolution de l'inflammation pulmonaire. Dès ce moment, dès que les symptômes locaux s'améliorent, je suspends l'administration du sucre de Saturne : le travail de résolution achève de s'accomplir tout seul.

« La convalescence se déclare au bout de cinq, six, huit, quelquefois douze jours de traitement, mais une convalescence bien franche; l'appétit se fait sentir avant que la résolution soit complète; les forces reviennent promptement.

« Chez les enfants, même très jeunes (de six à huit mois), et chez les vieillards, l'acétate de plomb fait obtenir des résultats tout aussi satisfaisants, même dans les cas les plus difficiles. Cet agent thérapeutique m'a encore parfaitement réussi dans quelques cas secondaires sur des sujets phthisiques, et de pneumonies venant à compliquer des fièvres typhoïdes. Toutefois, dans ce dernier cas, je n'ai pas par devers moi les résultats d'une expérimentation assez multipliée pour me permettre de me prononcer d'une manière absolue. »

M. Stohl trouve, en définitive, le traitement de la pneumonie par l'acé-

tate de plomb plus avantageux que le traitement classique : il est au moins aussi prompt. «Il ménage, dit l'auteur, les forces du malade ; il peut être toujours employé même malgré la coïncidence de quelques autres états maladifs; la convalescence ne se fait pas attendre, et jamais je n'ai vu d'accidents être la suite de l'administration de ce médicament. Ce n'est pas à dire que je n'aie pas subi des insuccès, mais ils ont été plus rares que ceux qu'enregistre le traitement classique. »

(*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

NOUVELLES SONDES *en sève de balata.* — M. le Dr Mallez a adressé à l'Académie une note relative à de *nouvelles sondes* et *bougies en sève de balata*, que M. Bénas, fabricant de bougies en cire, a faites sur ses indications.

L'achras balata (*achras dissecta* de Linnée), qui fournit cette sève, appartient, dit l'auteur, à la famille des sœpoties, groupe des balatas, que l'on rencontre à la Guyane, à la Martinique et aux Antilles.

Envoyée, il y a deux ans, à l'exposition permanente des produits de l'Algérie et des colonies, elle s'y trouve sous forme de masse spongieuse, légère, d'un blanc rosé, s'émiettant sous la pression des doigts, et recouverte d'une matière semblable à du lait.

Son analyse, confiée aux soins de M. Serres, a donné : eau, 10 pour 100 ; éther butyrique ; acide butyrique ; caséine, albumine soluble ; gutta-percha; sels minéraux en petite quantité ; résines, traces ; matière cireuse.

Ramollie dans l'eau chaude, elle se façonne très bien en feuilles minces ; mais ces feuilles n'offrent aucune résistance, et il est impossible de les coller les unes avec les autres, de manière à former une masse compacte. L'extraction d'une certaine quantité de matière grasse modifie heureusement ses propriétés, et elle se présente, après cette opération, avec les caractères suivants : Pâte plus fine, souplesse et élasticité plus grandes que celles de la gutta, mais résistance à une traction moindre que celle de cette dernière. Elle se ramollit dans l'eau chaude à partir de 50 degrés, et ne devient jamais cassante, à quelque dessication ou à quelques variantes brusques de température qu'elle soit soumise.

Les bougies que je mets sous les yeux de l'Académie réunissent ces précieuses qualités. Elles s'assouplissent à la seule chaleur du canal, de manière à en suivre toutes les flexuosités normales ou pathologiques, dont elles conservent la forme, devenant ainsi un excellent moyen de diagnostic. »

COLIQUE HÉPATIQUE. *Traitement.* — Après avoir engagé les malades à surmonter les douleurs, et à changer souvent de position pour précipiter la chute du calcul dans le duodénum, M. Vollant, d'Argenton sur Creuse (Indre), adopte un système contraire si le premier n'a pas réussi. Il prescrit le repos absolu, et, pour calmer les douleurs, il fait

prendre, dans une cuillerée d'eau, un paquet de la poudre suivante :

Chlorhydrate de morphine	1 décigr.
Pr. Poudre de réglisse	2 gr.

Mélangez et divisez en huit doses.

Le plus ordinairement, il survient, après l'administration de ce premier paquet, de la moiteur, une diminution sensible de l'état douloureux, et même une somnolence agréable. Si ce résultat n'est pas obtenu complétement, au bout d'une demi-heure, on donne un second paquet. Il est rare qu'on soit obligé de recourir à un troisième paquet ; les dernières doses sont conservées pour le cas où il y aurait retour des douleurs. M. Vollant s'est servi du chlorhydrate de morphine administré ainsi dans la colique hépatique, et il n'a eu qu'à s'en louer.

Pour combattre la formation de nouveaux calculs, M. Vollant conseille les alcalins et prescrit le bi carbonate de soude le matin, à la dose de 1 à 2 grammes dans un verre de décoction de chiendent et de réglisse. Si cette dose paraît trop forte, on la partage et on la fait prendre à des intervalles plus ou moins longs dans la journée, mais en dispensant les malades de couper l'eau alcaline avec du vin, mélange qui rend ce dernier inutilement désagréable.

TRAITEMENT *des plaies suppurantes par l'huile de pétrole* ; par M. ZUNDEL, vétérinaire à Mulhouse. — L'ancienne hippiatrie faisait un fréquent usage de l'huile de pétrole dans le traitement des blessures. Frappé des succès obtenus par cette huile à la clinique de l'École de Lyon, M. Zundel a continué à en faire usage dans sa pratique. Il emploie la formule suivante :

Huile de pétrole	20 gram.
Éther	20 gram.
Alcool	80 gram.
Eau	80 gram.

Ce traitement favorise le bourgeonnement et hâte le travail de cicatrisation. M. Zundel n'emploie pas toujours l'huile de pétrole blanche; il fait aussi usage de l'huile de naphte (pétrole bitumineuse) dans les proportions de 250 grammes sur 500 grammes d'alcool de bois, et 4,000 grammes d'eau. Dans l'Alsace, ainsi que le fait remarquer M. Zundel, l'huile de pétrole est employée à titre de panacée dans le traitement d'un grand nombre de blessures de l'homme et des animaux. « Il y a une vingtaine d'années, dit l'auteur, je l'ai employée contre les maux de garrot et d'encolure ; je n'ai pas remarqué que cette huile hâtât beaucoup la cicatrisation de ces affections récentes ; mais j'ai constaté qu'elle était un excellent antiputride, et un bon modificateur des plaies anciennes.

(*Journal de méd. vétérin. de Lyon*, et *Recueil de méd. vétérinaire.*)

VARIÉTÉS.

De l'influence du canon sur le temps, la pluie et les inondations. — Nous ne nous expliquions pas le froid sibérien qui nous a fait frissonner cet hiver, mais nous le maudissions; M. Le Maout, le pharmacien-astronome de Saint-Brieuc, au contraire, ne maudit pas la température, mais il l'explique. Voilà ce que c'est que d'être savant et philosophe.

Selon M. Le Maout, ce qui nous a valu le froid de cet hiver, c'est le canon, comme il nous avait déjà valu les pluies de l'an passé. En doutez vous ? Ecoutez le physicien des Côtes-du-Nord.

« Un froid intense continue à sévir dans nos contrées, et le baromètre se maintient fixe à une grande hauteur.

« Ce résultat est amené par les immenses condensations de vapeur d'eau qui ont eu lieu cette année dans le bassin de la Méditerranée, par suite du bombardement de Gaëte, ainsi que par la défense de la place. Ces continuelles et violentes canonnades ont causé d'affreuses inondations en Espagne, et fait déborder la plupart de nos fleuves du midi de la France.

« Le froid continuera tant que la condensation aura lieu dans le Midi. Le vide qui en est la suite amène forcément l'air froid du Nord à s'y précipiter pour le combler. — Pour avoir un temps chaud, il faudrait, au contraire, que la canonnade eût lieu dans la Manche. Ce serait alors l'air du Midi qui nous passerait sur la tête.

« Les gouvernements comprendront un jour le mécanisme de ces changements atmosphériques et s'entendront pour mettre ordre à ce que deux puissances qui voudront se canonner ne dérangent pas ainsi l'ordre des saisons, en en aggravant la rigueur. »

C'est vrai, au fait ! De quel droit deux puissances qui ont maille à partir et en appellent au dernier argument des rois, se permettent-elles d'envoyer à leurs voisins 12 degrés de froid, quand ils préféreraient 10 degrés de chaleur ? De quel droit gratifient-elles ces mêmes voisins de pluies diluviennes, quand ils demandent un soleil pour rentrer leurs moissons ? Nous nous associons complétement aux vœux de M. Le Maout, et nous demandons formellement qu'à l'avenir les peuples qui voudront se tirer des coups de canon aillent se battre en Suède ou en Laponie au mois de juillet, et au Sénégal

ou à Sumatra au mois de janvier, de manière à envoyer en France de la chaleur en hiver et de la fraîcheur en été.

A moins toutefois que ces peuples ne préfèrent supprimer complétement les canons, ce qui ne serait peut-être ni moins spirituel ni plus malsain.

(*Mémorial des Pyrénées*).

Enduit préservatif pour les objets en fer et en acier, par M. A. Vogel. — Les instruments ou outils en fer ou en acier, employés dans les ateliers et même dans les laboratoires les mieux ventilés, sont sujets à s'oxyder et à se couvrir de rouile. Pour prévenir cette oxydation, on les frotte ordinairement avec de l'huile d'olive; mais cette huile présente cet inconvénient, qu'il faut, avant de se servir de ces outils, l'enlever avec soin, et en recharger l'outil, après qu'on s'en est servi; on peut, pour conserver ces objets, employer avec beaucoup plus d'avantage une solution de cire blanche dans la benzine du commerce. A la température ordinaire, 1 partie de cire blanche se dissout dans 15 parties de benzine, et cette solubilité augmente beaucoup par une élévation de la température, au point que 1 partie de cire blanche peut être dissoute par 2 parties de benzine.

La solution préparée à froid de cire et de benzine est appliquée bien également au pinceau sur la pièce, et, après l'évaporation de la benzine, qui s'opère rapidement, il reste une couche mince et bien uniforme de cire à la surface. L'acier et le fer sont parfaitement garantis de la rouille par cet enduit, ainsi qu'une longue expérience me l'a démontré, même quand on les expose à l'action des vapeurs acides.

Cet enduit présente, en outre, cet avantage important sur tous les autres vernis, qu'il est élastique et ne se crevasse pas, qu'il n'apporte aucun obstacle à l'emploi immédiat des outils, puisque la bouche mince de cire ne détermine aucune tache et n'altère pas la pureté des objets.

La vaccination chez les Kabyles. — Nous tenons d'un témoin, résidant sur les lieux, et qui nous est connu par sa haute véracité, les détails suivants, qu'on ne lira pas sans intérêt : « Il y a trois ans à peine, lorsque je voulais éloigner les Arabes, je n'avais qu'à leur dire que je me proposais de vacciner leurs enfants. Ils s'éloignaient de suite, d'un air boudeur et irrité, parce que leurs marabouts leur faisaient croire que, par ce moyen, leurs enfants deviendraient im-

puissants, et que les Français voulaient arriver ainsi à l'extinction de leur race.

« Vers cette même époque, un chirurgien militaire, envoyé par le général de la division pour faire quelques tentatives de vaccination chez nos voisins les Kabyles Beni-Menasser, employa sans doute quelques procédés un peu trop péremptoires, car il se fit chasser à coups de fusils, et fut poursuivi ainsi que son escorte. Ils passèrent, dans leur fuite éperdue, devant notre porte, et nos colons, ainsi que beaucoup d'autres, parlaient déjà de se sauver. Heureusement, un corps considérable de troupes fut immédiatement appelé de Blidah et d'Alger; néanmoins, il fallut près de deux mois pour réduire cette insurrection, car la prise d'armes avait été générale dans toute la grande confédération des Beni-Menasser.

« Maintenant, et tout-à-fait contrairement aux idées de cette époque, les indigènes m'ont tous promis avec joie de m'amener leurs enfants pour les vacciner dès que je les ferai avertir. »

Longévité comparée. — Il vient d'être fait pour l'année 1860 et les années précédentes un curieux travail sur la longévité comparée dans chacun des départements.

Le nombre moyen annuel des décès à l'âge de cent ans et au-dessus, en France, est de 148. Voici, par ordre décroissant, les quinze départements qui en comptent le plus: Basses-Pyrénées, Dordogne, Calvados, Gers, Puy-de-Dôme, Ariége, Aveyron, Gironde, Landes, Lot, Ardèche, Cantal, Doubs, Seine, Tarn-et-Garonne. On voit que les pays de montagnes se rencontrent en grand nombre dans cette série. On est étonné d'y voir figurer la Seine.

Cependant ces départements ne conservent pas le même rang quant à la durée de la vie moyenne, qui semblerait prouver que quelques cas d'une extrême longévité ne suffisent pas pour préjuger les conditions de vitalité d'une contrée. Voici, en effet, leurs numéros d'ordre: Basses-Pyrénées, 7; Dordogne, 42; Calvados, 2; Gers, 9; Puy-de Dôme, 30; Ariège, 48; Aveyron, 34; Gironde, 18; Landes, 52; Lot, 33; Ardèche, 45; Cantal, 23; Doubs, 25; Seine, 54, Tarn-et-Garonne, 13.

Les 15 départements où la vie ordinaire est la plus considérable sont: Orne, Calvados, Eure-et-Loir, Sarthe, Eure, Lot-et-Garonne, Deux-Sèvres, Indre-et-Loire, Basses-Pyrénées, Maine-et-Loire, Ardennes, Gers, Aube, Hautes-Pyrénées, Haute-Garonne.

Date des découvertes les plus célèbres. — Sans parler des décou-

vertes tout à fait anciennes et dont l'origine se perd, pour ainsi dire, dans la nuit des temps, on voit que la boussole est connue en Chine dès l'année 2602 avant J.-C.; — que les Tyriens fabriquaient du verre dès l'année 1640, et que les Lydiens avaient des monnaies d'or en l'an 1500.

Le gnomon, chez les Chinois, date de 1109; la peinture monochrome, à Corinthe, de 840; l'équerre et le niveau dus à Théodore de Samos, architecte, de 718; le cadran solaire, inventé par Anaximène de Milet, de 520; les tapisseries, à Bergame, de 321; les horloges d'eau, en Egypte, de 250; les orgues hydrauliques, dues à Otésibus, de 234; la vis sans fin, les miroirs ardents et la poulie mobile (Archimède), de 220; le papier de soie, en Chine, de 201; la mosaïque, de 200; la découverte de la précession des équinoxes (Hipparque), de 142.

Depuis J.-C., on a successivement connu: le système astronomique de Ptolomée, en 140; les cloches (Paulin de Campanie), en 400; les moulins à vent (Arabie), en 650; le feu grégeois (Callinique), en 670; le papier de coton (Constantinople), 750; l'alcool, en 824; l'imprimerie, en Chine, dès 939; les chiffres arabes en France, dès 960; l'horloge de Gerbert (Sylvestre II), en 992; les notes de musique (Guy d'Arezzo), en 1024; les armoiries, en 1150; le papier de toile, à Bâle, en 1170; la poudre à canon, 1294; les lunettes (Alexandre Spina de Pise), en 1296; les canons, en 1338; l'étamage des glaces, en 1346; les mortiers, en 1346; la gravure en creux, en 1410; la peinture à l'huile (Van Dyck), en 1415; l'imprimerie en lettres, en 1450; la pompe à air, en 1456; les estampes, en 1458; l'Amérique, en 1192; le système de Copernic, en 1500; la mesure de l'arc de méridien, en 1528; la projection des cartes marines (Mercator), en 1594; le sucre de Betterave (Olivier de Serres, l'illustre agronome français), en 1605; les logarithmes (Juste Byrge), en 1603; la circulation du sang (Harvey), en 1608; le télescope, en 1609; les vraies lois du système du monde, ou lois de Képler, en 1610; les lunettes à deux verres convexes, en 1611; le microscope et le thermomètre, en 1621; les lois de la réfraction, en 1620; le baromètre, en 1626; la presse hydraulique, en 1637; la machine pneumatique, en 1654; la théorie de la pesanteur universelle (Newton, en 1666; le ressort spiral des montres, en 1674; la vitesse de la lumière, en 1675; le calcul différentiel, en 1684; le bleu de Prusse, en 1724; le moulage en plâtre, en 1748; le paratonnerre,

en 1757 ; l'aérostat, en 1783 ; les panoramas, en 1790 ; le télégraphe aérien, en 1792 ; le galvanisme, en 1798 ; la vaccine, en 1800.

NOUVELLES.

M. Bruch, chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger, est nommé, en outre, professeur suppléant à ladite Ecole pour les chaires des sciences physiques et naturelles, en remplacement de M. Lauras, décédé.

M. Aubry, professeur adjoint de clinique externe à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, est nommé professeur titulaire de ladite chaire, en remplacement de M. Guyot, décédé.

M. Aubrée, docteur en médecine, est nommé suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à la même Ecole, en remplacement de M. Robiou, appelé à d'autres fonctions.

M. Dayot, docteur en médecine, est nommé suppléant des chaires de médecine proprement dite à ladite Ecole, en remplacement de M. Baudoin, démissionaire.

— La commission instituée pour délibérer sur le projet de construction de plusieurs grands asiles d'aliénés pour le département de la Seine, se réunit tous les lundis. On nous assure que, dans la séance du 8 avril, MM. Lelut et Moreau (de Tours) se sont très énergiquement prononcés en faveur du rétablissement du concours spécial pour la nomination des médecins de ces asiles.

— Le *Medical Times*, d'Amérique, rapporte le cas d'un tétanos idiopathique, guéri par la quinine et le wiskey à hautes doses.

Le malade, âgé de dix-neuf ans, présentait des phénomènes tétaniques d'une grande intensité. La quinine, à la dose de 4 grammes en vingt quatre heures, et du wiskey, administré de quinze en quinze minutes, guérirent le malade au bout de six jours.

— Le montant des souscriptions, d'après le journal, *Montpellier médical*, pour l'érection des statues de Lapeyronie et Barthez, s'élève actuellement à la somme de 21,495 francs.

— Le professeur Hyrtl, auteur d'un récent traité d'anatomie, remarque, comme un *signe des temps*, que depuis trente ans il n'a pas été édité en Allemagne un seul ouvrage d'anatomie pratique,

tandis que durant cette période toute une librairie, pour ainsi dire, s'est faite sur les produits des études microscopiques.

Mode d'administration de l'huile de croton dans l'usage externe par M. Marchand. — Mélanger de 5, 8, 12 15 à 20 gouttes d'huile de croton avec 3 à 4 gouttes d'huile d'amandes douces. Onction sur la partie désignée avec la main (qu'on se garantira par un gant de peau ou qu'on se lavera à l'eau de savon immédiatement après l'application). On étalera bien le liquide, afin qu'il ne glisse pas au loin; on recouvrira avec une plaque de coton, et l'on maintiendra l'appareil appliqué par un bandage approprié; après dix heures, on changera la plaque de coton : onctions avec l'huile d'amande douces jusqu'à la guérison. Dans les cas d'application de l'huile sur l'abdomen, M. Nonat recommande toujours de garantir l'ombilic par un morceau de sparadrap.

Soubeiran indique la dose d'une goutte d'huile de croton pour 5 d'huile d'olive; mais, dans ces cas, il faut, pour provoquer l'éruption, répéter l'onction quatre ou cinq fois par jour.

On peut aussi appliquer l'huile toute pure.

Ne confier cette application qu'à des personnes expérimentées.

Note. Pour son usage externe, l'huile de croton se place entre le sinapisme et l'emplâtre stibié. Son action est moins légère et moins fugace que celle du premier, plus au contraire que celle du second, et pourtant, comme lui, il amène vers l'extérieur de la sérosité et du pus.

On préférera son éruption à la congestion du sinapisme, quand on aura à traiter une affection à marche subaiguë, qui a de la tendance à devenir chronique. Elle agit plus lentement, et on ne l'appliquera pas pour les cas où il faut un effet immédiat, dans la congestion cérébrale par exemple, mais elle agit plus longtemps et plus profondément que le sinapisme; l'effet de l'un est de quelques heures, celui de l'autre est au moins de quatre ou cinq jours.

Dans ces cas, il est vrai que l'on a l'emplâtre stibié; mais l'on ne pourra défendre le parallèle que dans les cas rares où l'on aura besoin de suppurations profondes, et surtout prolongées; encore dans ces cas, je crois qu'on obtiendrait le même effet de plusieurs applications successives d'huile de croton. En toute autre circonstance, on préférera cette dernière, qui n'a pas l'inconvénient de laisser des traces indélébiles de son passage, comme le fait le tartre stibié, et avec laquelle on n'a pas à craindre l'absorption antimoniale. Je crois donc que l'huile de croton peut, par son application externe, rem-

placer l'emplâtre stibié dans tous ses emplois, et le remplacer avantageusement. Je regarde l'huile de croton comme étant un excellent révulsif, un mode d'emploi qui *évite tous les inconvénients* et celui du sparadrap de croton, dont j'ai publié la recette dans mon *Formulaire*, ajoute M. le professeur Bouchardat.

— A la Société du *comté médical* de Wayne (Amérique), M. Butler a cité le cas d'un phthisique, âgé de soixante ans, qui présentait deux battements du cœur pour une pulsation de l'artère radiale, et chez lequel l'autopsie ne révéla, du côté du cœur, aucune autre lésion qu'une adhérence du péricarde, non au cœur lui-même, mais aux organes environnants. On comptait par minute 120 battements cardiaques et 60 pulsations artérielles. Il est fâcheux que le fait soit raconté en termes si laconiques.

Déglutition et digestion extraordinaires. —M. Bérigny, médecin des prisons de Versailles, nous communique le fait suivant : « Vendredi dernier, à 11 heures 30 min. du soir, à la suite d'une attaque nocturne qui venait d'avoir lieu sur la place d'Armes, un des assaillants, voulant faire disparaître le vol qu'il venait de commettre, a avalé, en se sauvant, 65 fr. en 3 pièces de 20 fr. et une autre de 5 fr. Arrêté, il a avoué le fait ; alors il a été soumis à l'usage assidu d'une potion huileuse ordinaire, et ce matin il a rendu sans coliques, dans une seconde garderobe (une première ayant eu lieu sans résultat dans la nuit), les quatre pièces de monnaie dont l'aspect n'avait subi aucune espèce de modification.

« Ce prévenu n'a pas éprouvé jusqu'à présent le moindre trouble dans ses fonctions digestives. (*Cosmos*).

BIBLIOGRAPHIE.

Nouvelle analyse des Eaux de Bonnes, par M. Filhol, professeur de Chimie, et directeur de l'Ecole de Médecine de Toulouse.

Le Ministère de l'agriculture nous fait transmettre le nouveau travail d'analyse que M. le professeur Filhol, chargé de cette mission scientifique par M. le préfet des Basses-Pyrénées, vient de faire auprès des sources minérales d'Eaux-Bonnes.

Ces sources, dont la réputation thérapeutique est universelle, attendaient sans doute qu'un homme de science et de conscience à la fois, vînt déterminer, avec la précision requise aujourd'hui, la place qu'elles occupent dans les médicaments de ce genre. M. Filhol au-

rait voulu pouvoir, dépassant son mandat de chimiste, nous édifier sur le point de savoir si à cette réputation curative exceptionnelle ne correspond point une minéralisation exceptionnelle aussi. L'ambition était légitime et nous sommes persuadés que s'il eût suffi d'être physicien, chimiste et même physiologiste, M. Filhol nous aurait donné la solution de ce problème, réduit, pour longtemps encore, sinon au *quid divinum*, du moins à un *quid ignotum* fort respectable.

Depuis que nous assistons à tous les efforts qu'on fait pour saisir dans la composition de telle eau minérale, le secret de ses vertus thérapeutiques, nous nous sommes demandé bien souvent pourquoi on ne pense pas à en faire autant pour d'autres médicaments du règne organique, par exemple.

On s'obstine, à tort selon nous, à ne voir dans les eaux minérales qu'une composition inorganique; et le positivisme de la science s'inscrit trop résolument d'avance pour ne voir, dans la chaleur naturelle des sources, que de la chaleur en tout identique à celle que produiraient nos fourneaux, et pour ne voir dans la matière organique dont ces eaux sont imprégnées, qu'un article de l'analyse, sans autre importance que celle d'un chiffre ordinairement insignifiant par sa valeur.

La chaleur native et la matière organique dominent, selon nous, les doses partielles de chacun des principes minéralisateurs, et font des eaux minérales autre chose qu'un médicament de l'ordre inorganique. Il serait temps d'y songer.

L'eau minérale de Bonnes, comme toutes celles qui ont cette importance, sont des unités médicamenteuses, et ces unités sont sans contredit, le produit de l'alliance de chacun des principes à tous les autres; mais n'en sont certes pas la somme, comme on pourrait le croire en voyant le total que les chimistes mettent au bas de leurs colonnes analytiques.

Les eaux d'une source sont, devant le chimiste vrai et devant le médecin, une combinaison effectuant un médicament un et indivisible; car le mot combinaison est plutôt le résultat d'une multiplication que celui d'une addition; qu'on y réfléchisse.

Si l'eau minérale pouvait se diviser en ses éléments partiels pour expliquer et produire partiellement aussi les effets thérapeutiques qu'elles produisent, j'ose dire que l'hydrologie médicale ne serait qu'un vain nom, ou tout au plus un leurre homœopathique.

Nous sommes loin de faire la critique du travail de M. Filhol; le directeur de l'École de médecine de Toulouse sait à la fois le respect et la confiance que nous inspirent ses travaux. Mais, selon nous, une rénovation s'opérera dans l'étude des eaux minérales, le jour où le chimiste anoncera qu'au delà et au dessus du total des éléments isolés, il y a l'union ou l'unité que forment les éléments associés par la nature; et nous croyons que M. Filhol, sans cesser d'être le premier analyste des eaux minérales, ne serait pas éloigné d'adhérer à cette opinion, laquelle revient à dire que la composition des eaux est une formule, dans le sens vrai et philosophique de ce mot.

Le travail de M. Filhol vient nous apprendre une chose importante, c'est que la station de Bonnes, que nous croyons généralement réduite à une seule source et peu abondante encore, se trouve réellement en possession de quatre sources. Ceux qui connaissaient le fait avaient jusqu'ici l'opinion que, parmi les quatre, la source Vieille était la seule digne de la réputation dont jouissent les eaux de Bonnes. M. Filhol, sans se porter garant de l'égalité des vertus thérapeutiques de toutes ces sources, se fait un devoir néanmoins de constater que leur minéralisation respective est à peu près semblable pour les éléments analytiques et presque équivalentes par la somme de ces mêmes éléments. L'observation thérapeutique jugera à la longue si les propriétés médicamenteuses sont entre elles comme les compositions chimiques.

Examinant ensuite si l'eau dans les baignoires est la même qu'à la source, ou si elle a perdu dans le trajet qui l'y conduit, M. Filhol croit utile après cette comparaison d'exprimer le regret qu'on n'ait pas obtenu sur ce point le degré de perfection qu'on a obtenu pour la buvette, et il indique sommairement les moyens à prendre pour atteindre ce but; toutefois, dit-il « les améliorations ont moins d'im-
« portance à Bonnes qu'ailleurs, puisqu'on y donne très peu de bains,
« tandis que la majeure partie de l'eau minérale y est utilisée par la
« boisson. »

Ainsi se termine cette étude du savant professeur de chimie; l'administration supérieure ne lui en demandait pas davantage sans doute. Cependant il y a dans l'établissement thermal de Bonnes autre chose que des bains et une buvette : il y a, tous les médecins le savent et y comptent, une Salle de respiration nouvelle ou à l'eau pulvérisée, sur laquelle se fonde un développement nouveau de cette exploitation, jusqu'ici fort incomplète.

Cette Salle de respiration, étudiée par la chimie dans les établissements du nord de la France, Pierrefonds, Enghien, etc., attend qu'un homme de la valeur de M. Filhol vienne l'étudier dans les établissements du Midi, dont les sulfureuses, on le sait, sont thermales portant des bases différentes.

D'ailleurs la pulvérisation appelle un sujet d'examen nouveau : il importe, disons nous, de savoir si l'eau pulvérisée ou en poussière porte ou conserve assez bien la synthèse minéralisatrice telle que l'a faite la nature dans le sein de la terre.

La théorie dit bien que la poussière de charbon est du charbon; il faut savoir par l'épreuve chimique si la poussière d'eau minérale est de l'eau minérale ni plus ni moins.

Il y avait une autre donnée à vérifier dans cette salle chargée d'eau pulvérisée; il fallait, disons nous, savoir si, comme dans les souterrains de Luchon, M. Filhol trouverait, d'après nos présomptions, que la normale de l'oxygène atmosphérique y descend de 21, à 20 et au dessous.

Ces deux points, pour des milieux destinés à la cure des affections de poitrine, sont plus qu'intéressants; ils répondent des deux conditions requises pour un traitement complet de toute lésion de la muqueuse bronchique, depuis le pharynx jusqu'aux rameaux extrêmes des bronches s'irradiant dans le poumon. Le premier point répond à la médication proprement dite de ces lésions, le second répond à la diète respiratoire.

La médication concerne la matière médicale; il faut s'assurer que cette matière médicale, qui est l'eau sulfureuse elle-même dans la salle de respiration de Bonnes est bien cette eau sulfureuse sans altération bien notable, comme le porte la théorie de tout corps qui n'est que fragmenté.

La diète respiratoire, comme nous venons de l'établir devant l'Académie de médecine, concerne le milieu atmosphérique dans lequel se fait le traitement du malade de poitrine. Il faut que le milieu soit, pour la quantité de l'oxygène, au dessous de la normale qui est de 21 pour cent. Or, nous avons tout lieu de croire, vu l'analogie qu'il y a jusqu'à un certain point entre une salle de respiration chargée d'eau sulfureuse pulvérisée et les caves de l'établissement de Luchon, que des conditions analogues doivent exister entre ces deux milieux similaires; et que si les caves de Luchon descendent jusqu'à 19 d'oxygène, la salle de respiration doit descendre

au moins au dessous de 21. C'est tout ce qu'il nous faudrait pour satisfaire aux données de la diète spéciale dont il s'agit ici.

M. O. Henry, dans les expériences qu'il a faites dans la salle de Pierrefonds, a obtenu le chiffre 20 et 19 1/2. Nous serons satisfaits quand M. Filhol nous aura dit ce qu'on obtient dans les salles de Bonnes, de Bagnères etc., Autrefois ce fait pouvait n'avoir qu'une importance purement chimique; aujourd'hui, et désormais il prend l'importance médicale qu'on donne à une condition thérapeutique dont les effets sont positifs et démontrés.

Nous ne doutons pas que M. le professeur Filhol ne juge comme nous de l'intérêt qui s'attache à la solution de cette double question: la bonté du médicament et l'atténuation des propriétés phlogistiques de l'oxygène dans la salle de respiration chargée de poussière hydrominérale. Il sait avec quel empressement la *Revue médicale* publiera les résultats des expériences qu'il fera dans ce sens.

Dans peu de jours, M. le docteur Sales-Girons communiquera à M. Filhol un nouveau procédé de pulvérisation qui, nous avons tous lieu de le croire, sera un grand progrès surtout en ce qui concerne la conservation des propriétés médicamenteuses de l'eau minérale ou de sa composition chimique. Cet appareil a été communiqué aujourd'hui seulement pour la première fois à la société d'hydrologie ; et il a l'assentiment de tous les hommes compétents.

Granules au Carbonate ferreux naissant de Garnier Lamouroux, rue Saint-Honoré, n° 213, à Paris. Faire naître le carbonate ferreux dans l'estomac est sans contredit le meilleur moyen d'administrer cette précieuse préparation dans toutes les affections se rattachant aux tempéraments lymphatiques; sous cette forme, non-seulement il est permis de compter sur la pureté du carbonate ferreux, mais il se trouve de plus dans un état de division tel que le praticien ne peut craindre qu'il traverse le canal digestif sans produire d'effet.

« Voici l'opinion de M. le professeur Bouchardat : L'oxyde de fer au *minimum* que contient le *Carbonate ferreux* est une dose puissante, et l'acide carbonique qui lui est associé peut être déplacé sans difficulté par les acides contenus dans les voies digestives. Cette décomposition lui donne également l'avantage sur les autres sels de fer insolubles. On n'a pas à craindre qu'il traverse le canal digestif sans produire d'effet. D'un autre côté, il est souvent préférable aux sels plus solubles, car sa dissolution dans les sucs acides de l'estomac est lente, graduée et laisse peu à redouter l'impression toujours désagréable et parfois dangereuse que produit la dissolution des autres sels ferreux. »

La Scillitine Mandet, ses sirops et ses pilules.

La Scillitine, résumé des propriétés thérapeutiques de la Scille, est un médicament déjà connu et employé par les praticiens. M. Mandet, pharmacien de Tarare a fait une étude spéciale de sa préparation et l'on sait l'accueil que lui a fait l'Académie, lorsqu'elle a été soumise à son approbation.

La Scillitine extraite par le procédé de M. Chevallier se présente à la pratique dépouillée de tout le principe irritant de la plante, et quel avantage dès lors n'offre-t-elle pas dans les cas de maladies respiratoires ou urinaires, contre les quelles le premier soin est celui de ramener la circulation à l'état normal. Nous ne croyons pas utile d'en dire davantage sur son emploi, non plus que sur la spécificité qu'elle possède contre les diverses affections de l'organisme, qu'il nous suffise de dire que l'expérience a démontré que la Scillitine, s'administre généralement aujourd'hui à la dose de dix à vingt centigrammes par jour.

Croyant rendre son administration plus facile, M. Mandet a pensé qu'il était convenable de faire des pilules et un sirop de Scillitine. L'adoption qu'on a faite de la préparation sous ces deux formes a démontré que M. Mandet avait eu raison. Le sirop et les pilules sont employés tous les jours dans les hôpitaux et dans la clientèlle civile.

La Scillitine pure, et les pilules et sirop de Scillitine se trouvent à Tarare chez M. Mandet, pharmacien, et à Paris, chez M. Adrian, pharmacien, successeur de Page, 25, rue Coquillière.

La sève de Pin et son Sirop.

La sève de pin maritime est une heureuse découverte de notemps modernes pour la médecine des maladies de poitrine. L'extension qu'elle a prise prouve son efficacité. M. Lagasse a eu la bonne idée de concentrer cette substance en un sirop béchique dont l'adoption a été prompte. Les médecins l'ordonnent avec avantage dans les cas de maladies chroniques telles que catarrhes, asthme humide, bronchorrhe, etc, et ses succès ne sont pas moindres dans les indispositions aiguës de l'hiver, telles que rhumes, laryngites, pharyngites et angines.

On a remarqué que ce *Sirop de sève de pin* a aussi une action évidente sur les sécrétions urinaireres, et les irritations inflammatoires de la vessie; il dispense avec avantage de ces préparations de bourgeons de pin, si généralement employés avant la découverte de la sève qui est la substance la plus intime et la mieux élaborée de l'arbre.

Le *Sirop de sève de pin* de M. Lagasse se vend à sa pharmacie de Bordeaux, Cour-d'Albret, 31, et à Paris, chez M. Grimaud successeur à la pharmacie Dorvault, rue Lafeuillade 7, et chez les principaux pharmaciens de France.

PYROPHOSPHATE DE FER ET DE SOUDE, de LERAS, pharmacien, docteur ès-sciences. — Ce nouveau ferrugineux liquide, incolore, sans goût ni saveur de fer, contient, par cuillerée à bouche, 20 centigrammes de sel de fer. Il offre la composition des os et du sang. Seul, il ne précipite pas en présence du suc gastrique et ne provoque jamais de constipation. Il s'administre par cuillerée à bouche une demi-heure avant chaque repas, et peut se prendre en mangeant associé au vin, qu'il ne décompose pas. On en fait aussi un *Sirop* très-blanc et très-agréable, ainsi que des *Dragées*.

Il est toujours parfaitement supporté, et les observations de MM. Aran, Arnal, Barth, Bernutz, Casenave, Debout, etc., publiées par les divers journaux de médecine ont prouvé qu'il a réussi là où le *lactate de fer*, le *fer réduit*, les *pilules* de *Vallet*, l'*eau* de *Bussang*, de *Passy* et de *Spa* avaient échoué. — Prix du flacon, 2 fr. Dépôt à Paris, à la pharmacie 7, rue de la Feuillade, près la Banque. En province, chez tous les pharmaciens.

Eau sulfureuse de Labassère, près de Bagnères-de-Bigorre, Hautes-Pyrénées.

« L'eau de *Labassère* est la plus richement minéralisée des sulfu-« reuses sodiques. » (Pétrequin et Socquet.)

« Trois ans d'embouteillage sans altération. » (Ossian Henry.)

« L'eau de *Labassère* se place en tête des eaux propres à l'expor-« tation. » (Filhol.)

« La stabilité des eaux de *Labassère* leur donne, sur toutes les « eaux sulfureuses connues, pour l'exportation et l'emploi loin de « sources, une supériorité incontestable. » (Cazalas.)

Tableau comparatif par M. Filhol.

« Sulfure de Sodium : Labassère, 0,046 ; Eaux Bonnes 0,021 »
« Chlorure de Sodium : Labassère, 0,215 ; Cauterets 0,026 »
« Matière organique : Labassère. 0,145 ; Luchon 0,036 »

« L'eau de *Labassère* peut être employée *avec avantages* dans « toutes les maladies où les eaux sulfureuses sont indiquées. Elle jouit « d'une efficacité spéciale que l'on ne saurait mettre en doute dans « *le catharre chronique des bronches, les toux convulsives, les « congestions passives du poumon, la tuberculisation pulmonaire, « la laryngite chronique et les maladies de la peau.* » (Filhol. Cazalas.)

J. Gertoux, à Bagnère de Bigorre, seul fermier de la source, expédie.

Pour tous les articles non-signés, le Docteur SALES-GIRONS.

Paris. — Imprimerie de Moquet, rue des Fossés-Saint-Jacques, 11.

LA REVUE MÉDICALE
FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.
(30 Avril 1861.)

CLINIQUE ET MEMOIRES.

THÉORIE ET PRATIQUE
DE LA DIÈTE RESPIRATOIRE
DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES DE POITRINE.

Réponse de M. Sales-Girons à une appréciation critique de cette diète (au Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux). (1)

Monsieur le Rédacteur.

Sous l'intitulé de *Fantaisies thérapeutiques* M. le docteur Champouillon a fait dernièrement dans votre journal et à sa manière une *Revue* des innovations en médecine, en tête desquelles il a eu l'attention de placer la *Diète Respiratoire.*

Je ne réclame pas de cet honnneur, puisqu'il m'offre l'occasion de résumer à son adresse la théorie de cette diète que j'ai présentée à l'Académie et dont certainement M. Champouillon ne s'est pas donné la peine de prendre quelque connaissance.

Rappelons d'abord les termes de la mention qu'en peut faire un honorable professeur du Val-de-Grâce.

« Si notre époque, dit M. Champouillon, prend jamais un « nom dans l'histoire de la thérapeutique, elle devra s'ap- « peler l'époque des *Fantaisies*; de quel autre nom en effet « pourrait-on qualifier les *Conceptions singulières* qui nous « montrent jusqu'où peut mener le goût des *excentricités*..... « Nous cédons volontiers aux attraits de la nouveauté, et en « cela nous avons quelquefois tort. Il est vrai que d'ordinaire « nous ne subissons cette influence que quand des remèdes « nouveaux ou des médications nouvelles se présentent à « nous sous le patronage d'un nom illustre ou avec la sanc-

(1) Voir la *Gazette des hôpitaux*, n° du 20 avril 1861.

« tion d'un corps savant. Qui pourrait, en effet, sans passer « pour récalcitrant, refuser de prendre au sérieux l'idée « d'une *Diète respiratoire,* par exemple, quand un homme « célèbre et parfaitement estimable donne à cette idée une « adhésion enthousiaste? et quand l'Académie tout entière « reconnaît dans l'invention d'une *muselière goudronnée* une « immense découverte!

« Chacun de nous dut se dire : Une appréciation aussi flat- « teuse, un assentiment aussi unanime ne s'accordent guère « à des puérilités. *Théoriquement, la possibilité d'une diète « respiratoire semble en contradiction avec les données de la « physiologie et de la chimie;* mais peu importe, consultons « l'expérience clinique. Or l'expérience clinique répond que « les grands hommes ne sont point exempts d'illusions, et « que les académies ont d'inépuisables indulgences. »

En somme la diète de la respiration serait ou rappelerait la *Fantaisie*, la *Conception singulière*, l'*excentricité*, la *puérilité*, *etc.* Ce vocabulaire un peu dur à l'amour-propre d'un confrère, encore ému des suffrages de l'Académie, vous rappelera, M. le rédacteur, que l'an dernier, à pareille date à peu près, je fus obligé de répondre à M. Champouillon que nous n'avions rien fait pour encourir son style(1). Mais faisons bon marché de notre amour-propre de médecin, quoi qu'il en coûte, et arrivons d'emblée à la partie critique; car M. Champouillon fait la critique de la diète respiratoire en insinuant que sa *théorie semble en contradiction avec les données de la physiologie et de la chimie.*

Eh bien cette contradiction d'abord, si on avait pris la peine d'y réfléchir un instant, se fût montrée ce qu'elle est en vérité; c'est-à-dire, un préjugé séculaire et traditionnel faute d'y avoir songé. La *Diète respiratoire* produit en effet

(1) Il s'agissait alors de la pulvérisation des liquides médicamenteux, dont M. Champouillon ne paraissait pas s'être plus occupé que de la Diète respiratoire. Il y a des médecins qui ne souffrent pas les idées nouvelles. (Voir la *Revue Médicale*, mars 1860).

l'idée de contradiction; mais dès qu'on pense que l'air est l'aliment de la respiration ou que l'oxygène est son *pabulum*, et qu'on voit combien il est aisé de modifier cet élément en quantité et en qualité, le mot *Diète respiratoire* doit faire l'effet du mot d'une énigme facile. Et c'est vraiment l'effet qu'il a produit sur tout le monde, excepté sur M. Champouillon.

On dit qu'il n'y a rien de nouveau sur le soleil. Si vrai que cela soit en médecine surtout, il faut reconnaître que l'idée et le mot de *Diète*, appliqués à la respiration, sont restés inédits dans nos archives jusqu'à ce jour. Dira-t-on que cette diète eût été inutile? Nul n'oserait justifier le passé avec cet argument. L'organe qui est la source et le foyer de toute activité vitale, la fonction qui a toujours été confondue avec la vie, le viscère dont l'excitation et la modération sont elles-mêmes la cause de toute excitation et modération dans l'économie générale, répondent à l'hypothèse gratuite de cette inutilité. Comparée enfin à la diète digestive, je ne crois pas que la diète respiratoire soit au second rang.

Cela dit, démontrons brièvement à M. Champouillon, devant les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux*, que la chimie et la physiologie ne sont point contradictoires à la théorie de cette diète nouvelle; nous justifierons ainsi l'assentiment que M. le professeur Bouillaud, rapporteur, a donné à cette théorie et les félicitations que l'Académie en a adressées à l'auteur, sans croire faire acte d'illusion ni de complaisance, comme on a osé l'écrire.

La physiologie et la chimie sont unanimes pour reconnaître 1° que l'oxygène de l'air est le principal agent ou aliment de la respiration et de l'hématose, 2° que les quatre parties d'azote pour une d'oxygène qui constituent l'air ordinaire, marquent la première intention de notre diète dans la nature. La mère qui fait de l'*abondance* en mêlant pour son enfant quatre parties d'eau avec une de vin généreux, fait comme la nature. L'air pur et normal n'est que de l'abondance eu égard à la respiration; et la nature nous donne,

dans la composition de l'atmosphère, la première grande leçon de diète respiratoire.

Nous sommes déjà loin de la prétendue contradiction de M. Champouillon, et nous n'avons fait que le premier pas; faisons le second.

La nature laisse toujours quelque chose à faire à l'art; c'est ainsi qu'elle utilise l'intelligence de l'homme ici-bas. Toute la médecine est là. L'air normal peut être encore trop peu oxygéné pour certains états morbides, et voilà la *Cloche à air comprimé* qui vient y pourvoir. La *Cloche à air déprimé* ou atténué remplirait l'indication contraire pour des cas opposés aux premiers; mais celle-ci n'existe pas; on n'y avait point songé. Cependant l'idée d'augmenter l'oxygène pour la respiration semblerait porter avec elle l'idée de le diminuer; il y a maladie par défaut et par excès, par le trop et le trop peu. Passons.

Sur le haut des montagnes, nous trouvons réalisées, sous ce rapport, les mêmes conditions que dans la cloche à air raréfié.

Dans l'intérieur de la terre l'air des mines se trouve à tous les degrés d'oxygénation depuis 20 jusqu'à 17 pour cent, la normale étant 21. Le mineur y vit sans s'en apercevoir et, notons-le, il est rare qu'il meure de phthisie. Voyez la statistique du docteur Hervier, de Rive-de-Gier, à cet égard.

Les vallons au couchant, où l'air est calme, tiède et moite, sont des séjours de diète respiratoire; comparez-en la mortalité phthisique avec celle des vallons exposés au nord, dont l'air est pur, vif, sec, froid, en un mot riche d'oxygène.

J'aurais bien d'autres observations de ce genre à signaler, si je n'étais pressé d'arriver au terme de ma réponse.

Toute diète implique modification dans la *quantité* et dans les *qualités* du *pabulum*. Continuons l'exposé des moyens faciles pour atteindre l'oxygène de l'air en *quantité*, nous verrons ensuite comment on peut l'atteindre dans ses *qualités*; car c'est là notre but.

1° La physique enseigne que l'air augmente de volume

par la chaleur ; donc en été, ou dans une chambre à la température de 20 degrés, l'oxygène doit être en moindre quantité qu'en hiver et au-dehors;

2° La chimie a calculé que l'homme respirant à zéro de température rend ou expire trois fois plus d'acide carbonique que s'il respirait à 30 centigr. Quelle différence énorme dans la consommation d'oxygène, selon que l'on respire dans l'un ou l'autre de ces deux milieux !

3° L'homme qui court, qui fait effort, respire plus d'oxygène que l'homme au repos. Voici les chiffres du grand Lavoisier, ils n'ont pas été contredits ; je cite :

« Au repos, à jeun et en une heure l'adulte consomme 24 litres d'oxygène.

« Le même dans les mêmes conditions, mais portant un poids de 7 kilogrammes à 200 mètres de hauteur, consomme 63 litres d'oxygène dans le même temps. »

La chaleur et le repos sont donc deux moyens de diète respiratoire par excellence : ils nous enseignent à épargner, quand nous voudrons, deux ou trois cents litres d'oxygène par jour aux usages de la respiration.

Nous savions cela, me dira-t-on, puisque l'on a fixé à 20 degrés la température des chambres de malades et ordonné le calme et le repos à l'homme enrhumé? Je réponds : qui est-ce qui savait qu'ainsi faisant on fesait de la Diète respiratoire? C'était la prose de M. Jourdain.

Si l'on avait eu conscience de cet empirisme, ce n'est pas seulement aux maladies de poitrine qu'eût été bornée cette diète; on aurait vu bientôt que la respiration, par l'hématose qui l'accompagne, était la fonction dominante de l'organisme, le pendule métronome et le ressort de l'économie vivante; que son exaltation et son abaissement se traduisaient mot à mot dans tout le système de la vie organique. On aurait vu, dis-je, que la Diète de la respiration pouvait entrer utilement dans le cadre de toutes les maladies.

La Diète respiratoire et la Diète gastrique en effet, coïncident dans toute leur étendue et s'influencent réciproquement; elles

se prêteraient dès-lors un mutuel concours d'un bout à l'autre de la thérapeutique. Manger peu ou beaucoup, n'est-ce pas se préparer à respirer de même; et amoindrir la quantité d'oxygène respiré, n'est-ce pas ralentir la digestion? Sous ce point de vue, j'ose le dire, la Diète gastrique n'était que la moitié de la Diète requise par la thérapeutique générale. Voilà ce qu'enseigne la physiologie et non pas le contraire.

Si les anciens avaient eu l'idée de la Diète respiratoire, les moyens de produire des modifications sur l'air respiré rempliraient des volumes. Ne sachant les faits qu'empiriquement, ils envoyaient leurs malades de la Grèce en Egypte, ou dans les forêts de pins de la Sicile. Le séjour des étables à vache n'est pas moderne, et cependant qui est-ce qui avait jamais rapproché le bénéfice de leur habitation pour le poitrinaire de l'abaissement qu'éprouve la normale de l'oxygène dans cet air confiné? Le matin avant d'élargir les portes, les étables à vache marquent 20 et même 19 d'oxygène, au lieu des 21 de l'atmosphère extérieure. Calculez la différence de ce séjour pour la respiration au bout de vingt quatre heures, et au bout de trois mois on se rendra raison peut-être de l'amélioration du poitrinaire, surtout si on sait que l'essence de son mal est de vivre trop vite, de brûler trop rapidement. Les Anglais, nos maîtres en science de la phthisie, lui ont conservé le nom de *Consomption*; la physiologie moderne n'a peut-être que trop raison en faisant le mot *respirer* synonime de *brûler*.

Qu'est-ce que la cravate *Cache-nez*, que l'on vient d'adopter si universellement contre le froid et le vent? Cherchez tant que vous voudrez, vous ne lui trouverez pas de meilleure raison d'être que la diminution de l'oxygène. Multipliez en effet les doubles du tissu sur la bouche et les narines et vous échaufferez d'autant l'air respiré, et vous respirerez de nouveau une plus grande portion de l'air expiré; en un mot vous amoindrirez la quantité d'oxygène. Les autres bienfaits du cache-nez sont peu de chose en compa-

raison. Ce sont là autant de pratiques empiriques dont notre théorie apporte l'explication.

Nous avons donc maint moyen d'atteindre la *quantité* de l'oxygène atmosphérique. Ce n'est là que la première partie de notre Diète ; passons au moyen d'en atteindre les *qualités* phlogistiques, et procédons brièvement.

Depuis quinze ans, ainsi que le prouve notre ouvrage sur le *Traitement des maladies de poitrine*, publié en 1845 (1), depuis 15 ans, notre présomption était que les émanations balsamiques du goudron, si efficaces contre la phthisie, devaient atténuer sur les bronches les effets de l'oxygène de l'air. L'an dernier seulement cette présomption fut soumise au contrôle de l'expérience; un jeune chimiste voulut bien faire pour nous l'analyse de l'air goudronné. (On sait que l'analyse de l'air se fait au moyen du phosphore, les 21 d'oxygène se consument en combustion lente avec celui-ci, et les 79 d'azote restent seuls dans l'éprouvette.)

Je ne crois pas nécessaire de décrire les détails de l'expérience; le résultat qui seul nous importe fut que le phosphore dans l'air goudronné ne brûla pas ; c'est-à-dire, que l'oxygène, si actif sur ce corps, y demeura inerte en sa présence. Les 21 parties sur cent restèrent intactes, la quantité normale de l'oxygène, dis-je, y fut conservée en totalité. La qualité phlogistique du gaz seule est modifiée ou amoindrie au point que le phosphore perd sa phosphorescence elle-même dans l'air goudronné ; et nous appelons air goudronné celui d'un bocal de plusieurs litres au fond duquel ont été étendues seulement quelques gouttes de goudron ordinaire.

M. le professeur Guibourt refusa de croire à ce fait et alla même jusqu'à le nier devant l'Académie ; mais les faits ne

(1) Traitement de la phthisie et des autres lésions de poitrine par les inhalations de goudron, 1 vol in-8°. 2me édition, chez M. Savy, libraire, 20, rue Bonaparte, Paris.

sont pas comme les opinions, ils restent, et M. Guibourt reviendra de sa négation (1).

Nous voilà donc en possession du moyen d'atteindre l'oxygène atmosphérique en *quantité* et en *qualité* pour l'acte de la respiration; c'est la Diète respiratoire constituée en principe. Il ne reste plus qu'à la traduire en pratique, ce qui est facile, si de ce qui précède nous avons retenu que les deux moyens de procéder pour cela sont :

1° D'échauffer l'air respiré pour lui donner plus de volume et diminuer ainsi la quantité d'oxygène;

2° De répandre dans cet air des émanations de goudron pour adoucir les qualités de ce même oxygène.

Nous savions cela, me dira-t-on, puisque nous ordonnions aux malades de poitrine le séjour prolongé d'une chambre à vingt degrés de température et dans laquelle on disposait des vases contenant cette même substance à évaporer de plusieurs manières. Je répondrai toujours : c'est vrai ; mais qui pensait ainsi faisant et à la diète respiratoire et à son *pabulum*. L'empirisme a souvent précédé la science; ici seulement il l'a précédée de vingt siècles; car les vertus artériaques du goudron ont été connues dès l'antiquité.

Récapitulons un peu ce que nous venons de dire :

1 Nous avons dit que la Diète respiratoire avait sa place et son utilité dans la médecine. Nous l'avons démontré par le fait de ceux qui dans le passé en ont fait sans le savoir. Ceux qui dans l'avenir en feront avec connaissance de cause le démontreront mieux que nous.

2° Ayant dit que la diète respiratoire, comme la diète digestive, impliquait modification du *pabulum* en quantité et en qualité, nous avons exposé les nombreux moyens d'a-

(1) Nous avons vu dans le dernier numéro de la *Revue Médicale*, en effet, avec quelle justice et quelle loyauté M. Guibourt est venu reconnaître devant la même Académie que M. Sales-Girons avait eu raison. (N. du R.).

moindrir l'oxygène de l'air en quantité, et signalé celui de l'amoindrir en qualité.

3° Enfin nous avons indiqué en passant que toutes les autres diètes, de repos, de température, de digestion, avaient, en partie du moins pour but la Diète de la respiration, et partant que les avantages retirés de celles-là pouvaient être imputés à celle-ci, même en dehors du cadre des maladies de poitrine.

Après cette récapitulation il ne nous reste donc plus qu'à instituer en pratique la théorie de la Diète respiratoire, au point de vue des maladies de poitrine, qui seules font ici l'objet de cette étude. Une simple question rétrospective va nous en abréger les détails.

Avant de connaître l'admirable propriété qu'a le goudron d'atténuer l'action subversive de l'oxygène de l'air sur les bronches, que faisait-on de mieux pour le traitement curatif des maladies en question? Dans ses dernières années Chomel, sans avoir lu probablement notre Ouvrage de 1845, ordonnait invariablement au poitrinaire de s'établir dans une chambre chaude, dont l'air peu renouvellé serait imprégné de vapeurs de goudron. C'est dans ce milieu, qui ne devait agir qu'à la longue et par le séjour continu, qu'il instituait le régime du malade.

Respirer l'air clos, chaud et goudronné, telles sont encore les conditions de notre Diète, avec cette différence que nous savons ce que nous faisons :

Air clos et chaud; c'est-à-dire, amoindri d'oxygène en *quantité*.

Air goudronné : c'est-à-dire, amoindri d'oxygène en *qualités*.

Reste le séjour en chambre auquel trop peu de malades peuvent s'astreindre, et dont-il faut trouver l'équivalent dans notre diète; les facilités étant des garanties d'exécution.

Voilà donc les raisons d'être de ce petit appareil que M. Bouillaud a présenté à l'Académie comme la solution du problème simplifié de la diète respiratoire.

M. Champouillon l'appelle une *muselière;* qu'importe, si la chose est bonne, elle fera oublier ce surnom de mépris ou de ridicule. L'appareil existait; c'était la réduction intelligente de la cravate-cache-nez, imaginée par les Anglais, qui ont l'instinct des pratiques utiles à la respiration. Nous n'avons fait qu'y ajouter l'agent modificateur de l'oxygène, avec quelques-autres perfectionnements secondaires, et nous l'appelons *Diète respiratoire*, parce qu'il en est l'instrument approprié.

Cet appareil, moins grand que la paume de la main et de l'épaisseur de quelques millimètres, s'applique devant la bouche et les narines. Il est confectionné avec des lames de tissus de crin et de laine, recouvertes d'un velours à l'extérieur. Dans l'intervalle des lames est étendue la goutte de goudron dont les émanations se mêlant à l'air inspiré doivent adoucir le contact de l'oxygène sur les organes. Les lunettes ne sont pas plus faciles à porter, et le son de la parole n'en est pas même influencé, ainsi que l'a dit M. le professeur Bouillaud en le présentant à l'Académie, le jour où il fit son rapport sur notre *Diète respiratoire.*

Le fait est qu'avec cet appareil on peut dire que le malade emporte avec lui son atmosphère diététique. Son usage équivaut au séjour dans la chambre goudronnée et n'en a pas les inconvénients. Il n'est pas de condition sociale dans laquelle on ne puisse le porter, au moins quatre ou cinq heures par jour, sans compter qu'on peut le garder sans gêne durant le sommeil.

J'ai dit enfin qu'avec une certaine persévérance, durant la saison rigoureuse, il équivaudra au changement de climat du nord au midi; et je maintiens ce dire, s'il est prouvé, comme je l'ai prouvé, que sur les 1500 litres d'oxygène, qui servent à la respiration dans les vingt heures, l'équivalent de plus de 200 litres peut être épargné à la fonction, et une plus grande quantité encore au contact des organes pulmonaires.

J'aurais encore à traiter la plus importante des questions qui se rattachent à notre diète; je veux parler de celle qui

a trait à ce contact de l'oxygène atmosphérique sur les lésions de la muqueuse bronchique ; je ne veux que la signaler ici.

La physiologie a mis hors de doute aujourd'hui que l'impression de l'air sur les plaies et lésions à découvert est la cause de leur entretien et de leur aggravation Or de toutes les lésions, celles des bronches sont sans contredit les plus exposées : le mouvement de va-et-vient de la respiration doit produire sur elles l'effet des soufflets qui allument le feu.

Que les lésions soient chroniques ou aiguës, les avis sont donc unanimes, faut-il les préserver du contact trop vif, trop immédiat de l'atmosphère ? Quand on dit de l'atmosphère, ce n'est pas de l'azote inerte qu'on veut parler, mais bien de l'oxygène, l'agent de toute inflammation et de toute dégénération des sécrétions morbides des tissus lésés.

C'est donc ici que vient s'appliquer utilement et à propos notre petit appareil de diète respiratoire. Il n'a pas pour effet, dans notre intention, de fournir le remède de ces lésions; mais seulement de les protéger contre l'agent extérieur, qui vient à chaque instant en irriter la surface et hâter sur elle la dégénerescence des humeurs morbides que la nature y sécrète déjà dans un but de protection.

Quelque soit le traitement spécial ou rationnel qu'on ait institué, l'appareil doit être mis en œuvre ! a thérapeutique n'est complète que lorsque la diète concourt avec le médicament pour la même fin Nous pourrions bien faire valoir que l'air goudronné, préparé par l'appareil, est déjà un véritable médicament; mais nous faisons ici le sacrifice du goudron comme agent curatif, pour ne le considérer que comme agent diététique ou modificateur de la cause secondaire des lésions, en un mot, de l'oxygène. Nous ne voulons pas enfin que la diète supplée ou cumule la médication proprement dite; mais aussi, point de traitement qui dispense de la diète.

Et maintenant que je crois qu'il y a accord plutôt que contradiction entre la diète respiratoire et la physiologie, j'en appelle au praticien qui connaît le résultat des plus petites

influences extérieures agissant sur l'organisme avec quelque continuité et je lui dirai :

Considérez le phénomène de la respiration dans ses rapports avec l'air atmosphérique. Plus de dix mille litres de cet air alimentent cette fonction dans la durée de 24 heures; un peu plus du cinquième de cette quantité représente celle de l'oxygène ; de cette quantité d'oxygène un tiers seulement est absorbé pour l'hématose locale et générale, et les deux tiers reviennent au dehors par l'expiration. Voilà le résumé de ce commerce de la muqueuse respiratoire avec l'atmosphère.

Eh bien supposez quelque chose de défectueux, si peu défectueux que ce soit, dans la composition de cette atmosphère ou dans l'état de cette muqueuse ; supposez, dis-je, quelque chose de nuisible, si peu nuisible que ce soit, dans un instant de ce commerce, et voyez, en ajoutant les instants aux instants jusqu'à ce qu'ils deviennent des années, ce qui doit résulter en somme de préjudice pour l'organe lésé. Une goutte d'eau humecte le roc, répétez-la sans cesse, elle le creuse. Ainsi de la fonction qui nous occupe : une inspiration d'air trop vif sur une membrane irritée n'est rien d'appréciable; les inspirations multipliées par la succession et la durée produiront les plus profonds désordres.

Heureusement qu'il en est des petites influences curatrices comme de celles qui sont morbifiques, et que si par exemple un centième d'oxygène en plus dans chaque inspiration peut à la longue engendrer de grandes altérations organiques, le moyen d'amoindrir l'air de ce centième peut aboutir à d'aussi grandes réparations.

C'est là le fait des lésions de poitrine dans ce qu'on regarde comme leur cause d'entretien; mais c'est aussi le fait de notre diète respiratoire. Influence contre influence, continuité contre continuité, l'indication est rationnelle, et la thérapeutique satisfaite. Il n'est de cure mieux instituée que celle qui procède comme la cause du mal, en corrigeant incessamment ses effets, ou en la rendant inerte quand on ne

peut mieux. Les cures de lésions chroniques qui s'opèrent à la longue sont les plus vraies en thérapeutique.

La digestion gastrique comporte des interruptions : on ne mange qu'à de longs intervalles. La respiration au contraire est perpétuelle ; ce qui explique qu'on l'ait faite synonime de la vie, et sa suppression synonime de mort. La diète respiratoire a donc cet avantage sur la diète digestive qu'elle opère sans cesse comme la vie. Mais il ne s'agit pas ici de supplanter celle-ci par celle-là ; il s'agit au contraire de les associer comme elles sont associées dans l'organisme, en reconnaissant toutefois que si la diète respiratoire joue le rôle secondaire dans la thérapeutique générale, elle joue sans contredit le premier dans la thérapeutique spéciale des maladies de poitrine.

Terminons en remerciant M. le docteur Champouillon de l'occasion qu'il nous a fournie involontairement sans doute, d'exposer à ceux qui croient comme lui que la Diète respiratoire était en contradiction avec la physiologie et la chimie, que rien au contraire n'est plus en harmonie avec ces sciences, ainsi qu'il vient d'être démontré.

Nos lecteurs jugeront si M. le professeur Bouillaud et l'Académie de médecine ont cédé à des illusions en acceptant une pratique fondée sur la théorie que nous venons d'exposer.

ESSAI
SUR
L'ALBUMINURIE LIÉE A L'ÉTAT DE GESTATION

Par le docteur **Hamon**, de Fresnay-sur-Sarthe, membre des Sociétés de médecine pratique, médico-pratique, des Sciences médicales de Paris, de la Société de médecine de la Seine et de la Société impériale de médecine de Bordeaux.

Voir le cahier du 15 Avril 1861.

J'ai vu d'un autre côté, les effets perturbateurs de la médication vomitive augmenter, d'une façon non moins remarquable, les proportions du dépôt albumineux. Dans une

première expérience chez la nommée Yron, la hauteur du précipité se trouva élevée de 0m,28; dans la seconde, il ne le fut que de 0m,006. Chez la femme Plessis, j'ai noté des différences de 0m,032; 0m.023 et même, dans un cas, de 0m,065. Notons, pour en finir avec un sujet, dont il serait assurément fort intéressant de traiter un peu plus longuement, que, chez une autre malade, la femme Pioger, la médication perturbatrice, employée exactement de la même façon, a donné lieu à des résultats diamétralement opposés aux précédents. Ceux d'une première épreuve ont été une diminution de 0m, 015 dans la hauteur du dépôt; dans une seconde expérience j'ai observé un abaissement de 0m,01 dans cette même hauteur. Des effets aussi satisfaisants m'avaient fait espérer, lors des essais que je tentais pour la première fois chez cette femme, que cette méthode pourrait bien être ce fameux traitement spécifique de l'albuminurhée, si longtemps vainement cherché. Les résultats si différents de mes autres tentatives n'ont pas tardé à me démontrer que j'avais conçu un espoir qui, dans de semblables conditions du moins (albuminurie chronique simple) ne devait point se réaliser.

Mais en voilà assez, pour l'instant, sur le compte des manifestations cérébrales. Faisons remarquer, seulement, que les résultats si opposés, obtenus chez les sujets de ces dernières expériences prouvent, une fois de plus, la véritable nature de ces mêmes manifestations. Pourquoi l'albuminurrhée, en effet, n'aurait elle point, ainsi que toutes les autres névroses, les allures propres, de même que ses fantaisies thérapeutiques ? Mais, arrivons à une complication non moins redoutable de l'albuminurie; à l'œdème des poumons.

2° *Œdème des poumons.* Cette hydrogonie est l'une des plus fréquentes que l'on ait occasion d'observer dans la névrose albuminurrhéique. Après l'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané, c'est elle, qui en effet, se produit le plus communément dans cette affection. C'est ainsi dans tous les cas graves, accompagnés d'œdème; (car ce dernier

épiphénomène n'est point une condition nécessaire de l'albuminurie (1), on est à peu près sûr de constater, à un degré variable, une infiltration séreuse des poumons.

Cette complication s'accompagne généralement de troubles dyspnéiques plus ou moins marqués. Ces accidents, qui peuvent parfois atteindre les proportions de l'orthopnée la plus cruelle, sont, dans certains cas, assez prononcés pour inspirer les plus sérieuses inquiétudes. Tel était le cas de Mme Rose (obs. VII). Tels étaient également ceux dont je dois la relation à mon honoré confrère (obs. VIII, IX, X, XI).

Il est aisé, je crois, de s'expliquer la fréquence de l'infiltration séreuse des poumons. Aucun organe parenchymateux n'offre une trame aussi lâche; le mécanisme même en outre de l'acte de la respiration, est on ne peut plus propre, par un véritable appel du liquide séreux, à faire des organes un lieu d'élection de l'infiltration.

Dans les phénomènes dyspnéiques, j'ai peine à admettre une unique influence mécanique. J'ai, un certain nombre de fois, constaté une orthopnée très prononcée, que la lésion pulmonaire était loin de me sembler suffisante pour expliquer (v. p. 15). Je crois qu'il convient, pour s'en rendre compte, d'invoquer l'intervention d'une autre cause; un trouble de l'innervation du pneumo gastrique. J'ai déjà eu, ailleurs, l'occasion d'exposer ma manière de voir, concernant l'intervention de ce second facteur, dans un essai sur la congestion sanguine pulmonaire albuminurique (2). Inutile donc de revenir de nouveau ici sur le même sujet.

Les accidents dyspnéiques semblent exercer une influence marquée sur l'albuminurrhée. On n'a, du reste, point lieu de s'étonner d'une telle particularité, pour peu que l'on se rappelle ce que j'ai avancé plus haut, concernant la pathogénie de ce phénomène, et les conditions qui la régissent dans ses diverses manifestations.

(1) V. Abeille médicale 1860, nos 27 et 28.
(2) « id. 1860 no 16.

Voici, d'ailleurs, quelques faits qui feront mieux ressortir l'influence albuminogénique de cet épiphénomène. Je suis obligé de puiser mes exemples en dehors de l'état de gestation; mais ils n'en sont pas pour cela moins significatifs.

Mlle Lhermier. OEdème des poumons, très-marqué à droite. Dyspnée surtout au réveil. 5 septembre, dépôt albumineux, marquant à mon albuminomètre 0m,047. Le 8, pouls 130; respiration 50, précipité albumineux, 0m,09. 12 septembre, pouls 110; respiration 33; précipité albumineux, 0m, 012. 21 septembre, pouls 130; respiration 44: dyspnée très sensible, occasionnée par un œdème de la glotte; dépôt albumineux, 0m, 107. Mort le lendemain matin.

La longue et douloureuse affection de la femme Rose (obs. VII), a eu pour cachet spécial la production des accidents dyspnéiques les plus tenaces, les plus torturants. J'ai pu voir cette malheureuse femme, qui suffoquait dans la position horizontale, conserver plusieurs mois la posture la plus pénible, inclinée sur une banquette transversalement placée sur son lit au devant d'elle. Voici les résultats de quelques expériences albuminométriques, qui semblent mettre hors de doute l'influence albuminogénique des accidents de la dyspnée.

Le 4 septembre 1858, en l'absence de toute dyspnée, la hauteur du dépôt albumineux est de 0m,019. Le 29 du même mois, la gêne de la respiration est très grande (bien que je ne constate dans les poumons que des traces d'infiltration séreuse). Hauteur du précipité, 0m,03. Le 3 janvier, accidents orthopnéiques extrêmes, qui me contraignent de prescrire une potion vomitive (médication perturbatrice). Dépôt albumineux, 0m,072.

Amélioration graduelle. Le 9 février, état général relativement satisfaisant, respiration libre. Dépôt albumineux. 0m,022.

Bientôt les accès dyspnéiques recommencent et se renouvellent, plus intenses que jamais, toutes les nuits. 14 février, dépôt albumineux, 0m,079 (urines de la nuit). Le 26

février, ces accidents étant complétement dissipés, la hauteur du précipité est réduite à 0m,027.

Inutile de produire de nouveaux résultats, qu'il me serait aisé de multiplier. En voilà assez pour démontrer, une fois de plus, l'influence de l'innervation cérébrale sur l'albuminurrhée. Ce phénomène, d'ailleurs, que j'ai étudié le premier avec quelque soin, et surtout avec une grande précision, n'est pas encore suffisamment connu. Je ne considère, moi-même, ces derniers que comme provisoires. L'intérêt qui s'y rattache est si grand, que je ne manquerai pas de profiter de toutes les occasions qui pourront se présenter pour poursuivre mes recherches sur cet objet. C'est dans cette voie, j'en suis plus que jamais convaincu, qu'il convient de s'engager, pour trouver la solution de la plupart des questions non encore résolues, relatives à cette mystérieuse entité morbide.

Je répéterai ici ce que j'ai déjà avancé plus haut, au sujet des accidents cérébraux; l'albuminométrie ne peut fournir aucune donnée importante au point de vue pronostique. Elle témoigne de l'atteinte actuellement portée aux fonctions de l'hématose, mais voilà tout. Que ces dernières reprennent leur formalité, l'abondance de l'excrétion albumineuse diminue aussitôt. C'est précisément ce que j'ai été à même de constater un certain nombre de fois, notamment chez la femme Rose.

L'infiltration séreuse des poumons ne constitue point la seule hydrogonie propre à l'albuminurie de la grossesse. Des collections peuvent s'effectuer du côté de la plupart des cavités pourvues d'une membrane séreuse. L'hydropéritonie, par exemple, est extrêmement fréquente dans ces conditions. Elle est également, pour moi, le fruit d'une déviation de l'innervation ganglionnaire qui, comme on le sait, préside à toutes les sécrétions. Elle est toutefois favorisée, dans son développement, par une cause toute mécanique, dont on conçoit à merveille le mode d'action. Je n'ai jamais vu, pour mon compte, cette complication atteindre des proportions

suffisantes, pour menacer les jours des malades ! Elle a, dans tous les cas où je l'ai observée, et assez promptement jugée, après l'accouchement, par une diurèse abondante.

Pour ce qui est des autres hydrorganies, je n'ai aucune observation propre, qui soit digne d'être notée ici.

3° *Accidents pneumatosiques.* L'état puerpéral est une condition très favorable au développement de la tympanite. On trouve, dans l'immortel ouvrage de Morgagni (1), la relation, beaucoup trop succincte, de quelques faits dans lesquels cette complication a occasionné la mort. Celui qui a fait l'objet de mon observation XII, n'en est pas moins digne du plus haut intérêt, car les cas de cette nature sont, fort heureusement, extrêmement rares. Ce sujet, d'ailleurs, n'est pas le seul chez lequel j'aie eu occasion d'observer la production de ce phénomène; la femme Pioger en a été plusieurs fois affectée, et, je dois le dire la première fois qu'elle en a été atteinte, mon diagnostic a pu se trouver un instant en suspens. Les classiques nous enseignent que, dans la tympanite, le ventre résonne comme un tambour, et que, dans l'ascite il y a une matité marquée, une résistance au doigt considérable. Tout cela est superbe en théorie; en pratique, c'est toute autre chose. La preuve est que, chez ces deux sujets, la percussion accusait beaucoup plus la présence d'une collection liquide dans le péritoine, qu'un dégagement de fluides gazeux intestinaux; aussi, dans l'un et l'autre cas, si je n'avais eu, pour me guider, aucune donnée commémorative, aucun indice d'un autre ordre, j'eusse assurément été beaucoup plus porté à pencher vers la première opinion que vers la seconde.

Chez mon second sujet, ce phénomène n'a jamais entraîné aucune conséquence grave. Après quelques jours de durée, le ballonnement du ventre s'est toujours affaissé, soit spontanément, soit sous l'influence de la médication purgative.

(1) *De sedibus et causis morborum. Epist.* 48e.

Dans le premier cas, la malade n'a jamais émis, m'a-t-elle assuré, aucun produit gazeux.

Je considère ce phénomène comme le résultat d'une déviation de l'innervation ganglionnaire. Ne voit-on pas, d'ailleurs, des manifestations, analogues dans leur essence, se produire journellement dans une autre névrose? J'ai nommé l'hystérie.

§ 4. Diagnostic.

Le diagnostic de l'albuminurie liée à l'état de gestation, est ordinairement facile. Le plus ordinairement même, cette affection peut être soupçonnée au premier aspect. Mais, il ne faut pas l'oublier, on ne saurait jamais asseoir solidement son jugement, sans l'analyse préalable des urines. On peut, en effet, assez fréquemment noter une infiltration assez étendue du tissu cellulaire, sans que l'analyse de ce fluide y décèle la présence de l'albumine (1). J'ai commis moi-même plus d'une méprise, en portant de ces diagnostics d'emblée. Ce n'est pas tout; il est des cas, les plus rares, à la vérité, où un unique examen des urines ne suffit pas toujours pour déceler la véritable nature de l'affection. A une certaine période de la maladie, l'urine cesse quelquefois d'être albumineuse. Il en fut notamment ainsi chez le nommé Brindeau. Le 23 mars 1857, ses urines étaient chargées d'albumine; le 6 avril suivant, elles n'en contenaient plus aucune trace. Mort dans le mois de juin suivant. Un tel fait, d'ailleurs, est aujourd'hui parfaitement connu de tous.

Bien plus, il semblerait que l'albuminurrhée serait susceptible de se suspendre par instants, pour se produire ensuite de nouveau. M. Cazeaux dit en avoir vu un exemple (2). M. Mattei a bien voulu me communiquer un cas analogue, tiré de sa pratique. Je n'ai, pour mon compte, je l'avoue,

(1) L'anasarque scarlatineuse, même, n'est pas toujours accompagné d'albuminurhée. J'en dirai autant de celle qui est le résultat d'un brusque refroidissement de la peau (v. Moneret, Traité de pathologie générale, t. II, p. 500).

(2) Traité des accouchements 5e édition p. 309.

observé rien de semblable jusqu'à ce jour. Mais je crois que l'on doit accueillir avec toute confiance des assertions émanant d'observateurs habiles.

Il ressort de tout ceci que l'infiltration séreuse, même généralisée du tissu cellulaire, ainsi qne la tuméfaction des reins, ne sauraient constituer des caractères révélateurs infaillibles de la névrose albuminurrhéique, du moins en puissance. Tout au plus peuvent-ils faire présumer, en présence des données négatives fournies par l'analyse des urines, que cette affection a pu exister antérieurement, et qu'elle ne se traduit plus actuellement que par ses effets. Quand les symptômes observés ne laissent point de tenir encore, à ce point de vue, l'esprit en suspens, il faut donc revenir à diverses reprises, à l'examen de l'excrétion urinaire, et ne point omettre, s'il y a lieu,de l'explorer par une solution de tannin. L'albumine pourrait bien, en effet, s'être transformée en albuminose. La découverte d'un tel fait serait de nature à lever toute difficulté diagnostique.

§ 5. Pronostic.

Si l'on se donnait la peine d'examiner les urines de toutes les femmes enceintes, nul doute que l'on ne les trouvât, plus souvent que l'on ne serait tout d'abord porté à le croire, chargées plus ou moins abondamment d'albumine. Il est évident également que bon nombre de femmes, chez lesquelles cette affection se traduit, même par les signes révélateurs antérieurs les moins douteux, traversent, sans encombre, cette période critique de leur existence, et mettent heureusement au monde leur enfant vivant. Pour faire une statistique de quelque valeur, il faudrait avoir la connaissance de tous ces faits à solution favorable, ce qui est absolument impossible dans la pratique civile, où le médecin n'est presque jamais appelé que lorsque son assistance est devenue indispensable. Tout ce que j'ai donc à dire, au point de vue du pronostic, doit uniquement se rapporter à l'albuminurie affectant un certain cachet de gravité.

Le pronostic doit être envisagé au point de vue de la mère et à celui de son fruit.

Une première remarque, qui ressort, de la façon la plus évidente, des faits dont j'ai plus haut donné la relation, c'est que, pour peu que les accidents deviennent sérieux, il est extrêmement rare que l'accouchement s'effectue à son terme normal.

Un autre corollaire, qui se déduit également des mêmes observations, c'est que la nature effectue souvent trop tard, pour la mère et son fruit, son œuvre de salut (obs. VI, IX, X, XI, XII). J'ajouterai que, dans l'observation VII, l'intervention de l'art a été réclamée trop tardivement. Si j'avais été appelé plus tôt, je n'aurais pas hésité un instant à proposer l'accouchement prématuré artificiel. Il en eût, sans doute, été de même pour ce qui a trait aux sujets des observations II et IV. En somme, je vois là huit femmes qu'il eût peut-être été possible de soustraire à la mort, par le bénéfice d'une efficace intervention de l'art. Or, on peut voir, par cette lugubre statistique mortuaire, ce que l'on a à attendre de l'expectation, dans les cas de cette nature. Sur 11 cas où des accidents sérieux se sont manifestés dans l'état de puerpéralité, 8 cas de mort ? Un tel chiffre est plus éloquent que tout autre argument, et établit, de la façon la plus péremptoire, les dangers de toute temporisation, alors que les accidents deviennent véritablement menaçants.

Pour ce qui a trait au produit de la conception, le tableau paraît encore plus sombre : Sur 11 femmes qui accouchent dans ces graves conditions, je trouve quatre enfants tués par le seul fait des convulsions, cinq par celui des souffrances éprouvées par la mère, deux jumeaux enfin expulsés vivants, mais non viables, des organes maternels : total, 10 cas de mort sur 11.

On peut donc déduire, de cette statistique, d'ailleurs beaucoup trop restreinte, que, lorsque l'albuminurie de la grossesse engendre des accidents sérieux, et que l'intervention de l'art n'est invoquée que trop tardivement, le pro-

nostic, extrêmement grave pour la mère, devient, pour son fruit, presque nécessairement fatal.

(*La fin au prochain cahier*).

NOTE SUR UNE CACHEXIE SPÉCIALE

DE FORME PRETENDUE PELLAGREUSE, PROPRE AUX ALIÉNÉS,

par le docteur A. Joire,

Médecin en chef de l'Asile d'Aliénés de Lomelet (Lille).

Est-on bien fondé à reconnaître chez les aliénés et coïncidant avec certaines formes spéciales de folie, un état cachectique tout particulier ?

Cet état se traduit-il constamment par des caractères symptomatiques précis, identiques, et entraîne-t il d'ordinaire une détermination morbide spéciale sur certaines parties de l'appareil cutané ?

Peut-on assimiler complètement cette condition à l'affection pellagreuse considérée comme endémique dans certaines contrées méridionales ?

Les causes qui s'exercent dans celle-ci sont-elles les mêmes qui interviennent dans l'affection qui m'occupe ? Quel est dans les deux cas le rôle réservé aux lésions des centres nerveux ?

Telles sont les diverses questions qu'il me paraît important d'examiner.

1° Les praticiens qui se sont livrés pendant quelque temps à l'étude des maladies mentales savent que, dans tous les asiles, on observe un certain nombre d'individus dont l'affection, le plus souvent devenue chronique, s'accompagne d'un trouble plus ou moins profond des actes de nutrition générale. Les principales fonctions de la vie organique qui précèdent ceux-ci s'exercent en apparence d'une manière régulière ; la digestion, la respiration, la circulation ne présentent pas de troubles fonctionnels bien manifestes, la première paraît même parfois revêtir une activité remarquable ; cependant les actes d'assimilation et de désassimilation ne demeurent pas dans un

équilibre normal. Les premiers sont incomplets; les seconds exagérés se traduisent par un surcroît d'activité de certaines sécrétions, et de là résulte un ralentissement de tous les actes de la vie générale, et une diminution de volume de tous les organes.

Cette condition appartient-elle en propre à certaines formes de folie ? Voyons à cet égard ce que va répondre l'observation des faits : parmi les sujets qui la présentent, il en est un certain nombre qui appartiennent bien évidemment à l'état maniaque: chez les uns il y a surexcitation modérée encore des fonctions des centres nerveux; chez les autres exaltation, poussée parfois jusqu'à la fureur, et qui laisse à peine dans les vingt-quatre heures quelques instants de rémission : ceux-ci sont des sujets que rien ne peut arrêter et qui demeurent rebelles à toute espèce de moyens répressifs; tous ceux qui les entendent et les voient, médecins ou étrangers à la science, portent le même jugement : ces malades se tuent par leurs cris; il y en a en effet qui résistent à peine; d'autres, d'une constitution puissante résistent bien longtemps, grâces surtout à l'énergie des fonctions digestives; les autres fonctions de la vie organique s'accomplissent à merveille; mais par intervalles des signes de fatigue se révèlent dans quelques-unes; la respiration se montre plus rapide, la voix est brisée; la transpiration cutanée manifeste par instants un surcroît d'activité; et au milieu de ces troubles temporaires, la nutrition générale languit, la maigreur se prononce dans une mesure exagérée, et une teinte terreuse, grisâtre, envahit certaines parties de l'appareil cutané, la face, le cou, la poitrine et les membres. Cependant un pareil état peut persister longtemps, et si un jour le calme renaît dans l'intelligence, soit complet et permanent, soit sous forme transitoire, le sujet, dans un rapport égal, reprend bientôt des conditions physiques satisfaisantes, l'état cachectique disparaît.

Remarquons encore que dans ces divers degrés d'excitation maniaque, l'exercice, en apparence régulier, des diverses fonctions de la vie organique, ne traduit pas toujours l'intégrité

parfaite de leurs appareils; des désordres plus ou moins graves à leur début, peuvent se trouver quelque temps masqués sous l'empire de la surexcitation cérébrale. Mais dans ce cas, le trouble des actes nutritifs entraînant l'état cachétique, n'est pas le produit d'une cause unique, et cette condition générale survit à la cessation même complète des désordres fonctionnels des centres nerveux.

Dans une autre forme de folie, la cachexie spéciale qui m'occupe apparaît aussi, mais à mes yeux sous l'influence d'une autre cause.

Je veux parler de la forme mélancolique, de celle que M. Billod désigne plus spécialement sous le titre de folie dépressive. Ici en effet, au contraire de ce que nous venons de voir dans la forme précédente, il y a ralentissement de toutes les fonctions de la vie organique, et en même temps absence de toute excitation des fonctions encéphaliques. L'individu sombre, triste, silencieux, paraît plus ou moins étranger au monde extérieur, mais n'est pas toujours aussi inactif en lui-même; et ses actes intimes se traduisent parfois par des déterminations d'une incroyable puissance; celles-ci, presque toujours erronées, ont pour objet ou des tentatives contre lui-même, ou des refus d'une alimentation suffisante pour ses besoins. Ces dispositions morales ne tardent pas à réagir sur l'organisme dont les diverses fonctions sont profondément troublées malgré l'intégrité évidente de leurs appareils.

De l'insuffisance de l'alimentation et des troubles fréquents des fonctions digestives, découle donc alors le défaut de nutrition générale; la respiration, la circulation les sécrétions entravées également sous l'empire de l'état mental, déterminent, dans la composition et le cours des fluides, des altérations qui bientôt compromettent la vitalité de tous les actes de l'organisme, et de là cet affaissement général, cet état de dépression qui se traduit par une langueur, un ralentissement aussi manifeste dans les actes intellectuels que dans les fonctions organiques, enfin par l'état cachectique en question.

Ajoutons qu'un tel état mental entraîne bien souvent dans

les organes les plus importants, des lésions qui, par leur nature, sont causes déterminantes d'un état cachectique des plus prononcés; état qui, commencé comme je l'ai exposé plus haut, se prononce davantage chaque jour, pour ne se terminer qu'au marasme et à la mort.

Disons encore que c'est dans cette forme de folie que se rencontrent, par suite du penchant au suicide, des faits d'ingestion dans les voies digestives, de substances étrangères à l'alimentation. Souvent introduits à l'insu de tout le monde, ces corps peuvent séjourner quelque temps sans entraîner la mort, mais non sans produire dans l'exercice fonctionnel des désordres plus ou moins graves. Il se manifeste alors des altérations consécutives de la nutrition générale, un amaigrissement extrême, une tendance au marasme, une teinte jaunâtre ou terreuse de l'appareil cutané, enfin un état morbide grave que, dans l'ignorance de la cause, on est parfois fondé à considérer comme dépendant de l'aliénation. J'ai été témoin, depuis quelques années, de plusieurs faits de cette nature chez des sujets qui ont présenté tous les traits de la cachexie spéciale qui m'occupe en ce moment.

Enfin, je trouve à signaler une troisième forme de folie dans laquelle apparaît bien souvent, à un moment donné, un état identique : je veux parler de la démence soit simple, soit compliquée de paralysie générale. Dans la première, il y a bien d'ordinaire un ralentissement, une dépression de toutes les fonctions de la vie organique; mais celles-ci cependant s'accomplissent avec régularité, les actes nutritifs s'opèrent bien souvent d'une manière parfaite et donnent lieu à une certaine obésité. Ce fait d'une nutrition générale des plus favorables, coïncidant avec un ralentissement de toutes les fonctions, ne peut être révoqué en doute, et c'est surtout dans la démence simple qu'il se rencontre.

Peut-on, je le demande, admettre dans cette condition l'existence de l'état cachectique propre aux aliénés? Nous verrons cependant qu'ici apparaît bien souvent le caractère spécial de la forme prétendue pellagreuse.

Dans la démence compliquée de paralysie générale nous voyons, comme dans le cas précédent, un ralentissement général de tous les actes de la vie organique, en même temps que la dépression ou le complet anéantissement des fonctions intellectuelles; mais ici encore les fonctions nutritives demeurent bien souvent intactes. Que la paralysie succède à la démence simple ou qu'elle soit la terminaison, chose bien fréquente, de l'exaltation maniaque, il arrive souvent qu'au début, l'intégrité des fonctions organiques permet l'exercice normal des actes de nutrition, et nous voyons alors des sujets dans la plus complète nullité intellectuelle, privés en même temps de toute activité physique, atteindre parfois un degré d'obésité remarquable. Le même fait peut se rencontrer à une période avancée de la paralysie générale, et je demanderai volontiers si, comme ceux qui ont offert ce phénomène dans la démence simple, ils doivent être considérés comme étant sous l'empire d'un état cachectique spécial et propre à la folie.

Il y a cependant, il faut le dire, une catégorie de paralysés dans laquelle cette condition s'observe plutôt. Ce sont les sujets qui passent de l'exaltation maniaque à la paralysie générale, en conservant encore parfois quelques traits de leur premier état.

Ici l'état dépressif, le ralentissement de toutes les fonctions organiques succèdent à l'exaltation du système nerveux, et l'amaigrissement primitif persistant, entraîne bientôt tous les phénomènes de l'état cachectique.

Je ne signale ici que d'une manière accessoire et pour ne laisser aucun fait hors de cadre, la coïncidence possible de cette condition spéciale avec l'imbécillité et parfois l'idiotie compliquée ou non d'épilepsie, l'altération des actes nutritifs généraux accompagne parfois l'affaissement moral et l'état dépressif que présentent ces formes de folie; mais je dois ajouter que cette condition n'atteint que les cas les plus rares.

Il ressort donc des considérations qui viennent d'être exposées, qu'une condition spéciale résultant d'une altération profonde des actes généraux de nutrition et spécialement de ceux

d'assimilation, se manifeste chez un certain nombre d'aliénés; que cette condition ne coïncide pas spécialement avec certaines formes déterminées de folie, mais peut se rencontrer dans presque toutes; que ce caractère particulier de dépression générale observé le plus souvent dans la forme mélancolique, n'en est pas nécessairement accompagné; et que dans d'autres genres de folie où apparaît ce même cachet dépressif, la condition générale sus-indiquée n'en est pas constamment la conséquence.

Je puis me demander ici si la dénomination de cachexie est bien dûment appliquée à cette condition spéciale manifestée chez les aliénés. Ce terme, on le sait, n a jamais eu de sens précisément défini. Il a presque toujours servi à désigner une modification profonde de tout l'organisme, sous l'influence de certaines maladies générales, comme le cancer, la syphilis, le scorbut. Mais on a remarqué que les caractères généraux qui la révèlent, tels que l'altération profonde de la nutrition, amaigrissement, langueur, affaiblissement de toutes les fonctions de la vie organique, teinte jaune, grisâtre ou plombée de la peau, ne diffèrent pas des phénomènes morbides généraux manifestés à la suite de la plupart des maladies chroniques, telles que la phthisie, les résorptions purulentes, les dégénérescences organiques de toutes sortes; et que la dénomination sus-indiquée n'est pas appliquée dans ces derniers cas. Il n'est pas vraisemblable qu'on puisse assimiler la prétendue cachexie des aliénés à celle qui a pour cause les maladies générales que j'ai signalées; et si on arrive un jour à déterminer une condition morbide spéciale qui soit la cause de cette modification, que cette condition tienne au tube digestif ou aux centres nerveux, il est évident que le terme en question n'aura pas ici plus de raison d'être, que si son application tombait sur le marasme qui accompagne la phthisie par exemple, ou la résorption purulente. Or, il me semble que nos recherches dans cette affection, si limitées qu'elles soient encore, tendent plutôt à la rattacher à une altération organique déterminée qu'à un état général vague et inconnu.

La dénomination de cachexie spéciale des aliénés ne me paraît donc pas trouver ici son application pleinement justifiée.

II..... La seconde question posée plus haut, trouve une partie de sa solution dans les développements qui précèdent : nous avons vu que cette modification de la nutrition générale n'est pas l'apanage d'une forme spéciale de folie, mais qu'elle peut se manifester dans toutes les formes d'aliénation. Voyons si d'ordinaire, elle s'accompagne d'une altération particulière de certaines parties de l'appareil cutané.

Il faut le reconnaître, une teinte particulière de la peau se manifeste d'ordinaire chez les individus aliénés qui présentent cette modification de la nutrition générale qui m'occupe ici ; mais ce caractère est loin d'être identique dans tous les cas.

Remarquons tout d'abord que dans un certain nombre on n'observe rien d'anormal du côté de l'appareil cutané. Chez d'autres, les diverses régions de la peau habituellement découvertes, la face, le cou, les parties antérieures de la poitrine, les mains, une partie des avant-bras et parfois les pieds, revêtent une teinte brunâtre d'une nuance qui se rapproche du cuir tanné, et rappelle la teinte bronzée de la peau signalée comme caractéristique de la maladie dite d'Adisson. Quelquefois la nuance est plus prononcée et présente l'aspect grisâtre ou gris jaunâtre de la malpropreté, circonstance bien fréquemment coïncidente.

Ces variétés de coloration diffèrent souvent selon le siège et selon les conditions dans lesquelles se trouvent les aliénés.

Chez ceux qui manifestent l'exaltation maniaque, la face, le cou, la partie antérieure de la poitrine, parfois la région dorsale des pieds, présentent une coloration assez prononcée; le dos des mains et l'avant-bras n'en offrent aucune trace quand, par suite d'agitation habituelle, ces parties sont tenues cachées par la camisole.

Mais entre tous les aliénés chez lesquels cette coloration de la peau se manifeste au plus haut degré d'intensité, il faut citer ceux qui sont les plus exposés à l'action de l'air extérieur,

ceux surtout qui, indolents et apathiques, passent une bonne partie du jour exposés immobiles à l'action incessante des rayons solaires, soit couchés sur le sol, soit assis sur un banc, la tête à demi penchée et les mains posées sur les cuisses dans la posture des statues égyptiennes. Toutes les parties découvertes revêtent alors au bout de quelque temps une coloration brune foncée; l'épiderme du dos des mains se fendille au voisinage des plis des doigts; rarement il se produit des phlyctènes ou une rougeur érysipilateuse ; mais les érysipèles de la tête et de la face qui se manifestent parfois assez nombreux peuvent bien, dans certains cas, avoir aussi pour cause l'action prolongée de l'insolation.

Cette nuance exagérée que revêt la peau ne se manifeste que dans la saison où la chaleur est la plus intense ; mais je tiens à remarquer qu'elle ne disparaît pas complétement aux autres époques de l'année ; et de même que nous trouvons la teinte légèrement bronzée de la peau chez des sujets qui s'exposent peu à l'influence de l'insolation, de même après les chaleurs de l'été nous voyons un bon nombre de nos malades conserver cette nuance presque toute l'année; parfois l'épiderme se détache dans des points plus ou moins étendus et laisse alors à la peau sa coloration naturelle, mais bientôt sous l'influence peut-être de l'air extérieur la couleur anormale reparaît.

Il est bien évident, d'après ce qui précède, que la principale cause de la coloration de la peau est l'action des rayons solaires ; que l'intensité de la nuance se trouve en raison directe de l'influence plus ou moins prolongée de cette cause, que les parties de l'appareil cutané qui n'y sont pas exposées ne présentent pas cette modification. Ajoutons que parmi les cas qui offrent cette teinte moins foncée et permanente, il en est quelques-uns dont la cause est tout autre. Ce sont des sujets affectés de lésions organiques graves, chez lesquels une altération profonde des actes nutritifs a déterminé une décroissance de la vitalité de tous les organes. Ici ce ne sont pas seulement les régions découvertes qui présentent ce phénomène, on

l'observe aussi ailleurs; ce qui témoigne bien que l'insolation y est à peu près étrangère.

J'ai fait remarquer que tous les sujets présentant la condition spéciale désignée sous le nom de cachexie, n'offraient pas cette altération de la peau; il importe d'ajouter que cette même altération se rencontre en dehors de l'état cachectique, et cela est loin d'être rare. On voit, en effet, souvent des maniaques d'une constitution des plus robustes et offrant le cachet d'une santé parfaite, usant, dans une agitation continuelle, l'exubérance d'activité que leur donne la folie, constamment exposés à toutes les intempéries de l'atmosphère, à la pluie et au froid, autant qu'à l'action brûlante du soleil, presenter cette coloration de la peau dans la mesure la plus intense.

On peut, d'après cela, reconnaître que cette dernière condition n'est pas la conséquence rigoureuse de l'altération générale de l'organisme qui constitue la prétendue cachexie des aliénés.

Nous ne pourrons pas évidemment oublier ces dernières remarques au moment de l'examen de la troisième question que nous nous sommes posée. Laissons cependant de côté un instant ces derniers faits; ne les acceptons que comme exceptionnels, et voyons si les cas les plus nombreux de coïncidence de l'altération cutanée avec la condition cachectique de l'organisme peuvent être assimilés à l'affection pellagreuse.

La suite au prochain numéro.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

Journaux Belges.

Traitement rationnel des morsures de vipère.

Parmi plusieurs communications très-intéressantes que contient le dernier bulletin des séances de la Société de médecine de Nantes, nous trouvons un travail remarquable de M. le docteur Viaud-Grand-Marais, sur les serpents de la Vendée et de la Loire-Inférieure. Après de patientes recherches, l'auteur est parvenu à réunir 205 cas de morsures de vipère sur l'homme, chiffre qui lui a suffi pour faire une bonne descrip-

cription des symptômes, de la marche et du traitement de cette affection. Voici quelques-unes des conséquences pratiques qui dérivent des consciencieuses études de notre confrère.

Une morsure de vipère, comme toutes les plaies envenimées, exige des soins immédiats ; car il importe surtout de neutraliser le poison avant qu'il ait pénétré dans le torrent circulatoire. Trois indications se présentent d'abord : *Interrompre la communication de la partie blessée avec la circulation générale*; *faire sortir le venin de la plaie* ; *la détruire sur place*.

La première chose à faire lorsqu'on a été piqué par un aspic, une péliade ou tout autre serpent venimeux, c'est de placer une *ligature* entre le cœur et la plaie de 5 à 10 centimètres de celle-ci. On se sert d'une cravatte, d'un mouchoir, d'une jarretière ou de toute autre bande un peu large, de préférence à un lien étroit. La ligature doit être assez serrée pour faire gonfler les veines, comme cela se pratique pour la saignée, mais jamais de façon à produire un sillon dans les chairs, car elle augmenterait l'engorgement inflammatoire et exposerait à la gangrène. Ce moyen n'est que temporaire et ne doit pas être prolongé plus de trois quarts d'heure à une heure. Le lien constricteur sera même relâché ou porté plus haut sur le membre, s'il paraît aggraver les accidents locaux.

Quand la partie atteinte par les crochets (par exemple, la tête, le cou ou le tronc) ne permet pas l'application d'une ligature, on exerce avec les deux mains une compression autour de la plaie pendant qu'on a recours aux autres moyens de traitement.

Pour remplir la seconde indication, on favorise l'écoulement sanguin et la sortie du venin par une incision qui élargit les piqûres et par des pressions sur les parties voisines. La succion est aussi un excellent moyen d'entraîner le poison au dehors, soit qu'on l'exerce avec la bouche, soit qu'on se serve d'une ventouse pour la pratiquer. M. Viaud-Grand-Marais cite deux faits qui démontrent péremptoirement la valeur thérapeutique de cette méthode.

» Aux environs de Blain, Civel, âgé de 34 ans, fut mordu en 1858 par une vipère de couleur rouge, pendant qu'il saisissait une gerbe de blé. Le docteur Sortais, arrivé au moment de l'accident, appliqua une ligature, suça la plaie qui siégeait au pouce droit, et administra l'amoniaque *intus* et *extra*. La piqûre suivit la marche des plaies simples, et le lendemain le malade était complètement guéri. »

L'aspiration produite de cette manière fait sortir le venin mêlé avec le sang et l'on a soin de cracher chaque fois. Le venin est d'ailleurs sans action sur les muqueuses saines; s'il y avait des ulcérations de la bouche, il faudrait recourir à l'intervention d'une ventouse.

Pour détruire le venin sur place, on introduit dans les piqûres un agent chimique capable de le décomposer. L'ammoniaque n'est qu'un moyen illusoire. Les succès de Messieurs Brainard et Green doivent lui faire préférer la solution aqueuse d'iodure de potassium et d'iode.

On instille dans la plaie agrandie une quantité suffisante de cette solution que M. Viaud-Grand-Marais formule ainsi :

Pr.	Eau,	50 grammes.
	Iodure de potassium,	4 —
	Iode métalloïdique,	1, 25 cent.
	M.	

Si l'on n'avait pas à sa disposition cette solution, et que le temps pressât, que le malade se refroidît, il faudrait faire chauffer au rouge un couteau, un clou, un fer à gaufrer, et se hâter de cautériser profondément la plaie.

Une fois les vomissements arrivés, la cautérisation est inutile; ce n'est plus que par des moyens généraux, des sudorifiques, des toniques, l'alcali à la dose de quelques gouttes dans une tasse de thé, l'esprit de Mindérus, le vin, le café, combinés avec l'emploi immédiat du coton cardé et du taffetas gommé sur la partie malade, des couvertures et des bouteilles d'eau bouillante, qu'on peut espérer de triompher de l'intoxication.

(*Presse médicale Belge.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie de Médecine.

Discussion sur l'opération césarienne *post mortem*. (1)

Séance du 9 avril 1861. — Présidence de M. Robinet.

L'Académie reçoit :

1° Un mémoire sur la phthisie pulmonaire, par M. le docteur Tampier (M. Grisolle, rapporteur);

2° Une note sur l'anesthésie produite par l'éther et le chloroforme, et sur le moyen de remédier aux inconvénients qui en sont la suite, par M. le docteur Fiévet;

3° Une note descriptive concernant un crochet à gaîne destiné à la pratique des accouchements laborieux, fabriqué par M. Charrière, d'après les indications de M. le docteur Nivet, de Clermont-Ferrand (commissaire, M. Jacquemier);

4° Une nouvelle observation d'opération césarienne *post mortem*, par M. Binaut, professeur à l'École préparatoire de médecine de Lille (commissaire, M. Devergie);

— M. Michel Lévy fait hommage à l'Académie, au nom de M. le docteur Maroin, d'un ouvrage intitulé *Histoire médicale de la flotte française dans la mer Noire pendant la guerre de Crimée.*

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'opération césarienne. La parole est à M. Depaul pour la continuation de son argumentation.

M. Depaul rappelle en quelques mots les points principaux de la première partie de son argumentation, puis il reprend au point où il en était resté à la dernière séance.

Les personnes qui ont pensé que le fœtus pouvait vivre longtemps dans le sein de la mère après la mort, se sont

(1) L'importance de cette question expliquera l'étendue que nous donnons à cette discussion dans notre journal; nous en dirons notre opinion à la fin. (*N. du R.*)

fondées sur l'indépendance des deux êtres. Mais cette prétendue indépendance est une erreur. Ce qui a pu accréditer cette opinion, c'est qu'il y a jusqu'à un certain point indépendance anatomique; encore est-elle plus apparente que réelle, car il s'établit pendant la grossesse un système vasculaire nouveau dans lequel il se passe des phénomènes très-importants, le système des sinus utérins et des sinus placentaires, et d'ailleurs, au point de vue physiologique, cette opinion ne serait pas un instant soutenable. Physiologiquement il y a au contraire entre les deux êtres une dépendance intime. Il n'est donc pas étonnant dès lors que l'opération césarienne après la mort de la mère ne donne que de si rares succès.

On oppose des statistiques, mais on sait maintenant ce qu'elles valent; et quand on lit dans l'*embryologie sacrée* de Cangiamila que 21 opérations ont donné 21 succès, il est évident qu'il y a là un grand nombre d'erreurs. M. Devilliers, dans sa thèse de 1839, a réuni dans un tableau 49 faits sur lesquels on n'aurait trouvé seulement que 6 enfants morts : 36 auraient vécu, les uns quelques minutes, d'autres jusqu'à quelques heures, 7 auraient vécu plus ou moins longtemps. Mais en analysant en détail les faits réunis dans ce tableau, je n'ai pas tardé à me convaincre que plusieurs étaient inexacts.

Il est une circonstance d'une très-grande importance pour les chances de viabilité de l'enfant, dont on semble ne pas tenir assez compte, c'est la nature de la maladie à laquelle la mère a succombé. Il est telles maladies de la mère qui entraînent nécessairement la mort de l'enfant, avant même qu'elles soient arrivées à leur terme fatal. Dans les fièvres éruptives, par exemple, parmi les maladies aiguës, il est rare que les femmes meurent sans avoir avorté. Ce n'est guère que dans les maladies de très-courte durée, dans les cas de mort subite par rupture du cœur ou des gros vaisseaux, ou par l'introduction de l'air dans les veines, par exemple, que l'on peut réellement espérer de trouver

l'enfant encore vivant. Mais comme ces cas sont très rares, on comprend aussi que ce n'est que très-rarement que l'on a l'occasion de pratiquer l'opération césarienne avec succès.

Pour me résumer sur ce point, je dirai que l'enfant ne survit à sa mère que pendant un temps très-court, quelques minutes, un quart d'heure, une demi-heure au plus; si plus d'une demi-heure s'est écoulée depuis la mort de la mère, on peut être à peu près certain qu'en pratiquant l'opération césarienne, on trouvera un second cadavre.

L'opération jugée possible, il reste une question importante à résoudre avant de s'y déterminer. L'enfant est-il vivant ou non ? Y a-t-il un moyen certain de s'en assurer ? Pour ma part je n'hésite pas à résoudre cette question affirmativement.

Je m'étonne que M. de Kergaradec, qui est l'un des inventeurs de l'auscultation fœtale, n'en ait pas tenu compte dans cette circonstance. Je crois qu'il est établi que chez les femmes qui ont dépassé le sixième mois de la grossesse, on peut toujours entendre les battements du cœur du fœtus, et on les entendra avec d'autant plus de certitude après la mort de la mère qu'ils ne seront masqués alors par aucun autre bruit.

Il est quelques autres points encore que je ne puis omettre. J'ai parlé plusieurs fois incidemment de la difficulté de distinguer positivement la mort réelle de la mort apparente. Si l'on attend pour prendre une détermination les délais prescrits par la loi pour acquérir la certitude de la mort, il est évident que l'on n'opérera jamais, car à cette époque l'enfant aura toujours certainement succombé. Mais personne n'ignore que dans bien des cas, lorsque le médecin surtout a assisté à l'agonie et au dernier soupir de la mère, il y a, sinon une certitude absolue, du moins une si grande présomption que la mort est réelle, qu'il n'y a pas lieu d'hésiter, si l'on a d'un autre côté la certitude que l'enfant est vivant. Dans le cas contraire, il est évident qu'on doit s'abstenir.

Je n'ai parlé jusqu'à présent que de l'opération césarienne; mais j'ai à peine besoin de dire qu'avant de songer à faire cette opération, il faut bien s'assurer s'il n'est pas possible d'extraire l'enfant par les voies naturelles. On a dit que pour procéder dans cette circonstance à l'extraction de l'enfant par les voies naturelles, il fallait qu'il y eût eu déjà un commencement de travail, et que l'orifice utérin fût suffisamment dilaté. On a été beaucoup trop loin à cet égard. Il n'est pas nécessaire du tout que l'orifice soit dilaté. Si la grossesse est à terme, on peut recourir aux incisions du col. Je ne sais pas même s'il n'y aurait pas lieu de faire l'hystérotomie vaginale, alors même qu'il n'y aurait aucune apparence de commencement de travail.

Voilà, à mon sens, quelles sont les règles exclusivement médicales bien entendu, qui doivent guider les médecins.

J'ai dit que cette question impliquait des intérêts divers. Il y a entre autres des intérêts de succession en cause. Le médecin peut se trouver tiraillé en pareil cas par des intérêts adverses. Il doit alors agir suivant sa conscience.

J'ai peu de choses à dire sur la deuxième partie de la question, celle qui est relative à l'opération césarienne pour les femmes qui meurent pendant le cours de la première période de leu grossesse, c'est-à-dire depuis le commencement jusqu'au sixième mois. Ici la question n'est pas double, comme dans le cas qui précède; elle est simple, elle est tout entière religieuse. A ce titre, elle échappe à notre compétence. Cependant je crois qu'il est bon de s'expliquer à cet égard.

Le point de départ pour l'opportunité de l'opération césarienne dans cette première période de la grossesse a varié pour les auteurs sacrés qui se sont occupés de cette question, suivant l'époque de la vie fœtale où a lieu suivant eux l'animation. On sait que Platon admettait que l'âme ne s'unit au corps qu'au moment de la naissance. Aristote pensait que cette union se fait beaucoup plus tôt, mais que le terme n'en est pas le même pour les garçons et pour les

filles ; il fixait le terme de cette union à quarante jours pour les garçons et à soixante et même quatre-vingts jours pour les filles. L'opinion d'Aristote a été adoptée par saint Augustin, par saint Thomas d'Aquin, et elle a régné jusque vers la fin du dix-septième siècle. Mais une opinion beaucoup plus générale, professée par saint Basile, et qui est adoptée encore aujourd'hui, notamment par le père Debreyne et par M. de Kergaradec, est celle qui fait remonter l'animation au moment même de la conception. Cette opinion a pour conséquence toute naturelle d'ériger en précepte que l'opération césarienne doit être pratiquée à toutes les époques de la grossesse, même alors qu'elle n'est pas certaine, mais seulement probable. On est allé même jusqu'à prescrire de faire exhumer les femmes inhumées en état de grossesse présumée, pour retirer de leur sein le germe que l'on avait lieu de croire y être contenu.

Une dernière question a été soulevée à propos de l'opération césarienne pratiquée dans un but religieux, c'est la question du baptême intra-utérin.

L'Académie de médecine de Belgique a eu à examiner cette question en 1847, à propos d'un travail de M. Thirion, de Namur. L'Académie de Belgique a sagement conclu en se déclarant incompétente. Pour moi, et tout le monde ici sera de cet avis, cette question est tout à fait en dehors de nos attributions. Aussi ne m'y arrêterai-je pas.

Arrivé au terme de cette longue discussion, je vous demande la permission d'en résumer les points les plus saillants par les propositions suivantes :

1° Le médecin est le seul juge compétent de la détermination qu'il croit devoir prendre relativement à l'opération césarienne *post mortem*. La loi lui laisse toute la liberté d'action dont il a besoin, et il serait non seulement inutile, mais dangereux, de faire inscrire à ce sujet quelque article nouveau dans notre Code ;

2° En fixant à cent quatre-vingts jours, ou à six mois révolus, la première époque de la viabilité, on prend la

limite extrême. On cherche vainement une observation sérieuse qui prouve qu'on a définitivement conservé à la vie un enfant qui était né avant cette époque.

3° Lorsqu'une femme succombe pendant le cours de sa grossesse, en admettant que son enfant n'ait pas cessé de vivre avant ou en même temps qu'elle, on peut regarder comme certain que celui-ci ne tardera pas à succomber à son tour.

4° Quelques minutes suffisent, en général, pour que sa mort soit consommée. C'est ce que prouvent les faits rigoureusement observés, et ici les faits sont d'accord avec ce que nous enseignent l'anatomie et la physiologie.

5° Toutes les observations qui ont été accumulées pour prouver que plusieurs heures, et même plusieurs jours après la mort d'une femme grosse, on pouvait encore retirer de la cavité utérine un fœtus vivant, ne méritent aucune créance.

5° En fixant à une heure après la mort réelle de la femme le temps que peut continuer à vivre l'enfant encore renfermé dans son sein, je fais une très large concession que ne justifient ni les faits ni le raisonnement.

7° Le médecin ne doit pas s'en tenir à de simples conjectures; il a à sa disposition un moyen qui est à peu près infaillible quand on sait l'employer; je veux parler de l'application de l'auscultation.

8° Pour les grossesses qui ont dépassé l'époque de la viabilité, les battements du cœur fœtal, surtout dans les conditions particulières où on se trouve, sont possibles à constater. Leur absence peut être considérée comme la preuve de la mort de l'enfant, surtout si elle remonte à plusieurs minutes.

9° Quand l'occasion d'opérer paraît convenable, il ne faut le faire qu'après s'être assuré autant que possible de la réalité de la mort de la mère.

10° La nature de la maladie qui a fait succomber la mère a une grande influence sur la vie de l'enfant.

11° Avant de recourir à l'opération césarienne, il importe de s'assurer si l'enfant peut être extrait par les voies naturelles. Il faut préférer la version, l'application du forceps et même les débridements du col toutes les fois que l'état du fœtus permet d'y recourir.

12° C'est à l'homme de l'art seul qu'il appartient de recourir à de semblables opérations, et il est bien entendu qu'il faut toujours les pratiquer avec le même soin et les mêmes précautions que s'il s'agissait d'une femme dont la vie ne fût douteuse pour personne.

3° Quand les femmes meurent avant les 180 jours où l'époque de la viabilité est généralement reconnue, l'opération césarienne perd tout son intérêt scientifique ; elle ne soulève plus qu'une question religieuse, celle de l'administration du baptême.

14° Je ne pense pas qu'il soit sage et raisonnable d'y recourir avant la fin du quatrième mois.

15° De quatre à six mois, ce n'est qu'exceptionnellement que je concevrais qu'on y eût recours, et à la condition qu'on aurait positivement constaté la persistance de la vie de l'enfant.

16° Il serait à désirer que le baptême intra-utérin, à l'aide d'une injection, fût reconnu valable par les autorités religieuses. Cette pratique serait acceptée par tout le monde et mettrait un terme à toutes les hésitations et à toutes les inquiétudes.

— M. Tardieu. Malgré le très savant discours que vous venez d'entendre, je persiste à penser que cette question n'est pas du ressort de l'Académie. Je la supplie de se déclarer incompétente, conformément aux conclusions du rapport de la commission. Il y a à cela plusieurs raisons que je me vois obligé d'invoquer. Cette question est née de certains scrupules qu'on est venu soumettre à cette tribune. M. Hatin, dans le travail qu'il vous a lu, a argué des difficultés où pourraient se trouver les praticiens en pareil cas vis-à-vis des règlements administratifs sur les inhumations

et sur les autopsies. Mais ces scrupules ne sont nullement fondés. Personne ne peut être arrêté par cette difficulté, qui n'en est réellement pas une, l'opération césarienne n'étant point assimilable à une autopsie. L'administration a résolu depuis longtemps cette question en prescrivant elle-même aux inspecteurs de la vérification des décès de procéder à cette opération dans les circonstances où ils la jugent opportune.

Une autre question a été soulevée et a donné lieu aux mêmes scrupules. On s'est demandé s'il y avait une limite assignable à la viabilité du fœtus, et quelle était cette limite; on est allé plus loin encore, on a voulu savoir à quelle époque commençait l'aptitude de l'enfant à la vie terrestre et à la vie céleste. Si vous voulez me permettre de résumer très brièvement mon opinion sur ce point, je dirai qu'il est tout à fait impossible de fixer une limite à la viabilité. On a cherché à fixer une limite d'après la viabilité légale, mais on oublie que cette viabilité légale n'est qu'une fiction. Il n'y a pas, à dire vrai, de viabilité légale. La loi n'a nullement prétendu définir ni délimiter la viabilité. M. Adelon l'a parfaitement bien établi devant vous dans une autre circonstance. Mais il faut le répéter, puisque, son avis si autorisé sur ce point ne paraît pas avoir la conviction dans tous les esprits. L'article 314, le seul qu'on pourrait invoquer, est relatif seulement au désaveu de la paternité; mais il n'y est pas question des conditions de la viabilité. La loi, en ceci, est pleine de sagesse, car il est impossible d'assigner scientifiquement une limite précise et invariable à la viabilité, et de substituer sous ce rapport quelque chose de réel et de certain aux fables dont M. Depaul a d'ailleurs si bien fait justice.

Quant à la viabilité céleste, je ne m'y arrêterai pas. Cela est tout à fait étranger à la science et complètement hors de notre compétence.

Je le répète donc, sous quelque rapport qu'on envisage la question, l'Académie n'a point à se prononcer; elle doit se

déclarer incompétente, et laisser le médecin libre d'agir d'après sa conscience et suivant l'opportunité du cas. Il y aurait un danger réel à prescrire l'opération césarienne et à en faire une règle. Le médecin se trouverait par là plus d'une fois en lutte avec les familles, et s'exposerait à ces procès de responsabilité médicale qui ne sont déjà que trop communs. Le médecin doit être laissé d'autant plus libre en pareille matière, qu'il est responsable. Dans aucune occasion, à mon avis, il ne doit recourir à l'opération césarienne sans l'assentiment préalable des familles.

M. Adelon rappelle à cette occasion ce qu'il a déjà dit dans une autre circonstance sur la viabilité légale. Il répète que la loi n'a eu nullement en vue de préciser l'époque de la viabilité. Les trois seuls articles du Code où il en est question n'ont d'autre objet que de garantir la filiation. Ils ne sauraient donc être invoqués dans l'espèce.

— M. Depaul. J'aurais très mauvaise grâce assurément à me mettre en désaccord avec MM. Adelon et Tardieu sur une question médico-légale. Aussi n'est ce pas ce que j'ai fait. Je n'ai rien dit qui soit contraire à leur opinion. J'ai cherché seulement à déterminer, d'après les données scientifiques, l'époque présumable où commence la viabilité.

La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine. — La séance est levée à cinq heures et un quart.

Séance du 16 avril 1861. — Présidence de M. Robinet.

M. le ministre d'Etat transmet l'ampliation du décret en date du 2 avril, qui approuve la nomination de M. Regnault dans la section de physique et de chimie médicales.

Sur l'invitation de M. le président, M. Regnault prend place parmi ses collègues.

— M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les rapports de MM. les docteurs Million (de Saint-Etienne), Madiu (de Chalade), Gevrey (de Cirey), Dauvin (de Saint-Pol) et Tiret (de Lorient), sur diverses épidémies); (Com. des épidémies).

La correspondance comprend :

1° Des lettres de MM. Sanson et Charlier, qui se présentent comme candidats à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire;

2° Une observation d'opération césarienne *post mortem*, par M. le docteur Domerc (commissaire, M. Devergie);

3° Un mémoire intitulé: La scarlatine au Péloponèse, et spécialement à Nauplie, en 1858 et 1859, par M. le docteur Bernard Ornstein (commission des épidémies);

4° Une lettre de M. Mercier, accompagnant un exemplaire d'un ouvrage sur la taille et la lithotritie, par M. le docteur Elias Buialsky, professeur d'anatomie à Saint-Pétersbourg;

5° Deux plis cachetés, déposés l'un par MM. O. Henry fils et Doré, l'autre par M. le docteur Rivoire, de Lyon. (Accepté).

— M. Larrey dépose sur le bureau le rapport fait à la Société de médecine de Versailles, sur un monstre double autositaire, né en cette ville le 21 mars 1861, par MM. Bérigny, Leduc, et Paul Doré, rapporteur. (Commissaires, MM. H. Geoffroy-Saint-Hilaire, Larrey et Depaul).

— M. le Président annonce que mardi prochain l'Académie se réunira en comité secret immédiatement après la lecture de la correspondance, pour entendre le rapport de la section de médecine vétérinaire sur les candidats à la place vacante dans cette section.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'opération césarienne *post mortem*.

La parole est à M. Devergie.

M. Devergie, rappelle que le point de départ de la discussion sur l'opération césarienne *post mortem* est la demande d'intervention de l'Académie auprès de qui de droit à l'effet de faire régler les droits des medecins en ce qui concerne la pratique de l'opération césarienne, et les doctrines de M. Kergaradec, il montre qu'il y a là une question de législation, et surtout une question de responsabilité

médicale. Il établit ensuite, contrairement à l'opinion soutenue par plusieurs membres, que cette question est parfaitement de la compétence de l'Académie, et il la prie en conséquence d'examiner et de discuter les propositions qui lui ont été soumises par la commission. Puis il continue en ces termes :

L'insuffisance ou l'ambiguité de la loi qui a été signalée par MM. Hatin, Laforgue et Devilliers, dit-il, est la conséquence d'une fausse application de la loi. On a appliqué à une opération chirurgicale ce qui était applicable à une

Or, l'arrêté qui semble interdire la pratique de cette opération avant un délai de vingt-quatre heures révolues depuis la mort est celui de M. de Rambuteau, en date du 23 juillet 1844.

C'est surtout un membre de phrase qui a été cause de l'erreur. Il est ainsi conçu.

« L'article 77 du Code civil, qui interdit positivement de procéder à aucune inhumation avant l'expiration du délai de vingt-quatre heures, contient implicitement la défense de procéder à l'ensevelissement, à la mise en bière, au moulage, à l'autopsie et à toute autre opération dont un corps peut être l'objet. »

Dès-lors on a raisonné ainsi ; on a dit : Puisque l'hystérotomie est une opération dont un corps peut être l'objet, le médecin ne peut pas pratiquer l'hystérotomie avant le délai de vingt-quatre heures expiré depuis le décès, et à cette époque cette opération étant illusoire, puisque la vie de l'enfant a cessé, c'est défendre implicitement aux médecins de pratiquer l'hystérotomie *post mortem*.

Quand on veut interpréter une loi, il faut voir à quoi elle s'applique et quel est son esprit. Or, le paragraphe de l'arrêté cité fait partie d'un chapitre intitulé Moulage des corps. Il ne pouvait donc s'entendre que des opérations qui sont relatives au moulage des corps. C'est donc là une erreur complète d'interprétation. Jamais le législateur n'a eu la

pensée d'apporter le moindre obstacle à des opérations qui sont pratiquées dans le but de sauver la vie d'un individu, puisqu'il n'a pas défendu l'avortement chirurgical, quoique l'avortement soit un crime qualifié.

Quant à l'arrêté du préfet, il est conçu dans des idées si éloignées de cette pensée que dans l'arrêté portant création d'un comité d'inspection pour la vérification des décès, du 15 avril 1839, on a dit, article 11 : « Ils devront conseiller (les médecins inspecteurs des décès), selon les cas, l'autopsie des femmes mortes en état de grossesse ; et si la visite du médecin n'avait pas encore eu lieu, ils l'exhorteront, par une note cachetée laissée à domicile, à s'unir à eux pour demander cette opération dans le but d'essayer de sauver l'enfant chez lequel la vie pourrait n'avoir pas cessé. »

Rien n'est plus clair que la lettre et l'esprit de ces articles. Quant au texte de la loi, il n'a jamais fait allusion à des opérations de ce genre. Si donc la loi garde le silence sur cette opération, elle ne la défend pas, et tout ce que la loi ne défend pas est permis.

L'Académie n'a donc rien à demander.

Ainsi se trouve justifié le premier paragraphe de la conclusion de la commission.

Cette conclusion sauvegarde les droits professionnels, puisqu'elle n'enraye pas le médecin dans l'exercice de sa profession. Elle sauvegarde les devoirs du médecin envers la femme qui vient de décéder, puisqu'elle ne met pas d'obstacle à la pratique de l'hystérotomie, si les conditions dans lesquelles se trouvent placés la mère et l'enfant doivent conduire à cette opération.

Mais s'ensuit-il du silence de la loi à l'égard de l'hystérotomie *post mortem*, que le médecin n'ait à encourir aucune responsabilité en la pratiquant? Ceci est une autre question, question délicate et qui nous conduit à poser à cet égard des principes généraux.

Le médecin et l'officier de santé sont dans l'exercice de leur profession, comme dans toute autre professsion et dans

tous les actes de la vie commune, soumis aux conséquences des articles 1382 et 1383 du Code civil. Il y a plus; le médecin, en raison de la nature de sa profession, est dans certaines circonstances passible de l'art. 319 du Code pénal, lorsqu'il s'agit d'un homicide commis involontairement par maladresse, imprudence, inattention, négligence, etc.

La conséquence à tirer de ces articles, c'est, dans la pratique de l'hystérotomie *post mortem*, de prendre les moyens et de suivre la voie qui peut nous y soustraire.

Comment donc accepter les propositions formulées par M. Laforgue, qui dit : « Que l'opération césarienne devra être pratiquée par un médecin après la mort des femmes enceintes de plus de quatre mois; »

« Que l'inhumation d'une femme enceinte ne pourra être ordonnée par l'officier de l'état civil que sur la déclaration du médecin inspecteur du décès, que l'enfant a été extrait. »

Nous n'avons pu reproduire aujourd'hui que le premier point de l'argumentation de M. Devergie. Nous la compléterons plus tard.

M. DE KERGARADEC. Ce n'est pas sans quelque étonnement que j'ai rencontré dans tout ce qu'a dit M. Depaul un ton affirmatif et absolu que ne comportent pas toujours, à beaucoup près, les questions de doctrine médicale.

La loi, nous a-t-il dit, a fait descendre outre mesure le terme minimum de la viabilité du fœtus; avant six mois et demi, il est peu près impossible que l'enfant continue à vivre après sa naissance, et les exemples sont bien rares que, même à ce terme extrême ces petits êtres aient survécu longtemps. Les lois physiologiques qui président au développement de l'œuf humain, expliquent suffisamment ce fait et sont d'accord avec l'observation.

Qu'un enfant, né avant le terme indiqué, vive rarement, très-rarement, je l'accorde; mais que physiologiquement parlant, cela ne puisse arriver, voilà ce que je ne saurais admettre. Qui ne sait la différence, énorme quelquefois, de

force et de développement que présentent les enfants nés également au terme régulier de la grossesse? Or, ce qui se manifeste alors ne peut-il pas s'être produit très-antérieurement et à une époque plus ou moins avancée de la gestation? Et qui osera fixer le moment où commence cette inégalité de développement?

La grande pratique de M. Depaul lui donne beaucoup d'autorité en matière obstétricale. Mais des autorités grandes aussi peuvent lui être opposées. M. de Kergaradec cite ici Gardien, Orfila, M. Velpeau, Capuron, qui ne nient pas absolument que dans des circonstances, rares il est vrai, l'enfant né avant les deux derniers mois de la grossesse ne puisse à toute rigueur avoir acquis la faculté de vivre.

M. Depaul me reproche d'avoir puisé dans un vieil ouvrage les faits que j'ai cités, de les avoir accueillis sans aucune critique, et enfin de les avoir présentés dépourvus de détails essentiels dont l'absence les prive de toute valeur scientifique. L'*Embryologie sacrée* du chanoine Cangiamila est un ouvrage très savant, qui longtemps a fait autorité; la traduction qu'en a donnée l'abbé Dinouart a été de la part de Vermond et Sue l'objet d'un rapport favorable à l'Académie de chirurgie, qui en a adopté les conclusions.

Je n'ai pas donné comme positifs et comme probants tous les faits rapportés dans mon mémoire. Il en est à l'égard desquels le doute ne me paraît pas possible. Cependant j'ai consenti à ce qu'ils fussent tous considérés comme incertains et mal observés, à la condition pourtant qu'on m'accordât que dans le doute il faut agir.

Un autre reproche m'a été adressé. Les faits sur lesquels vous vous appuyez, m'a-t-on dit, sont sans valeur scientifique, parce qu'ils manquent de détails très essentiels. Ce ne sont pas des observations; et là-dessus on a déroulé le tableau des conditions dont la réunion constitue ce qu'on appelle une observation. J'avoue que mon intelligence n'a pas pu s'élever jusqu'à la hauteur de l'objection.

Que sur un cas de pathologie médicale, chirurgicale ou

obstétricale les règles tracées par notre confrère soient souvent de stricte rigueur, je le conçois et je l'admets. Mais en est-il ainsi dans le sujet qui nous occupe? Je ne le pense pas.

En ce qui concerne l'âge du fœtus, les découvertes modernes permettent de le reconnaître aujourd'hui avec une grande précision ; mais avant ces heureux progrès, il ne faut pas croire que les médecins fussent entièrement dépourvus des moyens de résoudre le problème avec quelque exactitude. D'ailleurs, pour cette détermination, il n'est pas besoin de tous les détails qu'on nous donne pour indispensables. Encore moins est-on en droit de les exiger lorsqu'il s'agit des résultats heureux ou malheureux de l'hystérotomie pratiquée plus ou moins longtemps après la mort de la mère. Ici deux choses seulement sont à déterminer :

1° Le moment de la mort de la mère ;

2° L'existence du nouveau-né.

Sur le premier point, sauf des exceptions très-rares, on est le plus souvent en mesure de connaître l'instant où la vie a cessé. Quant à l'existence de l'enfant, ne suffit-il pas de s'assurer qu'il respire, qu'il crie, etc.? A quoi bon dès lors les exigences de notre collègue?

Je ne puis laisser passer sans réclamation ce que M. Depaul nous a dit touchant le court espace de temps pendant lequel l'hystérotomie *post mortem* offrirait quelque chance de sauver l'enfant. C'est là le point culminant de tout ce débat, et celui où l'erreur pourrait avoir les conséqences les plus funestes.

Dix, douze, quinze minutes, une demi-heure après la mort d'une femme enceinte, voilà le temps pendant lequel, suivant M. Depaul, il est permis dans des cas très-rares d'espérer obtenir par l'hystérotomie un enfant encore vivant.

Si je produis un seul exemple de succès. Après ce délai, l'affirmation de notre confrère s'écroule, et ma cause est gagnée. Elle ne serait pas perdue même si la question restait incertaine; car le doute en cette matière doit toujours profiter à l'enfant.

Je laisserai de côté les exemples de Cangiamila, récusés par M. Depaul. Je me bornerai à rappeler quatre cas consignés dans ma communication du 28 janvier. Le premier est dû à Riolan, qui attribue douze heures de survie intra-utérine à l'enfant sujet de sa consultation. Le second est emprunté à Gardien; c'est celui qui est relatif à Mme Pauline de Schwarzenberg. Le troisième est emprunté à la *Gazette de Metz*. (Il s'agit d'une femme qui avait péri dans un naufrage avec cinquante et quelques autres personnes. Le naufrage avait eu lieu le 27 mars; l'enfant que cette femme portait dans son sein vivait encore le 30.)

Le quatrième est celui qui m'est personnel. Voici les explications qui m'ont été demandées sur ce fait, qui s'est passé en 1807 à l'hôpital Saint-Antoine :

Un matin, entre neuf et dix heures, on descendit à la salle des morts pour procéder à une autopsie. Le cadavre était celui d'une femme morte la veille dans les salles de M. Raikem. Cette femme était enceinte. L'enfant présentait une teinte fortement prononcée d'un rouge livide; son développement était assez avancé, et pouvait correspondre au terme d'environ huit mois. Il ne cria point; il ne parut pas respirer; mais de faibles mouvements des membres et des contractions plus prononcées des muscles de la face nous convainquirent tous qu'il conservait encore un dernier reste de vie. Pas un seul des assistants n'éleva le moindre doute à cet égard. C'est dans ces circonstances que je le baptisai. Il ne tarda pas à succomber.

Et maintenant, je le demande à notre confrère, les faits que je viens de rappeler autorisent-ils le système dangereux qu'il essaye de faire prévaloir? Je suppose qu'il reste quelque doute dans son esprit, devons-nous oublier qu'une question incertaine peut recevoir des solutions opposées? Pouvons-nous méconnaître que dans l'espèce la solution de M. Depaul est un arrêt de mort irrévocablement porté contre la presque totalité des fœtus placés dans la condition dont il s'agit? Il ne nous est pas possible, il ne nous est pas

permis, quant à présent du moins, de sanctionner soit par un vote, soit par notre silence, une doctrine qui entraîne après elle des conséquences aussi funestes.

M. de Kergaradec termine en répondant au reproche que M. Depaul lui a fait de n'avoir pas parlé de l'auscultation dans son mémoire. Je n'ai pas parlé de l'auscultation, dit-il, ou plutôt j'ai supprimé ce que j'en disais dans une première rédaction, parce que je n'ai pas dans ce moyen la même confiance qu mon confrère. Sans aucun doute, là où le signe se présente, la certitude de l'existence du fœtus est acquise ; mais son absence est loin d'avoir la même valeur séméiologique Je regarderais comme une témérité de conclure de cette absence à la mort certaine de l'enfant renfermé dans l'utérus.

M. de Kergaradec se réserve de reprendre la parole pour répondre au discours de M. Devergie.

— La séance est levée à cinq heures.

INSTITUT DE FRANCE.

SÉANCE DU 8 avril 1861. — Présidence de M. MILNE EDWARDS.

M. Flourens expose en ces termes les résultats des nouvelles expériences qu'il vient de faire sur l'indépendance respective des fonctions cérébrales :

Dans un mémoire présenté à l'Académie au mois d'avril 1822, je disais : « Un animal, privé de ses lobes cérébraux, perd toutes ses facultés intellectuelles, et conserve toute la régularité de ses mouvements; un animal privé de son cervelet perd toute régularité dans ses mouvements et conserve toutes ses facultés intellectuelles.

« Et ceci même, est le grand fait qui domine tous les autres faits. Une indépendance complète sépare les fonctions des lobes cérébraux de celles du cervelet : d'une part, l'intelligence réside exclusivement dans les lobes cérébraux, et, d'autre part, le principe qui coordonne les mouvements de locomotion réside exclusivement dans le cervelet. »

J'ajoutais : « Cette indépendance complète des facultés locomotrices et des facultés intellectuelles ressort de toutes mes expériences. La perte des lobes cérébraux ne fait rien perdre aux premières ; réciproquement, la perte du cervelet ne fait rien perdre aux secondes : il y a donc, comme je viens de le dire, entre les unes et les autres une indépendance complète »

Pour mieux démontrer encore cette indépendance radicale, absolue, essentielle, entre les diverses parties de l'encéphale et les fonctions propres de chacune d'elles, j'imaginai alors une série d'expériences que je n'ai point eu occasion de publier jusqu'ici, et que j'ai toutes répétées l'une après l'autre avant de les communiquer actuellement à l'Académie (*Suit l'exposé de ces expériences.*)

Je viens à mes nouvelles expériences. Le cerveau (lobes ou hémisphères cérébraux) ayant été retranché sur plusieurs pigeons, j'ai opéré successivement (et sur autant de pigeons différents, bien entendu) la section de chaque canal, et la section de chaque canal a produit son effet ordinaire : celle des canaux horizontaux, des mouvements horizontaux; celle des canaux verticaux antéro-postérieurs, des mouvements verticaux d'avant en arrière, et celle de canaux verticaux postéro-antérieurs, des mouvements verticaux d'arrière en avant.

L'indépendance de chaque organe distinct de l'encéphale par rapport au cerveau proprement dit (lobes ou hémisphères cérébraux) est donc radicale, absolue, complète et complètement démontrée.

Reste la grande difficulté : l'explication de l'étonnant phénomène qui lie la direction des mouvements à la direction des canaux semi-circulaires.

Chacun de nous a, par rapport à soi, quatre mouvements principaux : de droite à gauche, de gauche à droite, d'avant en arrière, d'arrière en avant; et ce qui est bien digne de remarque, c'est que chacun de ses mouvements répond à la direction de chacun des canaux sémi-circulaires.

Je donnerai de cet étonnant phénomène, dans un prochain mémoire, une explication, ou qui sera la vraie ou qui du moins en approchera beaucoup, je l'espère.

— M. le secrétaire perpétuel communique l'extrait d'une lettre de M. Jackson concernant une enquête sur la question des anesthésiques instituée par la Société médicale de perfectionnement de Boston (*Boston Society for medical improvement*). La Société a chargé une commission de cinq membres de l'examen des cas de mort attribués à l'inhalation de l'éther sulfurique. Cette commission fait appel aux médecins des différents pays pour lui fournir les éléments d'une discussion approfondie de la question : elle demande que dans les communications qui lui seront faites, l'observateur veuille bien indiquer précisément :

1° Quelle sorte d'éther a été employée; si c'est de l'éther sulfurique pur, de l'éther chlorique ou de l'éther combiné avec du chloroforme;

2° Le temps qui s'est écoulé entre l'inhalation et la mort.

FORMULES RECETTES ET PRATIQUES.

Procédé très simple pour obtenir un bain de vapeur mélangée d'acide carbonique. — Hernie inguinale. — Moyen de préserver les bestiaux du typhus.

PROCÉDÉ *très simple pour obtenir un bain de vapeur mélangée d'acide carbonique.* — L'emploi médical du gaz acide carbonique, dit M. Faivre d'Esnans, m'a rappelé les effets d'une médication empirique que je mets en usage depuis longtemps dans les affections rhumatismales, et dont je m'explique mieux aujourd'hui le mode d'action. Il s'agit d'un bain de vapeur domestique que l'on administre de la manière suivante, et qui maintes fois m'a donné d'excellents résultats :

Le malade, entièrement nu et couché sur un lit, est recouvert, l'exception de la tête, d'un drap et d'une couverture tenus à 50 centimètres de distance du corps, à l'aide d'un cerceau. Cela fait, on place entre les jambes du patient un pot de grès ou de faïence au fond duquel a été fixée une bougie de cire ou de stéarine de 12 à 14 centimètres de longueur. On allume cette bougie, et, pour en favoriser la combustion, on soulève légèrement dans un point quelconque le bord du drap. Alors, voici ce que l'on observe : Au bout d'une demi-heure, le visage du malade se couvre d'une sueur qui devient de plus en plus intense à mesure que la chaleur

se développe sous le cerceau, et quand la bougie est complétement brûlée, on transporte le rhumatisant dans un lit bien chauffé. Il continue à transpirer, et il s'endort d'un sommeil profond qui dure quelquefois six ou sept heures. Il est rare que les douleurs ne disparaissent pas entièrement après deux bains administrés de cette manière.

Or, le gaz acide carbonique qui, pendant la combustion de la bougie, se produit concurremment avec du calorique et de l'eau, me paraît jouer ici le rôle essentiel, car l'expérience m'a prouvé que la chaleur et la vapeur d'eau seules sont loin de produire des effets thérapeutiques aussi remarquables. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

HERNIE INGUINALE (*Cure radicale d'une*) *au moyen d'un séton.* — Le malade, homme robuste, âgé de trente-cinq ans, était atteint de hernie inguinale du côté droit. Cette hernie, du volume à peu près d'un œuf, se réduisait facilement ; mais elle ne pouvait être contenue facilement par aucun bandage, et, depuis une année, elle rendait tout travail impossible. Dans ces circonstances, on résolut de tenter la cure radicale. Un séton, de la grosseur à peu près d'un écheveau de soie à coudre, imbibé de teinture d'iode, fut passé, au moyen de l'aiguille du docteur Rigg, dans toute la longueur du canal inguinal, et laissé en place pendant quarante-huit heures. Il s'ensuivit une inflammation peu intense, sans douleur, qui, le troisième jour, avait déterminé dans le canal un morceau de lymphe plastique. Le malade put quitter le lit au bout de deux semaines, et marcher dans la maison en portant un bandage qui n'exerçait qu'une compression modérée pour ne pas amener la résorption de la matière plastique épanchée. Cet homme, au moment de la publication du fait, ne présentait plus trace de hernie, et il avait repris ses occupations ; par mesure de précaution, on lui avait recommandé de porter un bandage quand il aurait à faire de grands efforts, jusqu'à ce qu'une consolidation solide fût parfaitement assurée. La méthode de Mösner, qui est regardée comme n'étant applicable qu'aux hernies peu anciennes et peu volumineuses, paraît avoir trouvé une indication légitime dans ce cas, publié par le docteur Rublee, où elle a eu du reste un succès auquel, toutefois, il manque peut-être encore la consécration du temps. Nos lecteurs auront remarqué l'addition de la teinture d'iode au séton, addition qui a permis de laisser celui-ci en place pendant moins de temps qu'on ne le fait dans le procédé de Mösner. (*Boston med. Journ.*, et *Med. Times and Gazette.*)

MOYEN *de préserver les bestiaux du typhus.* — Sous ce titre, nous lisons dans l'*Industriel français* : Notre correspondance du Nord révèle un fait curieux qui ne manque pas d'importance pour l'agriculture. Il paraît qu'un propriétaire des environs de Moscou aurait trouvé le moyen de préserver les bestiaux du typhus contagieux, qui, il y a quelques années, donna de si vives inquiétudes aux éleveurs. Ce moyen est simple, et nous le rapportons dans l'intérêt des grands agriculteurs de notre départe-

ment, si malheureusement le cas se présentait. Il consiste dans l'inoculation de la salive d'un sujet malade sous la peau des bestiaux qui sont menacés du fléau. Cette inoculation est aussi efficace que celle du claveau pour le mouton et de la vaccine pour l'homme. Voici le procédé : On prend de la salive d'un bœuf chez lequel le typhus s'est prononcé ; puis, faisant une incision de 2 centimètres environ à la peau, à la face interne de la cuisse, on la décolle avec le bout du doigt, de manière à y faire une petite poche, et on y introduit la salive. L'animal est atteint d'une maladie factice, d'un caractère bénin et qui le préserve du typhus, lequel ne se déclare plus chez ceux qui en ont été affectés une fois.

VARIÉTÉS.

Courrier de l'expédition de Chine. Excursion dans Péking. 21 octobre 1860 (*Suite*).

La ville impériale et les palais des Fils du Céleste-Empire.

Le 4 octobre, on quittait le pays de Pali-hia-ho pour se mettre en route vers Péking par un temps nébuleux et presque froid. Le temps s'élève ensuite, et, en prenant nos bivouacs dans de grandes briqueteries, dont les hauts fourneaux nous servent d'observatoires, nous découvrons, à quelques milles devant nous, les principaux édifices et les murs de la ville, qui se développe en un immense panorama magnifiquement illuminé par le soleil constant. C'était en réalité tout ce que les gravures et les décors luxueux des théâtres représentent de plus fantastique, comme vues de Ninive ou de Babylone.

Des monuments quadrangulaires, nous rappelant l'Arc de triomphe de l'Étoile, surmontent les portes principales, et le long rectangle de la ville est dominé de loin en loin par de grands monuments, palais ou édifices publics, etc. A Péking, comme dans toutes les autres villes chinoises, les habitations privées sont basses, rarement à un étage. Ce ne sont plus les flèches de nos cathédrales gothiques, ni les dômes du style gréco-byzantin ; ce sont toujours des pagodes ou tours pagodes aux faîtes superposés en forme de chapeaux chinois, notamment sur la montagne artificielle qui surgit au milieu de la ville et domine tout Peking.

Les environs sont cultivés et sont plantés d'arbres en touffes, plus particulièrement autour des villas et des lieux de sépulture dont les enceintes occupent une si large place par leur multipli-

cité. Le territoire chinois, dit-on, est trop exigu pour l'exubérance de la population. Eh bien! du jour où tous ces champs seraient rendus partout à l'agriculture, il y aurait peut-être, en Chine, le double de terres de ce qu'il y a aujourd'hui en culture. Ce problème d'économie sociale serait réalisé du jour où la crémation serait adoptée. Et le culte des ancêtres ne serait-il pas aussi religieusement observé par l'ustion des corps et la conservation de leurs cendres dans des urnes funéraires, comme les Grecs et les Romains, qu'en laissant des tombes à moitié couvertes, sinon entièrement à découvert! Reste à trouver un moyen facile d'incinération; or, en Chine, il y a, à défaut de forêts suffisantes à cet effet, assez de mines de houille en attendant mieux.

Les propriétés particulières forment d'ordinaire, par le groupement de leurs divers corps de bâtiments, des quadrilatères fermés; mais il n'y a pas de clos de grande étendue, rarement du moins; ceints, le plus souvent, d'allées d'arbres formant haies à claire-voie. Aussi une armée peut-elle marcher déployée à travers champs dans un pays toujours plat comme le Petchili jusqu'à la ligne de hautes montagnes courant de l'est à l'ouest, et au pied de laquelle est la capitale du Céleste-Empire.

A la deuxième journée, nous avons contourné le grand camp de cavalerie; on s'en est approché avec précaution; mais les Tartares l'avaient abandonné. Ce camp retranché est entouré de terrassements sur dix mètres d'élévation, en pente assez douce pourtant pour les gravir à cheval par des couloirs ou des petits chemins obliques. Ces ouvrages ont plus d'une lieue de côté; car c'est encore un grand carré. Le Chinois aime l'angle; le polygone est dans tout ce qu'il fait.

En continuant notre direction au nord-est, nous sommes arrivés, à la tombée de la nuit, au palais impérial *extra muros*. Une belle route dallée, partant de la ville, y conduit; et une nappe d'eau, grande quatre fois comme la pièce des Suisses à Versailles, après laquelle vient une vaste esplanade encadrée d'ormeaux et de chevaux de frise, nous indiquent que nous arrivions à l'entrée principale. On s'installait dans ce superbe bivouac quand la fusillade se fit entendre dans la direction d'une reconnaissance faite pour fouiller l'intérieur des premiers édifices. On crut d'abord à une attaque de surprise; mais ce ne fut qu'une alerte occasionnée par les derniers gardes ou préposés.

Parmi les quelques blessés, nous avons eu un officier du quartier général atteint d'un violent coup de sabre au poignet droit, et que nous avons été à portée de panser avec l'aide obligeante de M. le docteur Fuzier, de l'artillerie.

A peine remis de cette première émotion, l'incendie éclata soudain à quelques pas de nous; c'était en dehors de l'enceinte que nous occupions ; on se borna à arrêter quelques incendiaires dont on ne put rien obtenir. C'était peut-être une ruse pour détourner notre attention d'autres points plus éloignés des parcs où des Chinois pratiquaient des brèches dans les murs d'enceinte pour aller piller les palais ; car le palais impérial, c'est tout une ville de palais, dont la distribution et la magnificence échappent à toute description. Nous avons parlé dans d'autres lettres de la villa Polinqua, que nous avons trouvée fort belle, à Canton ; mais cette superbe résidence n'est, en comparaison, qu'un bastidon toulonnais.

Essayons pourtant d'en esquisser les principaux traits : sur l'esplanade se présente un grand portique avec deux entrées latérales à la principale, et encadrés de divers bâtiments sur les ailes. En franchissant cette porte monumentale, on est dans la cour d'honneur, et on a en face la grande salle de réception ou salle du trône. Ce long rectangle est dallé de marbre et ornementé; une des extrémités est couverte d'inscriptions; l'autre présente le panorama de l'ensemble des palais et de la ville de Péking faisant suite. Le grand côté antérieur a, en outre de la porte principale, d'autres ouvertures, fenêtres au milieu. De l'autre côté est le trône, où l'on monte par trois rangées de marches de face, et deux latérales. Le trône est en bois dur et noir, genre ébène magnifiquement sculpté : ce sont des arabesques fouillés à jour. De chaque côté, sur deux supports, reposent deux sphères d'or; l'une terrestre, l'autre céleste. Un large coussin brodé garnissait le fauteuil; la place étant vide, il nous a paru piquant de nous asseoir au lieu et place de celui qui ne voudrait nous voir que la face prosternée contre terre : *Vanitas vanitatum!*

Une issue, pratiquée derrière l'estrade du trône, permet de passer sous un portique opposé donnant sur un lac, de l'autre côté duquel est l'habitation impériale proprement dite. Les merveilles de l'art et du luxe, accumulées dans cette résidence féerique, sont inénarrables; il y a de tout ; et, parmi les chinoiseries, beaucoup

d'objets d'arts européens : joailleries et bijouteries surtout ; montres, pendules, horloges à sonneries musicales, tant goûtées des Chinois. Toutefois, on chercherait en vain, dans un palais chinois, ce que, dans les nôtres, on appelle les galeries de tableaux. Il y a bien des banderoles de papier et de soie plus ou moins imagées ou couvertes d'inscriptions ; des albums noirs ou coloriés, de petits tableaux brodés ou imprimés, ou coloriés au pinceau ; mais là se borne l'art chinois. Ils ont l'imagerie, mais ils n'ont pas la peinture à l'huile proprement dite.

Dans un palais latéral au précédent sont les appartements de l'impératrice, superbement meublés et ornementés ; aussi, besoin n'est-il de le dire, et cependant, le croirait-on, leurs majestés chinoises n'ont pas de draps à leurs lits ; c'est qu'en Chine le lit ne ressemble point au nôtre. C'est une estrade basse et large, garnie de coussins sur lesquels on s'étend tout habillé ; car les Chinois, largement enveloppés dans leurs longues pelisses, sont, pourrait-on dire, jour et nuit en robes de chambre. Une particularité de leur alcove est celle-ci : on y trouve presque toujours un petit enfant nu, ordinairement en porcelaine, accroupi à quatre pattes, supportant dans ses mains sa grosse tête riante ou grimaçante : c'est selon. A première vue, on est étonné de cette nudité et d'une si grotesque posture ; c'est tout simplement un oreiller bien lisse et bien frais sur l'incurvation du dos duquel on repose la partie postérieure du cou, afin d'éviter d'avoir trop chaud à la tête. En hiver, on a des traversins un peu moins durs : ce sont des sachets garnis de grains de millet.

Au-delà de ces deux palais, je vais en ligne droite et ne m'égare point. Dans les labyrinthes latéraux s'étale la surface d'un lac plus grand encore, magnifiquement entouré de nombreux palais toujours de forme rectangulaire, contournés d'allées et de canaux. Les allées sont, le plus généralement, constituées par des séries infinies de monticules artificiels en terres et roches rapportées, complantés de pins ou d'ormes, de saules ou de peupliers entourant et contournant les inextricables sinuosités des lacs, rivières et canaux communiquant entre eux, et qu'on traverse sur un nombre infini de ponts et de passerelles.

C'est après avoir erré dans tout cela, mais toujours en conservant la direction générale vers la partie centrale, d'après le plan que nous avions vu, que nous sommes arrivés à la pièce d'eau

principale ; les autres étaient bien encore des étangs si l'on veut, mais celui-là est bien un lac de 7 ou 8 kilomètres de tour, et au milieu duquel surgissent les trois îles les plus riantes qu'on puisse voir. Que sont ces délicieux ombrages et ces petits palais de marbre et d'or ? Nous l'ignorons, car nous n'avions ni indicateur ni cicérone dans notre course au galop dans ce labyrinthe des mille et une nuits. Nous avons, toutefois, entendu bourdonner le nom de harem. Il est de fait que ce sont de bien jolies cages dans des nids de verdure.

A ce moment passaient les compagnies d'un bataillon allant en reconnaissance, et fouillant un peu partout ; nous les suivîmes, et bientôt nous arrivions au côté nord du lac sur le bord duquel surgit un palais tout en marbre dont les portiques et les colonnades sont partout percés à jour. Neptune, assurément, n'eut jamais de résidence d'été plus délicieuse que celle-là.

Nous pensions en avoir terminé dans notre exploration à vol d'oiseau, de toutes ces merveilles quand un détachement pénétra dans une nouvelle enceinte à doubles murailles : c'étaient encore des parcs, des lacs, des canaux, des palais ; quelque chose comme St-Cloud et Versailles mélangés. C'étaient, en effet, une nouvelle série de palais style Louis XIV et Louis XV, un peu délaissés aujourd'hui, mais qui eurent toute la prédilection de l'aïeul de l'Empereur, qui les fit ériger d'après des plans entièrement français : ornements et meubles, glaces et tapisseries des Gobelins, lustres, candelabres, pendules, tableaux et gravures, dont une représentant Henri IV sur le Pont-Neuf : tout est à la française, et il nous semblait être aux environs de Paris.

Il fallait se hâter de voir ces merveilles, car après trois jours d'incendies à chaque instant renouvelés sur divers points pillés par les Chinois, après le passage des troupes alliées, qui, impuissantes à arrêter la ruine de toutes ces richesses, n'en ont sauvé que des parcelles, tout cela n'était plus que décombres à l'intérieur ; les corps de bâtiments sont restés debout comme des fantômes sur des ruines.

Outre les objets précieux de toutes sortes, il y avait beaucoup de caisses de fruits secs, surtout du *letchi* jaune, des nids d'hirondelles, des boîtes de thé, d'autres contenant des espèces médicamenteuses, et nous avons fait là une vraie trouvaille : quelques échantillons du fameux ***Gin-sen*** ou ***Nin-sen***, la substance hygiéni-

que et médicamenteuse, en Chine, la plus précieuse et la plus chère aussi, car on la vend au poids de l'or.

Cette substance est la racine bifide d'une petite plante qu'on trouve dans la terre des herbes en Tartarie; les feuilles, qui manquent, doivent être, à l'état frais, petites et basses, à en juger par l'étroitesse du collet, où on les coupe ras lors de la récolte.

Ce collet réunit adossées deux racines divergentes de la grosseur de deux petits radis longs ou de deux salsifis. Desséchées, elles sont légèremnt froncées, de couleur blanchâtre ou jaunâtre, semi-transparente, surtout aux extrémités qui se bifurquent souvent en radicelles. Ce qui pourrait donner la meilleure idée de l'aspect de cette double racine, abstraction faite de la nature et de la provenance, ce seraient les cuisses écorchées et desséchées d'une grenouille, ou bien encore les tentacules du poulpe.

La saveur est d'abord douceâtre presque comme celle de la racine de réglisse, et faiblement amère ensuite par la mastication. On peut affirmer avant toute analyse que cette substance, dont la cassure se rapproche de celle du sucre d'orge brun par son aspect vitro-résineux, contient une matière sucrée; elle n'a pas d'odeur à l'état sec, du moins; elle est légère comme la racine d'iris desséchée.

On l'emploie en décoction, coupée en très menus morceaux, et dans la proportion, pour une tasse, de quelques grammes à demi-once au plus, dose à laquelle on arrive progressivement.

Nota bene. La décoction doit être faite en vase clos et au bain-marie. On le prend ordinairement le matin à jeun, quelquefois aussi le soir en se couchant. Le marc, comme celui du café ou du thé peut servir une seconde fois, on en prend de 3 à 5 jours, rarement au-delà de huit; mais on doit s'abstenir tout-à-fait de thé durant au moins un mois, car le thé en neutraliserait le bon effet.

Cette particularité semblerait indiquer que le *gin-sen* répare les estomacs débilités ou fatigués par l'abus du thé dont on fait un usage immodéré en Chine; mais sa propriété généralement reconnue c'est de refaire les organismes débilités par les maladies, par les souffrances, par les pertes excessives et surtout par l'abus des plaisirs *veneris*. C'est dans ce dernier cas surtout que paraît être sa principale indication; car on ne le donne ni aux enfants ni aux vieillards. Non pas que ce soit un agent trop énergique, car une trop forte décoction concentrée n'a d'autre inconvénient que d'être

mauvaise au goût, Si c'était un simple analeptique, on le prescrirait à tout âge. Il nous paraît donc que c'est plutôt et avant tout un aphrodisiaque reconfortant, on ne le prescrit guère qu'aux jeunes gens et aux adultes, et son nom précisément signifie : *gin* ou *nin* homme, *sen* santé, vigueur.

On peut faire des tablettes de *gin sen* avec de la pulpe sucrée de tetchi ou autre.

Il y a une autre espèce de *Gin-sen* venant de Corée et appelée pour son origine *Cori-sen*; il est plus commun, moins cher, mais néanmoins très estimé.

Nous avons trouvé aussi de petits flacons des fameuses pilules rouges de Pékin, sorte de panacée universelle aux yeux des Chinois.

Ajoutons que dans la dispersion des livres nous avons frouvé un traité de l'art de la sériculture avec gravure sur bois qui sera un souvenir pour un Dauphinois.

Après la démonstration hostile faite au palais impérial, les diplomates chinois ont continué leurs tergiversations, et les armées alliées sont venues camper sous les murs de la ville du côté nord, et on a ouvert immédiatement les tranchées près d'une porte principale contre laquelle on a dressé les batteries de siège pour battre en brèche. L'ultimatum portait que le feu s'ouvrirait le 12 à midi. Ce jour là la ville a capitulé et nous voilà maîtres de cette fameuse capitale qui semblait être un mythe.

Dr ARMAND.

NOUVELLES.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des cultes, en, date du 19 avril, un concours public sera ouvert le 19 août 1861, devant la Faculté de médecine de Strasbourg, pour la place de chef des travaux anatomiques. Le délai dans lequel les candidats devront se faire inscrire expirera le 19 juillet 1861. Le candidat nommé à la suite de ce concours entrera en exercice dès que l'institution ministérielle lui aura été conférée.

— *Clinique de l'hôpital des Enfants.* — Le docteur G. Sée, médecin de l'hôpital des Enfants, fera, à partir du 30 avril, tous les mardis, à huit heures, des conférences cliniques, et, à neuf heures, des leçons théoriques sur les maladies aiguës des enfants. — La visite aura lieu à huit heures, salle Saint-Jean, services de MM. Bouvier et Sée.

— *Conférences cliniques sur les maladies chirurgicales des*

enfants. — M. Marjolin, chirurgien de l'hôpital Sainte-Eugénie, commencera ses conférences cliniques le jeudi 2 mai, les continuera tous les jeudis, à neuf heures, à l'hôpital Sainte-Eugénie.

— Une des conditions d'admission à l'Académie Joséphine de Vienne (Autriche) consiste dans la présentation d'un certificat de baptême. Cette condition, comme on le voit, exclut les juifs de la médecine militaire.

— M. le docteur M. Csauss, professeur émérite, mort à Pesth le 14 septembre dernier, a, par son testament, fait des legs considérables à la Faculté de médecine, à l'hôpital des Enfants pauvres de cette ville et à l'Académie hongroise.

— M. le préfet de la Seine a visité, lundi dernier, les cinq services d'aliénés de la Salpêtrière.

— Par décret, en date du 30 mars 1861, rendu sur le rapport du ministre de l'intérieur, S. M. l'Empereur a nommé présidents :

De la Société de prévoyance de Saintes (Charente-Inférieure), M. Briault;

De la Société de Grenoble (Isère), M. Buissard;

De la Société de Metz (Moselle), M. le docteur Dieu.

— *Concours d'agrégation au Val-de-Grâce*, terminé le 20 avril 1861.

Section d'anatomie : M. J. Paulet, répétiteur à l'École de Strasbourg.

Section de chirurgie : M. Lecomte, médecin-major au 2e d'artillerie.

Section d'hygiène : M. Arnould, médecin aide major des hôpitaux d'Algérie.

— Dans sa séance du 8 avril, la Société d'hydrologie médicale de Paris a reçu cinq démissions : celles de M. Mêlier, président; de M. Le Bret, secrétaire des séances; de M. Désormeaux, membre titulaire, et de M. Fauconneau-Dufresne, membre associé libre. La Société tiendra extraordinairement séance lundi prochain 15 avril, et procédera à des élections.

Divers prix du legs Monthyon. Il sera décerné un ou plusieurs prix aux auteurs des ouvrages ou des découvertes qui seront jugés les plus utiles à l'art de guérir, et à ceux qui auraient trouvé les moyens de rendre un art ou un métier moins insalubre. Les pièces admises au concours n'auront droit au prix qu'autant qu'elles contiendront une découverte parfaitement déterminée.

Prix de médecine : Faire l'histoire de la pellagre. Le prix sera de la somme de 5,000 fr.

Prix de médecine et de chirurgie : De l'application de l'électricité à la thérapeutique. Le prix sera de la somme de 5,000 fr.

Grand prix de chirurgie : De la conservation des membres par la conservation du périoste. Le prix sera de 30,000 fr.

Prix Alhumbert pour les sciences naturelles : Essayer, par des expériences bien faites, de jeter un jour nouveau sur la question

des générations dites spontanées. Médaille d'or de la valeur de 2,500 fr.

Legs Bréant : Trouver une médication qui guérisse le choléra asiatique dans l'immense majorité des cas. — Ou indiquer d'une manière incontestable les causes du choléra asiatique, de façon qu'en amenant la suppression de ces causes on fasse cesser l'épidémie. Ou enfin : Découvrir une prophylaxie certaine et aussi évidente que l'est, par exemple, celle de la vaccine pour la variole. Le prix est de 100,000 fr.

Prix Barbier : ce prix qui est de 2,000 fr., sera décerné en 1862, au meilleur travail sur la chimie ou sur la botanique médicale.

— M. le maire de Saint-Genest-Malifaux (Loire) nous prie de faire connaître à nos confrères que depuis quelques jours le canton de Saint-Genest-Malifaux est dépourvu de médecin. La population de ce canton est d'environ 10,000 âmes. — Il y a une rétribution annuelle de 750 fr. attachée au poste médical de cette localité.

— *Individus réfractaires au virus rabique* — Le compte rendu annuel publié par l'hôpital général de Vienne (Autriche) constate que sur 115 individus mordus par des animaux enragés, 25 seulement sont morts d'hydrophobie.

Toutes les maladies contagieuses sont dans le même cas que la rage, telles que la syphilis, la rougeole, la petite vérole, etc., et même la gale : c'est-à-dire que l'immunité est le privilége d'un nombre indéterminé de personnes sans que l'on puisse le pronostiquer à des signes univoques. J'ai connu un ancien garde du corps de Charles X, qui en s'y exposant, ne contracta jamais la vérole, lorsqu'après une orgie de table dans laquelle il noya sa raison, sa santé pour la première fois sombra aussi très-gravement.

BIBLIOGRAPHIE.

Annuaire général des sciences médicales.

Par le Docteur Cavasse.

Les médecins n'avaient pas d'ouvrage dans lequel ils pussent trouver l'indication et l'analyse des travaux publiés sur les sciences médicales.

M. le Docteur Cavasse, habitué aux longs travaux de cabinet aux recherches scientifiques difficiles et laborieuses, a compris combien il fallait au médecin de courage et de patience pour se maintenir au courant de toutes les découvertes nouvelles. Il a entrepris une publication qui est le résumé de tout ce qui a été dit et écrit sur les diverses branches des sciences médicales dans l'année.

M. Cavasse lit tous les livres qui paraissent, analyse les uns, signale les autres; il indique les thèses et résume les meilleurs articles des journaux,

L'Année médicale présente d'une manière claire et concisee les progrès qui se fait chaque année dans une science dont le but est de

conserver les hommes et de soulager leurs souffrances. Notre confrère a fait une œuvre utile à tous les médecins; elle rappelle aux uns ce qui a été fait; elle facilite les recherches des autres; elle abrège le travail de tous.

Le sujet de la médecine c'est l'homme, son objet la maladie, son but la guérison, ses moyens la thérapeutique.

Le médecin a entrepris une lutte contre la fatalité qui s'attache à la nature humaine. Pour triompher dans cette lutte, il lui faut des armes. Il les trouve en puisant dans les sciences qui ont toutes des rapports avec la médecine.

La science s'est lentement perfectionnée en traversant les siècles. Chaque année apporte de nouvelles connaissances; M. Cavasse les résume au médecin avide de connaître.

« Celui, dit Hippocrate, qui rejette tout ce qui a été fait avant lui, et, prenant une autre route dans ses recherches, se vante d'avoir trouvé quelque chose de nouveau, se trompe lui-même et trompe les autres. »

L'anatomie et la physiologie, la médecine, la chirurgie, les accouchements, les maladies des enfants, la thérapeutique et la pharmacie, les eaux minérales, l'hygiène, la médecine légale. Telles sont les parties de l'ouvrage.

Nous regrettons de ne point voir dans ce plan la philosophie médicale. C'est là une lacune que la *Revue médicale* ne pouvait passer sous silence.

La médecine a commencé par être empirique.

Pour constituer la science, les médecins ont suivi l'exemple des philosophes ; ils ont comparé les faits qu'ils observaient, les ont classés, les ont généralisés et en ont tiré des conséquences. C'est ainsi qu'ils ont jeté les fondements de la philosophie médicale, et c'est par là que l'art de guérir a fait d'immenses progrès.

La philosophie médicale juge le passé, résume le présent, prépare les découvertes à venir.

Sans elle, la raison ne poursuit rien d'élevé, la science n'atteint rien de grand, l'art est impossible.

Tous les faits que le médecin doit connaître sont relatifs à l'homme sain, à l'homme malade et aux moyens de guérir.

Pour que le médecin soit actif auprès du malade, il faut qu'il se fasse une théorie de la maladie en général, et l'idée qu'il se fait de la maladie est évidemment subordonnée à l'idée qu'il se fait déjà de l'homme.

La philosophie médicale est le lien qui existe entre la science de l'homme, la maladie et la guérison.

Point de pratique médicale sans une doctrine qui donne une signification aux faits, serve à les coordonner et à déterminer la nature de la maladie.

C'est là le seul reproche que nous ayons à faire à M. Cavasse.

Son livre est excellent d'ailleurs, et nous lui adressons nos sincères félicitations.

Dr O. Scelles de Montdésert.

La Scillitine Mandet, ses sirops et ses pilules.

La Scillitine, résumé des propriétés thérapeutiques de la Scille, est un médicament déjà connu et employé par les praticiens. M. Mandet, pharmacien de Tarare a fait une étude spéciale de sa préparation et l'on sait l'accueil que lui a fait l'Académie, lorsqu'elle a été soumise à son approbation.

La Scillitine extraite par le procédé de M. Chevallier se présente à la pratique dépouillée de tout le principe irritant de la plante, et quel avantage dès lors n'offre-t-elle pas dans les cas de maladies respiratoires ou urinaires, contre les quelles le premier soin est celui de ramener la circulation à l'état normal. Nous ne croyons pas utile d'en dire davantage sur son emploi, non plus que sur la spécificité qu'elle possède contre les diverses affections de l'organisme, qu'il nous suffise de dire que l'expérience a démontré que la Scillitine, s'administre généralement aujourd'hui à la dose de dix à vingt centigrammes par jour.

Croyant rendre son administration plus facile, M. Mandet a pensé qu'il était convenable de faire des pilules et un sirop de Scillitine. L'adoption qu'on a faite de la préparation sous ces deux formes a démontré que M. Mandet avait eu raison. Le sirop et les pilules sont employés tous les jours dans les hôpitaux et dans la clientèlle civile.

La Scillitine pure, et les pilules et sirop de Scillitine se trouvent à Tarare chez M. Mandet, pharmacien, et à Paris, chez M. Adrian, pharmacien, successeur de Page, 25, rue Coquillière.

La sève de Pin et son Sirop.

La sève de pin maritime est une heureuse découverte de notemps modernes pour la médecine des maladies de poitrine. L'extension qu'elle a prise prouve son efficacité. M. Lagasse a eu la bonne idée de concentrer cette substance en un sirop béchique dont l'adoption a été prompte. Les médecins l'ordonnent avec avantage dans les cas de maladies chroniques telles que catarrhes, asthme humide, bronchorrhie, etc, et ses succès ne sont pas moindres dans les indispositions aiguës de l'hiver, telles que rhumes, laryngites, pharyngites et angines.

On a remarqué que ce *Sirop de sève de pin* a aussi une action évidente sur les sécrétions urinaireres, et les irritations inflammatoires de la vessie; il dispense avec avantage de ces préparations de bourgeons de pin, si généralement employés avant la découverte de la sève qui est la substance la plus intime et la mieux élaborée de l'arbre.

Le *Sirop de sève de pin* de M. Lagasse se vend à sa pharmacie de Bordeaux, Cour-d'Albret, 51, et à Paris, chez M. Grimaud successeur à la pharmacie Dorvault, rue Lafeuillade 7, et chez les principaux pharmaciens de France.

PYROPHOSPHATE DE FER ET DE SOUDE, de LERAS, pharmacien, docteur ès-sciences. — Ce nouveau ferrugineux liquide, incolore, sans goût ni saveur de fer, contient, par cuillerée à bouche, 20 centigrammes de sel de fer. Il offre la composition des os et du sang. Seul, il ne précipite pas en présence du suc gastrique et ne provoque jamais de constipation. Il s'administre par cuillerée à bouche une demi-heure avant chaque repas, et peut se prendre en mangeant associé au vin, qu'il ne décompose pas. On en fait aussi un *Sirop* très-blanc et très-agréable, ainsi que des *Dragées*.

Il est toujours parfaitement supporté, et les observations de MM. Aran, Arnal, Barth, Bernutz, Casenave, Debout, etc., publiées par les divers journaux de médecine ont prouvé qu'il a réussi là où le *lactate de fer*, le *fer réduit*, les *pilules* de *Vallet*, l'*eau* de *Bussang*, de *Passy* et de *Spa* avaient échoué. — Prix du flacon, 2 fr. Dépôt à Paris, à la pharmacie 7, rue de la Feuillade, près la Banque. En province, chez tous les pharmaciens.

Eau sulfureuse de Labassère, près de Bagnères-de-Bigorre, Hautes-Pyrénées.

« L'eau de *Labassère* est la plus richement minéralisée des sulfu-« reuses sodiques. » (Pétrequin et Socquet.)

« Trois ans d'embouteillage sans altération. » (Ossian Henry.)

« L'eau de *Labassère* se place en tête des eaux propres à l'expor-« tation. » (Filhol.)

« La stabilité des eaux de *Labassère* leur donne, sur toutes les « eaux sulfureuses connues, pour l'exportation et l'emploi loin de « sources, une supériorité incontestable. » (Cazalas.)

Tableau comparatif par M. Filhol.

« Sulfure de Sodium : Labassère, 0,046 ; Eaux Bonnes 0,021 »
« Chlorure de Sodium : Labassère, 0,215 ; Cauterets 0,026 »
« Matière organique : Labassère. 0,145 ; Luchon 0,036 »

« L'eau de *Labassère* peut être employée *avec avantages* dans « toutes les maladies où les eaux sulfureuses sont indiquées. Elle jouit « d'une efficacité spéciale que l'on ne saurait mettre en doute dans « *le catharre chronique des bronches, les toux convulsives, les « congestions passives du poumon, la tuberculisation pulmonaire, « la laryngite chronique et les maladies de la peau.* » (Filhol. Cazalas.)

J. Gertoux, à Bagnère de Bigorre, seul fermier de la source, expédie.

Pour tous les articles non-signés, le Docteur SALES-GIRONS.

Paris. — Imprimerie de Moquet, rue des Fossés-Saint-Jacques, 11.

LA REVUE MÉDICALE
FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.
(15 Mai 1861.)

CLINIQUE ET MEMOIRES.

DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE

APRÈS LA MORT DE LA FEMME.

UN MOT SUR LA DISCUSSION DE CETTE QUESTION A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE;

Par M. Sales-Girons.

La discussion ouverte il y a bientôt deux mois sur l'opération césarienne *post mortem* vient d'être close à la dernière séance de l'Académie.

C'était là une de ces questions entre toutes qui honorent le corps savant devant lequel on les porte. L'Académie de médecine n'a peut-être pas senti l'importance que lui donnait la discussion d'un pareil sujet. Si elle avait réfléchi seulement que de toutes les compagnies, réunies au nom de la science, aucune autre qu'elle ne pouvait traiter une question qui touche au ciel et à la terre, à la vie et à la mort, et au plus grand pouvoir qui puisse être dévolu à la responsabilité humaine; si l'Académie de médecine avait réfléchi à cela, peut-être se serait-elle rendu compte de la haute mission qu'elle est chargée de remplir et du caractère d'incontestable supériorité qui distingue la médecine de toutes les autres sciences.

Que sont en effet les cinq grandes sections de l'Institut devant la thèse de l'opération Césarienne *post mortem?* quelle qualité, quelle compétence aurait l'Institut, si les quatre ou cinq membres, que la Section des sciences a empruntées à l'Académie de médecine, ne venaient suppléer à son insuffisance.

Aussi rendons justice aux orateurs qui ont pris part à cette discussion; tous, on peut le dire, y ont apporté ce soin

spécial qui témoigne du respect qu'on doit aux choses dont le propre est d'élever jusqu'à elles ceux à qui on les soumet.

Quelque opinion qu'on ait professée, à quelque point de vue qu'on ait envisagé le sujet, chacun a laissé voir qu'il subissait une influence supérieure aux influences de l'anatomisme, dont le sentiment domine ordinairement l'Académie.

Mais la meilleure part était réservée à M. de Kergaradec, et il la méritait sous tous les rapports. M. de Kergaradec, muni de toutes les notions requises, est venu prendre dans ce débat le rôle du médecin chrétien, qu'il remplit si naturellement. En voyant et en écoutant cet Académicien, qui a occupé la tribune plusieurs heures durant et au milieu d'un silence inespéré, on se prenait à avoir une grande opinion de cette Académie, qu'on croirait parfois si distraite et si superficielle, et l'on se serait consolé de tout en pensant qu'il y avait un corps savant dans lequel de semblables questions trouvaient un orateur aussi bien convaincu et un auditoire aussi attentif.

Au milieu de collègues qui ne voient partout que des raisons d'hésiter sous prétexte de prudence ou de légalité, M. de Kergaradec a toujours fait l'office du sage devant le danger pressant. Pour lui il s'agit dans la cause d'une homme qui peut vivre, et en tout cas d'une âme à sauver. Or, que sont en parallèle toutes les considérations secondaires? Les prudences elles-mêmes ne sont qu'imprudences, lorsqu'on songe qu'un instant perdu après la mort de la mère, peut coûter la vie d'un homme. Sauvez l'enfant, semblait dire partout M. de Kergaradec; vous ferez après vos harangues.

Le fœtus a cinq mois révolus et la femme a cessé de vivre; tels sont les deux éléments avec lesquels la thèse se présente à la conscience du médecin. Donnez au médecin, dit M. de Kergaradec, l'appui que vous vient demander sa conscience pour se mettre à l'œuvre, et ne l'embarrassez pas dans le dédale de vos réserves ou dans les lenteurs de vos expectations rationnelles.

Après avoir acquis la certitude de la mort de la mère, vous exigez encore la certitude de la vie de l'enfant qui est dans son sein. S'il est possible de se la procurer promptement, rien de mieux, répond M. de Kergaradec; mais en définitive comme ici le doute est aussi obligatoire pour le médecin que la certitude, n'y perdez pas un temps précieux ; opérez.

On nous dit enfin, et on voudrait le faire dire à l'Académie de médecine, que pour justifier l'opération, il faut que l'enfant ou le fœtus soit dans les conditions requises de la viabilité extra-utérine. Je ne suis pas si exigeant ou je le suis davantage, répond M. de Kergaradec : quand même je serais certain du défaut de ces conditions, je ne serais pas moins soucieux des intérêts de l'âme de cette créature. Votre sollicitude ne s'étend qu'à la vie du corps en ce monde ; la vie de l'âme dans l'autre n'y a pas moins de droits. Je veux parler du baptême, dit-il, qui rentre certainement dans les obligations morales de l'accoucheur. Consultez les plus célèbres, ceux dont les ouvrages classiques sont les plus légitimement estimés, et vous verrez qu'ils n'ont jamais manqué d'y consacrer un chapitre aux cas qui nécessitent le baptême immédiat.

A la conclusion du rapport qui fait passer les conditions accessoires devant la condition essentielle, je substituerai donc la conclusion suivante, et je n'en voudrais point d'autre pour toute réponse à la question qui est soumise à l'Académie, dit M. de Kergaradec.

« Le médecin peut et même doit pratiquer l'opération « césarienne après la mort de la mère, dans tous les cas où il « n'a pas acquis la certitude positive que le fœtus a cessé de « vivre. »

Voilà le fonds qui relève de l'autorité de l'Académie. Tout le reste n'est que de forme, et la conscience du médecin suffit pour y faire face.

Maintenant, si la législation ou les règlements, si les volontés légitimes des parents et des proches, font quelque obstacle à l'exécution, il importe à l'Académie d'intervenir

de toute son influence pour apprécier les résistances à leur juste valeur. Qu'elle dise ce qui est bien et qu'elle s'en remette au temps et au progrès de la science pour le réaliser.

C'est enfin dans une belle péroraison que M. de Kergaradec a résumé l'esprit de son argumentation.

« Messieurs, dit-il, si l'indépendance de la profession à laquelle j'ai l'honneur d'appartenir m'est chère, il est un intérêt que je place encore au-dessus d'elle : c'est celui de la conservation d'une vie humaine. Dans l'état présent des choses, l'inquiétude et la crainte retiennent trop souvent nos confrères, et leur répugnance toujours croissante à pratiquer l'hystérotomie *post mortem* est un fait notoire.

« Quelle qu'en soit la cause, et cette cause est multiple, leur réserve a des conséquences déplorables. Bien des enfants qui auraient pu vivre, meurent victimes des appréhensions de l'accoucheur. Il est donc nécessaire, il est urgent d'aviser. Les réglements en vigueur sur les autopsies sont incomplets en ce qu'ils n'ont pas prévu, même en principe, les cas exceptionnels d'une dérogation indispensable. Il y va, je l'ai dit, plus encore des intérêts de l'humanité que de ceux du corps médical à qui ils sont confiés.

« Pour opérer une si utile réforme, il faut éclairer l'administration sur le sens dans lequel elle doit être faite, sur la liberté d'action à rendre à l'homme de l'art et sur la nature et les limites de sa responsabilité. Or c'est à l'Académie de médecine qu'il appartient de donner à l'autorité les indications fortement motivées qui doivent mettre les règlements en harmonie avec ce que réclament à la fois la science et la conscience du médecin. »

Nous ne craignons pas d'être contredit par aucun des témoins habituels des débats académiques lorsque nous écrirons que, dans celui-ci, l'Académie a senti, fût-ce à son insu, qu'il s'agissait d'une question qui, sans être au-dessus de sa compétence, débordait néanmoins le cadre ordinaire de ses discussions. Figurez-vous un savant étranger, qui serait entré durant une de ces séances où M. de Kergaradec, asso-

ciant les choses de la religion aux choses de la médecine, captivait l'attention générale de l'assemblée. Il est certain que ce savant eût emporté de l'Académie, l'impression d'un sentiment que ne lui avait pas inspiré la lecture des comptes-rendus de ses discussions ordinaires.

Ajoutons en *Post scriptum* :

Les considérations de la vie extra-utérine l'ont emporté sur toutes les autres, comme on le verra au texte de la conclusion unique, adoptée par l'Académie. Le savant étranger aura bien fait de partir avant la fin. (Voir plus loin aux académies). Dr Sales-Girons.

NOTE SUR UNE CACHEXIE SPÉCIALE

DE FORME PRÉTENDUE PELLAGREUSE, PROPRE AUX ALIÉNÉS,

par le docteur A. Joire,

Médecin en chef de l'Asile d'Aliénés de Lomelet (Lille).

(*Voir le cahier précédent*).

III..... Cette maladie, endémique dans certaines contrées méridionales, n'a, paraît-il, commencé à fixer l'attention des médecins italiens que depuis un siècle. Des dissidences ont régné longtemps en Italie à propos de la pellagre ; les uns prétendant qu'elle ne s'est montrée pour la première fois que vers le commencement du XVIII^e^ siècle; d'autres affirmant qu'elle a été observée de tout temps en Italie, et qu'elle est aussi ancienne que le soleil qui la produit.

Je n'ai pas à exposer ici la description de cette affection, qui, depuis quelques années, est devenue en France l'objet de travaux importants ; je ferai voir seulement, comme point spécial à mettre en parallèle avec les phénomènes manifestés chez les aliénés, l'ordre d'apparition dans le cours de la maladie des diverses altérations fonctionnelles. La pellagre est caractérisée par trois ordres de phénomènes morbides : 1° Une inflammation spéciale des voies digestives, étendue parfois depuis la bouche jusqu'au gros intestin; 2° Un érythème accompagné de desquammation et de fissures, qui occupe les parties du corps exposées à la lumière. 3° Une lésion grave

du système nerveux qui se traduit par des vertiges, des tremblements, une marche vacillante et un trouble très-notable des facultés intellectuelles.

Des altérations graves ont été rencontrées surtout dans les voies digestives chez des sujets qui ont succombé par suite de cette affection ; le cerveau et la moelle ont aussi été reconnus le siège de graves et profondes lésions. M. Brière de Boismont, qui avait observé la pellagre en Italie, en 1834, a publié sur elle un mémoire important; il dit avoir rencontré dans les autopsies qu'il a faites des lésions très nombreuses dans les centres nerveux, mais qui, il faut le dire, ne diffèrent guères de celle qu'on observe bien souvent dans l'aliénation mentale ; et comme ces sujets ont offert les caractères de la folie, on ne doit pas considérer ces lésions comme propres à l'affection pellagreuse, puisqu'on peut les rencontrer toutes en l'absence de celle-ci.

Cet ordre est-il le même chez nos aliénés? Je n'hésite pas à répondre négativement.

De l'aveu même de M. Billod et de ses collègues, la condition première de l'apparition de l'érythème pellagreux, c'est la lésion des centres nerveux qui se traduit par un état de dépression des facultés intellectuelles et bientôt des fonctions de la vie organique. Ce n'est que plus tard, d'après eux, que se manifestent des désordres graves du côté de l'appareil digestif. Ils ont bien signalé dans quelques cas l'apparition de la diarrhée en même temps que celle de la lésion de la peau; mais cette coïncidence est loin d'être constante.

L'altération tégumentaire sous l'influence de l'insolation se comporte bien à peu près comme dans la pellagre, mais elle est en général moins prononcée.

On pourrait répondre que mon appréciation porte sur des observations faites dans des localités où l'intensité des rayons solaires est bien moins prononcée que dans les provinces méridionales, et qu'ici du moins l'érythème pellagreux et celui des aliénés n'offrent pas la moindre différence.

J'accepterai pleinement cette solution; mais je ferai remarquer que c'est le seul point sur lequel il y ait ressemblance.

L'altération des centres nerveux, admise chez les aliénés comme le point de départ de la cachexie, n'est considérée, dans la pellagre, que comme produite consécutivement et seulement dans les dernières phases de la maladie.

Ces diverses dissemblances sont, à mes yeux, de la plus haute importance et me paraissent un puissant obstacle à l'assimilation des deux maladies ; elles sont aussi démonstratives pour moi du rôle tout à fait secondaire que joue dans les deux cas l'affection cutanée.

On a vu que je la suppose identique, et je trouve tout à fait rationnel de la considérer comme le produit d'une cause identique, l'insolation, agissant sur un organisme dont la vitalité a décru sous l'empire, dans un cas, de l'altération profonde de la nutrition générale consécutive aux lésions de l'appareil digestif ; dans un autre, d'un abaissement de la vitalité déterminé par une altération grave des centres nerveux.

IV. — Mais quelles sont donc les causes qui déterminent, d'une part, la pellagre, de l'autre, celles qui abaissent la vitalité des centres nerveux à une certaine période de la folie ?

Il m'est donné d'avoir en ce moment sous les yeux un travail important sur la pellagre en Italie par le docteur Billod lui-même.

Chargé, par le ministre de l'intérieur de la mission d'étudier l'affection pellagreuse dans les localités où elle règne endémique, et de l'observer plus spécialement dans les asiles d'aliénés, cet honorable confrère a exposé, dans un rapport des plus remarquables, le fruit de ses recherches.

Je n'ai pas à suivre l'auteur dans les développements de son travail ; je ferai remarquer seulement que ce qui a plus particulièrement appelé son attention, c'est la recherche des cas de pellagre dans les asiles d'aliénés qu'il a visités avec le plus grand soin.

Dans un bon nombre de localités qu'il a traversées, la pellagre y est inconnue, et les établissements d'aliénés qu'elles contiennent n'ont pas offert non plus de traces d'érythème pellagreux. Pour l'asile d'aliénés de Naples, je ferai ressortir, en

passant, une remarque de M. Billod, qui, étonné de l'immunité dont paraissent jouir sous ce rapport les pensionnaires de cet asile (l'intensité de l'action solaire s'exerçant là d'une manière si puissante), l'expliquait par l'usage de la sieste, auquel les aliénés sont soumis, comme tout le monde, en ces pays, et qui a pour effet de les soustraire à l'insolation dans les heures les plus chaudes de la journée.

Dans les provinces, telles que la Toscane, une partie des Romagnes, l'Emilie, le Milanais et une partie du Piémont, où la pellagre est endémique, elle constitue une des causes les plus fréquentes de la folie chez les individus admis dans les asiles d'aliénés.

M. Billod s'est surtout appliqué à l'étude de ces cas de folie coïncidant avec la pellagre et a trouvé presque constamment l'altération cutanée ayant précédé le développement de l'aliénation. Quelques faits bien rares lui ont été signalés cependant où l'affection pellagreuse ne s'était montrée que quelque temps après l'admission dans les asiles; mais on conçoit que pour ces sujets il n'était pas possible d'affirmer l'apparition primitive de l'érythème pellagreux, qui, eu égard à l'endémicité, pouvait être la reproduction d'une affection antérieure.

Quant aux causes de la pellagre endémique, celle qui est considérée par les médecins italiens, si compétents dans la question, comme la principale, c'est l'usage, comme nourriture principale, du maïs atteint d une altération particulière appelée vert-de-gris, produite par une maturité imparfaite et assez commune en Italie dans les années froides. Cette altération de la graine, favorisée par l'humidité, en modifie les qualités physiques et chimiques, la rend âcre et propre à causer une forme spéciale de maladie; ce n'est autre chose qu'un champignon parasite développé sous l'épisperme (sporisorium du maïs), qui demeure nécessairement mélangé à la farine lors de la mouture de la graine.

Cette substance, selon le sentiment de quelques auteurs, douée de propriétés délétères, agirait à la longue à la manière des agents toxiques, et, en portant son action sur l'appareil

digestif d'abord pour en troubler les fonctions, et ensuite sur les centres nerveux, deviendrait la cause des désordres intellectuels qui se manifestent si fréquemment à la suite de l'affection pellagreuse.

Telle serait la cause principale de la pellagre endémique. La misère, avec ses suites inévitables : travaux rudes et prolongés, alimentation malsaine et insuffisante, insolation, mépris des soins personnels, insalubrité des habitations, concourraient aussi pour une certaine part à son développement.

Je me demande si nous rencontrons dans nos asiles d'aliénés quelque condition à mettre en regard de celles-ci.

L'alimentation presque exclusive de maïs altéré agit d'abord en portant à l'économie une alimentation insuffisante qui se traduit à la longue par des troubles fonctionnels vers l'appareil de la digestion, et entraîne bientôt une altération consécutive de la nutrition. Le parasite toxique agit aussi comme irritant de la muqueuse digestive et détermine des troubles plus ou moins graves.

Nous pouvons bien aussi rencontrer chez un certain nombre d'aliénés des désordres fonctionnels de l'appareil digestif sous l'influence soit d'une alimentation insuffisante, soit de prédispositions individuelles, et dès lors nous aurons de ce côté des troubles analogues à ceux de la pellagre, qui pourront entraîner pour l'organisme tout entier les mêmes conséquences : une altération plus ou moins profonde de la nutrition générale.

Dans cette condition, par suite des connexions intimes qui existent entre la muqueuse digestive et l'appareil cutané, nous pourrons voir se développer du côté de celui-ci des troubles fonctionnels plus ou moins importants, tels que amaigrissement, atrophie, teinte grisâtre ou brunâtre de l'épiderme, pâleur et altération de la circulation, et, par suite, des modifications dans l'impression sur elle des agents extérieurs.

Mais, comme je l'ai dit ailleurs, cette disposition ne constitue pas une forme morbide spéciale, et ne peut tout au plus être considérée que comme une prédisposition ; elle ne diffère pas de ce que nous rencontrons dans les affections chroniques de

toutes sortes dans lesquelles des lésions organiques graves et de longue durée entraînent l'altération des principales fonctions organiques, et, par suite, celle des actes de nutrition.

On n'assimile pas à la pellagre le marasme de la phthisie pulmonaire, par exemple, ou du cancer de l'estomac, bien que nous trouvions souvent ici des altérations de la coloration de la peau.

Mais, chez nos aliénés, qui présentent à un degré plus ou moins prononcé des conditions de débilité et d'altération de la nutrition générale, trouvons-nous quelque cause organique qui les ait déterminées? Nous la rencontrons, en effet, dans les lésions graves du cerveau qui accompagnent d'ordinaire les dernières périodes de la folie; c'est, à mes yeux, sous cette influence que se manifestent l'affaissement général, l'extrême débilité, l'amaigrissement progressif, de la démence paralytique et aussi parfois du délire mélancolique. Alors les sujets présentent à la mort des altérations plus ou moins profondes de la substance cérébrale. Ramollissement général et uniforme, atrophie des circonvolutions; presque toujours des traces de phlegmasie ancienne, des méninges, des vestiges d'hémorrhagies de ces membranes et des épanchements considérables des ventricules du cerveau et des méninges, qui déterminent le plus souvent une certaine compression de l'organe.

Telle est pour moi la cause de l'altération générale de l'organisme manifestée dans les dernières périodes de la folie et qui n'entraînent que d'une manière indirecte une terminaison funeste. Ces sujets finissent par succomber soit à la suite de diarrhées prolongées et incoercibles, soit au développement d'escharres gangréneuses à la suite de blessures très légères, ou par compression des tissus aux régions fessières ou sacrées. Des plaies une fois formées chez de tels sujets, même sans gravité apparente au début, de simples excoriations, au lieu de se cicatriser, tendent, au contraire, à envahir les tissus voisins, gagnent en étendue et en profondeur à la fois, et déterminent ces intarissables suppurations qui n'ont d'autre terme que le marasme et la mort.

Au double point de vue donc des altérations organiques et de la succession des phénomènes fonctionnels, il est impossible d'assimiler à la pellagre les conditions morbides générales manifestées chez un certain nombre d'aliénés.

Il reste comme caractère commun, l'altération spéciale de l'appareil cutané. Mais ce fait constitue-t-il une donnée suffisante pour confondre dans un même groupe morbide ces deux états? Je ne puis le penser, bien que dans les deux cas la même cause agisse pour produire l'érythème. On s'accorde à ne considérer, même dans la pellagre ce phénomène, que comme un fait accessoire, ne constituant qu'un des éléments de la maladie, laquelle peut également exister sans lui.

Dans la prétendue cachexie des aliénés, on se contente aussi pour caractériser l'affection des troubles fonctionnels manifestés du côté de l'appareil digestif. Mais nous avons remarqué que chez les aliénés la lesion cutanée se manifeste quelquefois en l'absence de toute altération de l'appareil digestif et de toute apparence de la prétendue cachexie. Et que faut-il pour cela? Pas autre chose que l'exposition pendant un temps quelque peu prolongé, à l'action des rayons solaires. L'insolation seule produirait donc ce résultat, et pourrait aussi bien le produire chez tout individu non aliéné qui s'exposerait à l'action solaire assez de temps pour brunir insensiblement la peau, mais trop peu pour produire une phlegmasie érysipélateuse. Je ne soutiens pas qu'un certain degré de debilité de la constitution, qu'une grande finesse de la peau ne rende pas celle-ci plus impressionnable à l'influence solaire; je m'inscrirais alors contre l'évidence; mais je puis du moins affirmer que ni l'aliénation, ni les lésions cérébrales qui la produisent, ni le trouble de l'appareil digestif, ne sont nécessaires pour amener ce résultat. Or, nous savons que dans l'affection pellagreuse il en est autrement; les désordres des voies digestives en sont le point de départ et la constituent particulièrement.

Je n'admets donc pas qu'il y ait lieu de faire une espèce morbide à part chez les aliénés, de cette modification de la

peau coïncidant avec l'altération de la nutrition générale, puisqu'elle a pu se montrer et se montre souvent en l'absence de tout désordre de la nutrition ; on ne peut la considérer que comme le produit de l'insolation prolongée.

On ne trouvera pas superflu peut-être de relever ici cette tendance de notre époque vers l'analyse et la division exagérées des espèces morbides, vers la création des maladies nouvelles, dont l'isolement des espèces connues n'est pas toujours pleinement justifié ; appliquons-nous plutôt à une étude plus attentive des formes définies et connues, pour en approfondir, à tous les points de vue, la connaissance, au lieu de rechercher à introduire des innovations sans but utile, plus capables d'embarrasser la science que de la servir.

ESSAI
SUR
L'ALBUMINURIE LIÉE A L'ÉTAT DE GESTATION

Par le docteur **Hamon**, de Fresnay-sur-Sarthe, membre des Sociétés de médecine pratique, médico-pratique, des Sciences médicales de Paris, de la Société de médecine de la Seine et de la Société impériale de médecine de Bordeaux.

Voir les cahiers du 15 et du 30 Avril 1861.

§ 6. Traitement.

Ces considérations m'amènent tout naturellement à parler, tout d'abord, du traitement radical des accidents sérieux de l'albuminurie, c'est-à-dire de l'accouchement prématuré artificiel. Dans ces graves conditions, c'est lui qui constitue la seule ancre de salut des malheureuses femmes profondément atteintes. C'est encore lui qui, utilisé à propos, peut quelquefois fournir le moyen de conserver les jours du produit de la conception.

A une époque, encore peu reculée, où la provocation du travail n'était point sans entraîner quelque danger pour les jours de la mère, où elle nécessitait une certaine habileté opératoire, et le déploiement de quelque appareil instru-

mental spécial, ce moyen suprême devait être proposé et accepté avec une certaine répugnance. Cela se conçoit à merveille. Mais aujourd'hui que, grâce à la précieuse découverte de l'illustre professeur de Würzbourg, la science est dotée d'une méthode aussi inoffensive qu'efficace, j'ai peine à concevoir l'hésitation des praticiens les plus instruits à s'engager dans une voie véritablement féconde en heureux résultats. N'est-il pas déplorable de voir journellement succomber de malheureuses femmes, qu'avec un peu moins de pusillanimité, l'homme de l'art pourrait souvent conserver à l'amour de la famille ? Les lecteurs de l'*Union médicale*, notamment, doivent encore avoir toute présente à l'esprit la triste histoire d'une jeune malade, qui a succombé à la suite de vomissements incoercibles, et qu'il eût sans doute été possible de sauver, par le bénéfice de l'accouchement prématuré artificiel.

L'accouchement prématuré est toujours une chose grave. Aussi ne doit-il jamais être effectué à la légère. Mais je le répète, il est des cas où il constitue une ressource suprême; alors l'homme de l'art est coupable, s'il omet d'en tirer tout le parti possible. J'y ai eu recours moi-même en trois circonstances; et j'ai pu m'applaudir d'avoir su me mettre au-dessus de vaines clameurs, dont le ton, d'ailleurs, s'est vite transformé, en présence des résultats toujours relativement satisfaisants, qui ont été le fruit d'une pratique à laquelle les meilleurs esprits même n'ont point encore eu le temps de se faire.

Si l'accouchement prématuré artificiel a été, jusqu'ici, accueilli avec défiance par les praticiens les plus éclairés, c'est que la prévention et les préjugés ont présidé à son jugement. On l'a dans l'espèce, accusé d'augmenter l'excitation cérébro-spinale, et de déterminer des désordres funestes du côté des organes maternels. Pour ce qui me concerne, j'ai effectué l'accouchement forcé chez les femmes qui font l'objet des observations II et III, et je puis certifier que les manœuvres que j'ai effectuées n'ont, en aucune façon,

exaspéré les accidents cérébraux. Ceux-ci, au contraire se sont amendés aussitôt après la délivrance. Je ferai la même remarque pour ce qui a trait à la femme Yron (obs. IV). J'ai fait tous mes efforts pour obtenir une dilatation suffisante du col, pour me permettre d'effectuer la délivrance artificielle. L'inutilité de ces manœuvres a été complète. Si mes tentatives avaient été couronnées de succès, on aurait pu les faire entrer, pour une large part, dans la solution malheureuse de la maladie. Dans combien de cas, d'ailleurs, n'a-t-on pas eu à noter une terminaison funeste, en dehors même de toute manœuvre obstétricale? Tel était notamment le cas signalé par mon savant collègue, M. Terrier, dans la séance du 1er décembre 1859 de la Société de médecine pratique (1), à propos d'un travail sur l'éclampsie, que j'avais eu l'honneur de lui communiquer. La femme accoucha physiologiquement, dans les plus graves conditions et succomba la nuit suivante. On voit, en présence de semblables faits, combien il importe, de mettre de réserve dans ses appréciations.

M. Mattei, qui fait autorité en matière d'obstétrique, se proclame partisan de l'accouchement prématuré dans les affections très-graves de la grossesse, et notamment dans l'éclampsie. Il connaît, déjà, dit-il (2), dix-huit cas dans lesquels la provocation de l'accouchement a permis de conserver la vie aux femmes. Pour ce qui est des cas de mort consécutive aux manœuvres nécessaires pour l'effectuer, il n'en connaît que deux. Encore dans l'un de ceux-ci, qui appartient à M. Dubois, n'est-il point prouvé que la mort a plutôt été le fruit de ces dernières que du retard de l'intervention. Cette opinion compte encore au nombre de ses adhérents des praticiens recommandables, au nombre desquels se trouvent MM. A. Bossu, Duhamel, Duvivier, etc.

Je crois, pour ma part, que l'accouchement provoqué,

(1) Bulletin de la société de médecine pratique, 1859, p. 97.
(2) Id.

effectué par des mains prudentes et habiles est bien loin d'être coupable de tous les méfaits qu'on lui prête gratuitement. Du reste, la preuve la plus convainquante de son innocuité, de ses bienfaits, c'est le langage non fardé des faits. Je n'ai rien à ajouter aux arguments que j'ai exposés, aux chiffres que j'ai établis. Ils sont, je crois, de nature à faire cesser toute incertitude, sur la valeur d'une telle pratique.

Il est deux façons de procéder à la provocation du travail. Dans une première méthode on se propose d'effectuer, en quelque sorte extemporanément, la délivrance. C'est le but vers lequel on tend, en recourant à la dilatation digitale graduée. Ces manœuvres, fort inoffensives lorsqu'elles sont pratiquées par des mains exercées, favorisées d'ailleurs par des conditions toutes spéciales qui prédisposent singulièrement à l'avortement, permettent le plus ordinairement d'effectuer la délivrance en quelques heures. Dans un cas même, rapporté par M. Mattei (1), l'opération tout compris, ne dura pas plus de 40 minutes. Elle eut les plus heureuses conséquences pour la mère.

Toutefois ces tentatives ne sont pas toujours suivies de succès. C'est ainsi que, chez la femme Yron (obs. IV), il me fut impossible d'obtenir une dilatation suffisante pour effectuer la déplétion de l'utérus.

Telle est la méthode qui seule convient, dans les cas où il est nécessaire d'intervenir sans aucun délai. Lorsque les accidents sont moins prochainement menaçants, il en est une autre qui se recommande encore davantage au choix du praticien. Elle a en effet pour précieux avantage de déterminer, avec une innocuité parfaite, l'établissement du travail de la façon la plus physiologique. J'ai nommé la méthode de Kivisck. C'est elle qui m'a servi à provoquer l'accouchement, chez la femme Rose (ob. VII). Je l'ai utilisée dans deux autres non moins graves, et je puis certifier que

(1) Bulletin de la société de médecine pratique 1859, p. 97. id. p. 5.

la délivrance de ces trois malades s'est effectuée avec le plus grand bonheur, nonobstant les conditions déplorables dans lesquelles elles se trouvaient. Si cette méthode était dans tous les cas applicable, son innocuité est telle, ses effets sont si sûrs, que l'accouchement prématuré artificiel ne tarderait pas à passer dans la pratique courante ; car on n'aurait plus aucunement lieu de redouter ses dangers, pour ce qui a trait à la mère, et voire même quelquefois à l'enfant. Mais comme elle exige, pour produire ses effets, un intervalle de deux ou trois jours, en moyenne, il est des circonstances dans lesquelles on ne peut même songer a y avoir recours. C'est alors à la dilatation graduée du col utérin qu'il faut s'adresser.

Tous les cas, d'ailleurs, sont loin de réclamer impérieusement une intervention immédiate. De ce nombre (1) sont les accidents, par exemple, occasionnés par l'infiltration séreuse des poumons. A moins que l'homme de l'art ne soit appelé *in extremis*, il est rare qu'il ne puisse disposer de 2 ou 3 jours, pour provoquer l'accouchement. Dans toutes les circonstances donc, où le choix sera possible, on devra s'adresser de préférence à la méthode de Kivisch, comme étant plus sûre peut-être encore dans ses effets, et d'une innocuité tout-à-fait absolue.

L'accouchement prématuré artificiel ne devra être provoqué qu'avec une sage réserve dans la première période de la gestation; car alors il a pour effet nécessaire d'entraîner la perte du nouvel être. Dans ces conditions donc il y a lieu de tenter d'une prudente et intelligente temporisation, lorsque les accidents éprouvés par la mère portent atteinte à l'existence de son fruit. On voit quelquefois ces mêmes accidents disparaître. Dans ce cas encore, il convient d'attendre l'établissement naturel du travail. Les jours de la mère sont-ils sérieusement menacés? que le fœtus ait ou non cessé de vivre, je crois que l'hésitation n'est plus permise, et que l'interven-

(1) Bulletin de la Société de médecine pratique 1859, p. 7.

tion de l'homme de l'art est d'autant plus légitime que l'existence de l'enfant, en admettant qu'il n'ait point encore succombé, est alors presque fatalement condamnée. Ainsi, pour ne me placer qu'au point de vue des convulsions, M. Mattei ne connaît que deux cas dans lesquels on a pu en triompher, et voir la grossesse arriver à son terme physiologique en conservant surtout la vie de l'enfant (1). Il faut savoir tenir compte de cette importante donnée, pour hésiter moins à prendre un parti qui permet d'atteindre plus sûrement le but vers lequel doit avant tout tendre le praticien : assurer le salut de la mère.

Dans la seconde période de la gestation, la conscience du praticien se trouve plus au large. L'enfant est devenu apte à jouir d'une existence individuelle. Dans ces conditions, une timide temporisation peut devenir coupable, car il est possible qu'elle aboutisse même à une double perte. Par le bienfait de l'accouchement provoqué, au contraire, l'homme de l'art peut être assez heureux pour sauver la vie soit de la mère, soit de l'enfant, soit de l'une et de l'autre tout à la fois.

Quoi qu'il en soit, l'accouchement provoqué ne saurait être considéré que comme une ressource suprême, à laquelle on ne doit jamais recourir qu'à la dernière extrémité. Tous les efforts du praticien doivent par conséquent, tendre à éviter cette *ultima ratio*. Examinons donc rapidement les divers moyens dont il peut disposer, pour combattre les accidents. Occupons nous d'abord, suivant encore ici l'ordre que nous avons adopté pour l'exposition de ces derniers, des manifestations cérébrales, complication la plus fréquente la la mieux étudiée jusqu'ici de l'albuminurie de la grossesse.

Au premier rang des *moyens curatifs*, dit M. Cazeaux, dans son excellent ouvrage, il faut placer les émissions sanguines. La saignée générale, déjà conseillée en pareils cas *larga manu*, par Levret madame Lachapelle, etc, a

(1) V. Abeille médicale 1860, p. 298.

été préconisée jusqu'ici avec un véritable enthousiasme, par les praticiens les plus éminents. Jai déjà cité M. Cazeaux. Telle est aussi l'opinion de MM. Dubois, Depaul, Valleix, et on peut le dire, de la plupart des accoucheurs. Mais que l'on se garde bien de considérer cette méthode comme s'adressant directement à la protopathie. Elle ne fait, bien évidemment, que combattre ses produits, les hémastoses avec leurs conséquences. Lorsque les émissions sanguines sont suivies de succès, c'est qu'elles ont eu pour effet, non de calmer l'excitation cérébro-spinale, mais de lever les entraves qui eussent pu mettre l'organisme hors d'état de réagir.

Du reste, bon nombre de praticiens éclairés de notre époque professent déjà, à ce point de vue, des opinions bien difrentes de celles qui ont si longtemps fleuri, grâce, on peut le dire, à l'entraînante éloquence de l'illustre chef de l'école physiologique. Nous ne sommes plus au temps où l'on versait, avec une véritable profusion, le plus pur du sang des pauvres malades. C'est ainsi que MM. Pajot et Blot, pour ne parler que de l'école de Paris, relèguent déjà au second rang l'emploi des émissions sanguines qui, ainsi que l'avançait le premier de ces professeurs, dans une de ses récentes leçons cliniques, employées seules, se sont toujours montrées impuissantes en pareils cas. En bonne logique, il convient assurément d'user, avec une sage réserve, d'un moyen propre encore à exalter la susceptibilité du système nerveux. Lorsque les accidents hémostasiques réclament impérieusement une prompte déplétion du système vasculaire, il est indiqué d'ouvrir la veine, surtout si le sujet est suffisamment étoffé. Mais ce n'est là, dans les circonstances les plus ordinaires, qu'un moyen de gagner du temps, et dont il convient toujours d'user avec la plus grande parcimonie possible. J'ai pour mon compte employé plusieurs fois très largement des émissions sanguines générales, et je ne crains pas de déclarer que j'ai été satisfait des résultats que j'en ai obtenus.

C'est en vue de combattre les accidents congestifs, tout en

imposant aux malades la moindre somme possible de pertes organiques, que j'ai proposé l'usage de la médication alcaline, au préjudice des émissions sanguines générales. Cette méthode m'a obtenu un succès complet dans un cas sur lequel seul je puis m'appuyer, comme n'ayant eu recours à aucun autre agent (1); une application de sangsues avait été employée sans apporter aucun soulagement à la malade. L'administration de 12 gram. de bicarbonate de soude ne tarda pas à conjurer sans retour les accidents qui étaient en puissance depuis 24 heures. Dans tous les cas donc, *où une intervention immédiate n'est pas devenue indispensable*, je conseille de recourir à ce moyen, qui a pour avantage d'agir avec une beaucoup plus longue portée que la saignée et qui ne prive pas sans retour le malade du précieux fluide qui entretient la vie.

Pour en finir avec les émissions sanguines, disons de suite que c'est suivant le même mode qu'agissent les saignées locales. Elles s'adressent également aux produits des accidents convulsifs et combattent avec beaucoup d'avantage les hémostasies plus redoutable souvent dans leurs effets que les causes mêmes qui les ont déterminées. Cette médication convient surtout chez les sujets délicats et en proie à la cachexie albuminurrhéique.

Quelques sangsues apposées de deux en deux aux apophyses mastoïdes suffisent le plus ordinairement dans ces cas particuliers, pour parer aux suites des accidents convulsifs plus formidables; ces entraves levées, la nature le plus ordinairement se suffit à elle-même: des synapismes ont été conseillés, en vue de combattre les convulsions et le coma. M. Depaul en condamne l'emploi, ainsi que celui de tous les agents irritants, susceptibles, suivant lui, de ramener les accès, bien loin de les apaiser. Les bains généraux conseillés par les auteurs les plus recommandables, ne trouvent pas grâce davantage aux yeux de cet éminent accoucheur (2).

(1) V. Gaz. des hôp. 1854, p. 7.
(2) Id., p. 7.

Je dois dire que je les ai moi-même plusieurs fois prescrits sans en retirer le moindre avantage. J'en dirai autant des applications refrigérantes sur la tête isolément employées.

Un moyen fort innocent lorsqu'il est méthodiquement employé, et qui a plus d'une fois réussi dans des conditions très graves, c'est la compression des carotides, conseillée par M. Blaud, de Beaucaire. Elle doit être effectuée sur les côtés du larynx, et non sur la colonne vertébrale, ce dernier mode pouvant avoir pour effet d'entraver encore la circulation cérébrale.

Le moyen, enfin qui paraîtrait véritablement héroïque, pour combattre les accès convulsifs, c'est l'inhalation chloroformique, inaugurée par Simpson. Les accoucheurs les plus éminents accueillirent aussitôt cette pratique avec faveur. MM. Channing, Gros, Scanzoni, Kivich, Messinger, Liégard de Caen, Braun, etc., en ont successivement préconisé les avantages. Ce dernier, notamment, a pu sauver, par son bienfait, sept femmes, sur autant de cas, avec leurs fruits. Je dois dire que M. Depaul n'accordait point encore en 1854, une grande confiance dans les vertus de ce nouvel agent, et qu'il en était encore de même de M. Dubois, en 1855 (1). Mais peut-être que les succès, qui se sont depuis multipliés, ont pu modifier la manière de voir de ces deux savants maîtres. J'en dirai autant de M. Cazeaux qui, dans la 4e édition de son ouvrage (2), ne se montre pas davantage partisan de la nouvelle méthode tout en avouant *qu'elle n'a jamais été manifestement nuisible*. On peut voir toutefois, qu'un tel jugement est déjà moins sévère que celui qui se trouve formulé dans la 3e édition de l'OEuvre de l'habile accoucheur (p. 791). Enregistrons, pour en finir avec l'Ecole de Paris, que cette méthode ne compte point aujourd'hui dans son sein que des adversaires. MM. Blot et Pajot

(1) Gaz. des hôp. p. 315.
(2) Traité des accouch. p. 1075.

se prononcent, en effet, partisans des inhalations chloroformiques dans l'éclampsie. Peut-être, du reste, le camp de leurs détracteurs compte-t-il enfin de nos jours plus d'un illustre transfuge ?

Pour moi, j'avoue n'avoir jamais mis cette méthode en usage. Les accidents survenus dans ces derniers temps ne sont pas, il faut bien le reconnaître, de nature à rassurer les esprits timorés. J'en porte *a priori* un jugement favorable (1) ; mais, jusqu'à ce que de nouvelles recherches aient mis l'homme de l'art en demeure d'utiliser avec une entière sécurité, un agent aussi bienfaisant que terrible dans ses effets, je ne cesserai d'hésiter à faire usage d'un moyen véritablement héroïque, mais toujours dangereux. Ajoutons enfin que l'on voit assez fréquemment, des accidents cérébraux, d'apparence formidable, se dissiper spontanément.

Pour ce qui est des accidents hydrorganiques cérébraux, on devra avoir recours, ainsi que je l'ai fait avec succès, chez la femme Marchand (obs. I) aux révulsifs cutanés et intestinaux.

J'ai peu de chose à dire concernant les accidents hydrorganiques pulmonaires.

Les moyens qui m'ont paru les plus efficaces pour les combattre sont les suivants :

Des ventouses sèches en grand nombre sur les parois thoraciques et abdominales. J'ai indiqué ailleurs (2) les moyens de procéder, sur l'heure à leur application, en confectionnant extemporanément les veilleuses nécessaires pour exécuter cette petite opération. Je me suis, bien entendu, adressé dans cet article, aux praticiens des pays

(1) Ici, en effet, la théorie et la pratique se trouvent en parfait accord. Chacun connaît aujourd'hui les belles expériences de MM. Ludger Lallemand, MM. Perrin et Duroy, qui ont démontré que les anesthésiques agissent primitivement et directement sur les centres nerveux, dans la substance desquels ils s'accumulent. — V. *Union méd.* T. VII, nouvelle série, p. 483 (1860).

(2) Bulletin gén. de thérapeutique, 15 mars 1860.

perdus. Ces premiers soins donnés, on a pu gagner quelques heures, et apporter aux malades un léger soulagement. Appliquer alors de larges vésicatoires volants sur les parois thoraciques : recourir en même temps aux diurétiques ; entretenir la liberté du ventre ; on peut, parfois, recourir en même temps aux diurétiques; entretenir la liberté du ventre. On peut parfois, enfin, recourir à la médication vomitive qui agit aussi puissamment, si ces divers moyens ne procurent aucune amélioration dans l'état de la malade. si les phénomènes dyspnéiques deviennent menaçants, il peut être nécessaire de recourir à la ressource suprême de l'accouchement provoqué. Il faut à l'occasion, avoir l'énergie nécessaire pour prendre une grave détermination, qui seule permet d'éviter quelquefois un double malheur. Ce sont les cas dont il s'agit qui se prêtent le mieux, ainsi que je l'ai dit plus haut, à l'emploi de la précieuse méthode de Kivisch.

Pour ce qui a trait aux accidents pneumatosiques, survenant *post partum*, j'ai exposé dans l'observation XII, les moyens chirurgicaux auxquels j'ai eu recours. La ponction intestinale, sanctionnée par l'importante autorité de Récamier, de MM. Velpeau, Nélaton, Trousseau, etc. n'a abouti, entre mes mains, ainsi qu'on a pu s'en convaincre, qu'à une déception complète. Consultez d'ailleurs à cet égard ce que dit l'immortel Morgagni, du succès et des dangers de cette opération (1), et vous verrez que ses avantages et son innocuité ne sont pas aussi certains qu'on serait tout d'abord porté à le croire. Je sais, pour mon compte, que l'envie ne me prendra plus à l'avenir, d'y avoir recours *in extremis*. Dans de tels cas, la conscience du praticien est tranquille; il a fait son devoir : mais le public n'est pas toujours juste à son égard, et il est toujours bon de compter quelque peu avec son opinion.

Comme traitement médical, on pourrait recourir aux lave-

(1) *De sedibus et causis morborum*, Epist. 38.

ments froids, aux applications réfrigérantes, aux purgatifs doux, aux absorbants, etc. Mais ces divers moyens ne pourront réussir, qu'à la condition que les rouages de la vie ne soient point absolument enchaînés.

Dans les considérations qui précèdent, je n'ai point parlé des traitements de l'albuminurie de la grossesse, exempte de tout accident sérieux. C'eût été élargir encore un cadre trop étendu. Compter sur la cure radicale de cette affection, avant le terme soit normal soit physiologique de la gestation, il faut peu se bercer d'un tel espoir. La guérison ne saurait être obtenue qu'alors seulement que l'élément pathogénique aura cessé de faire subir à l'organisme sa fatale influence.

Les efforts de l'homme de l'art doivent principalement aboutir à fortifier l'organisme de la malade; le praticien doit aussi surtout s'efforcer de reconnaître, dès leur première apparition, les complications qui peuvent se déclarer, afin de les combattre avec plus d'avantage. Il lui conviendra, avant tout d'éviter autant que possible, tous les moyens susceptibles de débiliter l'économie. Qu'il se souvienne que l'albuminurie n'est autre chose qu'une névrose. Cette notion importante doit, en quelque sorte, suffire pour que sa conduite se trouve naturellement tracée à l'avance. Inutile donc d'insister plus longuement sur un tel sujet. Des accidents graves, enfin, et c'est à dessein que je reviens sur cette importante question, des accidents graves, dis-je, viennent-ils à se déclarer, la vie de la mère, celle de l'enfant en sont-elles gravement compromises? qu'il n'oublie pas les précieuses ressources qu'il pourra retirer de l'accouchement prématuré artificiel. S'il sait user avec sagesse et habileté de ce suprême moyen de salut, il lui sera donné de sauver bien des jours, fatalement condamnés par le fait même d'une inopportune, d'une coupable temporisation.

MÉMOIRE SUR LE PHARYNGOSCOPE

RENFERMANT SA DESCRIPTION, SON ORIGINE, SES USAGES, SON MODE D'EMPLOI, SON UTILITÉ,

Par le docteur Moura-Bourouillou

(Communiqué aux Académies des Sciences et de Médecine.)

L'auteur vient de présenter à l'académie un instrument nouveau qu'il appelle *Pharyngoscope*, à cause de sa destination primitive. La simplicité et la facilité avec laquelle on s'en sert le rendent précieux non seulement aux médecins, mais encore aux personnes étrangères à l'art de guérir. Sa description et les gravures ci-jointes seront suffisantes pour faire comprendre son utilité et son importance.

Description. — Le *Pharyngoscope* se compose de deux parties essentielles et d'une troisième secondaire, savoir :

1° *Un miroir plane ou concave*, A B, percé à son centre ou sur tout autre point de sa surface d'une ouverture de 3 à 5 centimètres, et même plus, de diamètre. La forme du miroir est circulaire, elliptique, ovale, quadrangulaire, polygonale, etc. Ses dimensions, comprises ordinairement entre quinze et vingt centimètres, sont très variables. Sa monture en bois, en ivoire, en métal, a la même forme, les mêmes dimensions ou à peu près, et la même ouverture que le miroir qu'elle encadre. Une courte tige-mortaise ou à charnon plein ou échancré B M, est soudée sur un point quelconque de la circonférence de la monture si le miroir est rond, à l'une de ses extrémités s'il est elliptique ou ovale, au milieu d'un des côtés ou à l'un des angles s'il est quadrangulaire ou polygonal. L'ouverture de cette monture porte le plus souvent un tube de longueur variable, de même dimension.

2° *Une lentille biconvexe ou loupe* L, en verre, en cristal, etc., à court foyer ; elle est maintenue dans un tube T qui s'emboîte à frottement avec celui de la monture du miroir. Cette lentille est formée d'une seule pièce ou de deux, pleine ou creuse, c'est-à-dire vide et susceptible par conséquent de contenir un liquide transparent ou réfringent, incolore ou di-

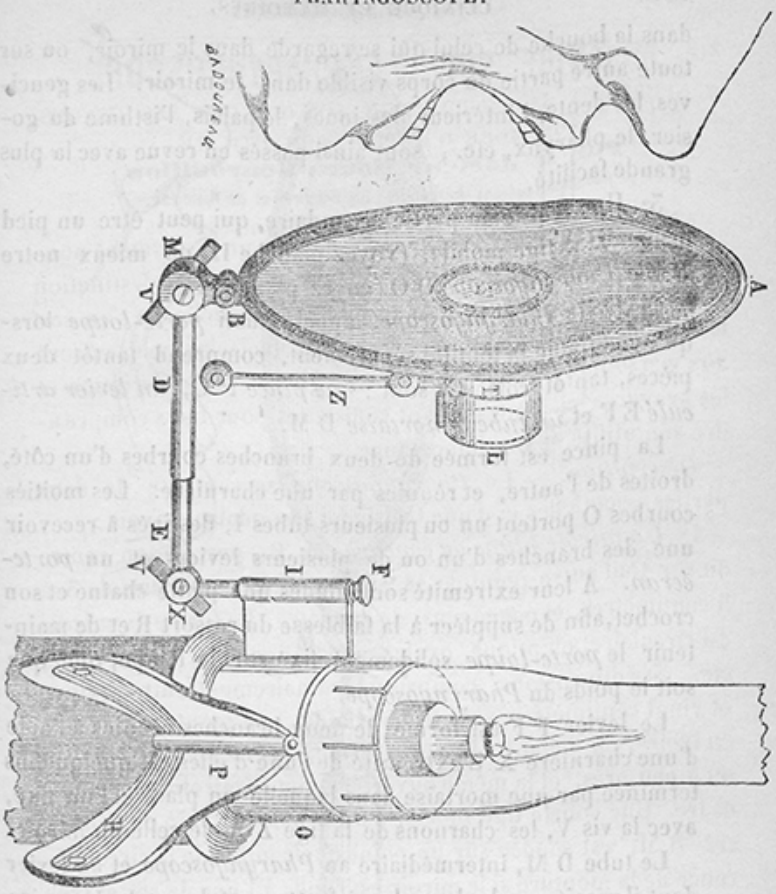


PLANCHE I.

versement coloré, et de constituer une lentille fluide ou verre-ardent. Le tube dans lequel est maintenue la lentille, porte une petite coulisse extérieure qui reçoit la tige Z à deux charnons ou crochets. Cette tige Z permet d'employer la lentille séparément, soit comme loupe, soit pour éclairer le réflecteur dans la laryngoscopie, soit le laryngoscope lui-même.

La lentille L est destinée à concentrer les rayons lumineux de la flamme d'une bougie, d'une lampe, d'un bec de gaz, etc., à les faire passer par l'ouverture S et à les diriger en faisceau

dans la bouche de celui qui se regarde dans le miroir, ou sur toute autre partie du corps visible dans le miroir. Les gencives, les dents, l'intérieur des joues, le palais, l'isthme du gosier, le pharynx, etc., sont ainsi passés en revue avec la plus grande facilité.

3° Une troisième partie secondaire, qui peut être un pied ordinaire à tige mobile, (voyez planche II) ou mieux notre *Porte-Pharyngoscope* D O (voyez planche I).

Le *Porte-Pharyngoscope*, appelé aussi *porte-loupe* lorsqu'on emploie la lentille séparément, comprend tantôt deux pièces, tantôt trois. Ce sont : *une pince* P O, *un levier articulé* E F et *un tube à mortaise* D M.

La pince est formée de deux branches courbes d'un côté, droites de l'autre, et réunies par une charnière. Les moitiés courbes O portent un ou plusieurs tubes I, destinés à recevoir une des branches d'un ou de plusieurs leviers et un *porte-écran*. A leur extrémité sont soudés une petite chaîne et son crochet, afin de suppléer à la faiblesse du ressort R et de maintenir le *porte-loupe* solidement fixé sur la lampe, quel que soit le poids du *Pharyngoscope*.

Le levier F F est formé de deux branches réunies à l'aide d'une charnière X. L'extrémité de l'une d'elles est quelquefois terminée par une mortaise dans laquelle on place et l'on fixe, avec la vis V, les charnons de la tige Z ou de celle du miroir.

Le tube D M, intermédiaire au *Pharyngoscope* et au levier dont il reçoit une des branches à frottement dur, est nécessaire lorsque cette branche est dépourvue de la mortaise précédente. Ce tube permet au *Pharyngoscope* d'exécuter toute sorte de mouvements et de prendre toute espèce de positions autour de la flamme ou du foyer de la lampe.

Lorsque le poids du *Pharyngoscope* peut faire craindre que le frottement du tube D M ne lui résiste pas, il faut placer et fixer le charnon supérieur de la tige Z dans la mortaise du tube ; de cette manière le *Pharyngoscope* ne peut plus tourner de lui-même autour du tube D M. Un vis de pression remplirait le même but.

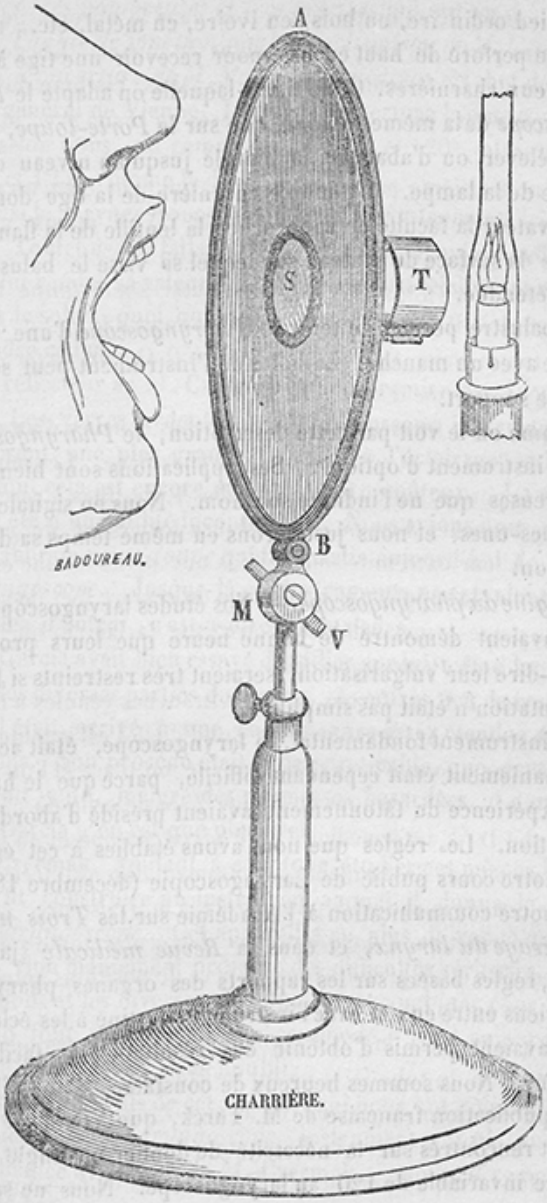


PLANCHE II.

Le pied ordinaire, en bois, en ivoire, en métal, etc., a son balustre perforé de haut en bas pour recevoir une tige à une ou à deux charnières. Cette tige à laquelle on adapte le *Pharyngoscope* de la même manière que sur le *Porte-loupe*, permet d'élever ou d'abaisser la lentille jusqu'au niveau de la flamme de la lampe. La double charnière de la tige donne à l'observateur la faculté de rapprocher la lentille de la flamme, lorsque la surface du plateau sur lequel se visse le balustre a trop d'étendue.

Le balustre permet de tenir le *Pharyngoscope* d'une main comme avec un manche. La boîte de l'instrument peut servir aussi de support.

Comme on le voit par cette description, le *Pharyngoscope* est un instrument d'optique. Ses applications sont bien plus nombreuses que ne l'indique son nom. Nous en signalerons quelques-unes, et nous justifierons en même temps sa dénomination.

Origine du pharyngoscope. — Nos études laryngoscopiques nous avaient démontré de bonne heure que leurs progrès, c'est-à-dire leur vulgarisation, seraient très restreints si l'instrumentation n'était pas simplifiée.

Un instrument fondamental, le laryngoscope, était acquis. Son maniement était cependant difficile, parce que le hasard et l'expérience du tâtonnement avaient présidé d'abord à sa confection. Les règles que nous avons établies à cet égard, dans notre cours public de Laryngoscopie (décembre 1860), dans notre communication à l'Académie sur les *Trois modes d'éclairage du larynx*, et dans la *Revue médicale* (janvier 1861), règles basées sur les rapports des organes pharyngo-laryngiens entre eux et avec l'instrument destiné à les éclairer, nous avaient permis d'obtenir des résultats plus faciles et plus sûrs. Nous sommes heureux de constater, d'après la récente publication française de M. Turck, que Vienne et Paris se sont rencontrés sur la nécessité de donner un angle d'ouverture invariable de 120° au laryngoscope. Nous ne savons pourtant pas encore en quoi consistent *les expériences compa-*

ratives très nombreuses et très précises qui ont servi à déterminer *l'angle de jonction* (*angle d'inclinaison de M. Czermak*, *angle d'ouverture de M. Moura*) du médecin en chef de l'hôpital général de Vienne. L'angle d'ouverture le plus convenable, selon nous, est compris entre 115° et 120°, et non entre 120° et 125°, comme le dit M. Turck.

Ainsi le laryngoscope était devenu un instrument scientifique. Toutefois il fallait l'éclairer d'une manière suffisante pour lui rendre sa valeur. Les lumières artificielles, et encore moins le soleil, quoi qu'on en dise, étaient peu propres à atteindre ce but.

Le réflecteur de M. Czermak fut un premier pas dans cette voie. Les verres ardents, l'ophthalmoscope intervinrent et donnèrent une plus grande intensité à l'éclairage artificiel. Mais tout cela est encore embarrassant, coûteux. Le réflecteur a été d'une utilité incontestable. Nous avions nous-même fait établir un *porte-loupe* qui fait partie aujourd'hui de notre *pharyngoscope*. Jusque-là ces instruments ne servaient qu'à l'examen d'autrui, c'est-à-dire des malades.

M. Garcia avait bien essayé d'étudier sur lui-même les fonctions des diverses parties du larynx. Avec très peu de ressources, il était arrivé à une connaissance assez étendue de ces fonctions. Son procédé était si peu praticable, que personne ne l'avait imité, malgré des promesses hasardées. Le mérite de M. Garcia n'en est que plus réel.

M Czermak, voulant à son tour étudier ces mêmes fonctions, fit construire un instrument auquel il donna le nom d'*autolaryngoscope*. Cet appareil a eu plus de vogue que de succès. Son maniement présente des difficultés sérieuses. Ses dimensions et les diverses pièces qu'il faut combiner pour l'utiliser, en font un appareil peu commode. Il est aujourd'hui presque entièrement dans l'oubli.

Ce sont les défauts de cet appareil qui nous ont conduit à lui substituer notre *Pharyngoscope*, instrument qui n'a aucune ressemblance avec celui de M. Czermak, quoiqu'il remplisse le même but.

Ainsi donc, notre *Pharyngoscope* a été institué, dès le principe, pour éclairer le fond de la bouche, c'est-à-dire le pharynx, et par suite le larynx. Telle est l'origine de sa dénomination et de son invention.

Ses usages. — Le premier usage de notre instrument consiste dans l'éclairage du fond de la bouche. En concentrant la lumière sur le pharynx, les amygdales, le voile du palais, etc., il permet au médecin et au malade lui-même de voir dans quel état se trouvent ces organes et de leur appliquer directement, s'il y a lieu, un traitement opportun.

D'un autre côté, le *Pharyngoscope* éclaire le miroir laryngien placé au devant du voile du palais, et l'image du laryngoscope est aperçue directement par le médecin sur son malade, et par celui-ci dans le *Pharyngoscope*. — Enfin cet instrument, par le moyen de sa lentille, peut aussi concentrer les rayons lumineux sur le réflecteur de M. Czermack, placé au devant du front ou des yeux du médecin, et ce dernier dirige la lumière sur le laryngoscope comme par le passé.

Il nous a été facile de voir que là ne s'arrêteraient pas les usages du *Pharyngoscope*. En éclairant le pharynx, cet instrument éclaire vivement aussi toutes les diverses parties de la bouche, et en particulier les dents. Ceci est extrêmement important pour le dentiste et pour les personnes qui tiennent, avec beaucoup de raison, à conserver des organes aussi indispensables à la régularité du visage qu'à une bonne digestion des aliments. Les dentistes pourront dorénavant faire toutes les opérations nécessaires à l'entretien des dents, la nuit comme le jour. Le laryngoscope leur servira admirablement de petit miroir pour examiner la face interne des dents. L'éclairage considérable que le *Pharyngoscope* projette sur toute leur surface fait découvrir les plus petites traces de carie situées sur leurs faces latérales correspondantes. Aucun point de leur surface n'échappe en effet à cet examen. Le *Pharyngoscope* grossissant est, dans ce cas, préférable au *Pharyngoscope* ordinaire.

Un autre usage du *Pharyngoscope* est relatif aux soins spé-

ciaux qu'exigent certains organes de la part des malades. Les médecins, mieux que personne, savent combien les femmes ont de la répugnance à se soumettre à un examen des plus désagréables. Nous n'avons pas besoin d'insister sur ce sujet. Il nous suffira de mentionner ici les avantages et l'utilité du *Pharyngoscope* pour tout ce qui concerne ces petits soins de propreté indispensables, les injections, les pansements, les applications de sangsues, de topiques, etc. Les femmes peuvent, au moyen de notre instrument, s'en occuper elles-mêmes avec plus de facilité, et surtout avec plus de sûreté.

Enfin nous nous permettrons d'indiquer aux gens du monde un usage non médical, mais non moins digne d'attention : c'est celui de faire soi-même sa toilette, la nuit, soit au moment de se rendre en soirée, au bal, etc., soit en voyage. Le *Pharyngoscope* concave ou grossissant est parfaitement approprié pour cela ; il permet de se raser sans difficulté.

Tels sont les principaux usages que nous avons reconnus à notre instrument. Nous n'en signalerons pas d'autre, vu leur importance très-secondaire. Nous devons en ce moment nous occuper de la manière dont on doit se servir du *Pharyngoscope*.

Son mode d'emploi. — Règles générales. — 1° Une lampe étant donnée, placez-la devant vous de manière que sa flamme soit à la hauteur de votre visage et plus particulièrement de votre bouche. Entre la flamme et vous, disposez le *Pharyngoscope* comme l'indiquent les figures ci-jointes. Le miroir A B de l'instrument étant dirigé verticalement, mettez la lentille à 8 centimètres du centre de la flamme et au même niveau qu'elle. Tenez votre bouche, largement ouverte, à dix ou quinze centimètres de l'orifice S. Renversez ensuite votre tête légèrement en arrière et dirigez vos yeux sur la partie du miroir située au dessus de l'orifice, car c'est là que doit apparaître votre bouche vivement éclairée,

2° Ouvrez la bouche le plus que cela vous est possible. Laissez votre langue à sa place naturelle, c'est-à-dire derrière les

dents inférieures, et ne la sortez que dans des cas exceptionnels. Respirez ensuite librement, sans contrainte. De temps en temps, faites une grande inspiration à la façon des personnes qui éprouvent le besoin de bâiller, de pousser un long soupir, ou de celles qui étant oppressées, asthmatiques, aspirent l'air frais par de grandes inspirations.

Nous aurions pu certainement nous dispenser de donner la première règle générale, car l'instrument est si simple, son maniement si facile à trouver et à comprendre, que l'on s'en affranchira à mesure qu'on fera usage du *Pharyngoscope*. Les modifications qu'elle subira, suivant le but que l'on voudra atteindre, sont l'affaire de quelques moments. Si l'on veut, par exemple, se regarder dans la partie du miroir située au dessous de l'ouverture S, il suffit d'élever le foyer de la lampe de quelques centimètres, d'éclairer la bouche de haut en bas et non horizontalement, et d'incliner légèrement l'instrument vers soi.

La seconde règle générale est, au contraire, très importante. Il est rare de trouver des personnes qui sachent ouvrir largement le fond de leur bouche. Ce n'est pourtant qu'une affaire d'habitude. Il n'est pas besoin pour cela d'abaisse-langue, de pince-langue, etc. Ceux qui ont, suivant l'expression vulgaire, la langue épaisse, peuvent l'abaisser avec une cuiller ou tout autre instrument approprié. Ils peuvent aussi fixer sa pointe au dehors, entre le pouce et l'index recouverts d'un linge fin. Mais il vaut mieux, en général, s'habituer à ouvrir le fond de la bouche sans avoir recours à ces expédients.

Remarques sur l'emploi du Pharyngoscope. — Le médecin qui veut examiner les dents, la bouche, le larynx de ses malades, doit, en général, se servir de la lentille séparée du miroir A B. La tige Z lui permet de la fixer sur le *Porte-Pharyngoscope* ou sur le pied ordinaire de l'instrument. Un *porte-écran*, dans lequel on fixe une carte, un carré de papier blanc, met ses yeux à l'abri de la lumière. La lentille doit être à environ 10 centimètres de distance de la lampe (qu'il faut placer entre le malade et le médecin). En regardant à droite ou à

gauche de la lentille, l'observateur dirige lui-même l'éclairage, à son gré, sur les dents, sur le pharynx, et par conséquent sur le laryngoscope. L'intensité des rayons lumineux concentrés par la lentille sert de guide pour déterminer à quelle distance il faut placer la bouche du malade.

Cet examen peut se faire aussi sans séparer la lentille du miroir pharyngoscopique. Le grand diamètre de celui-ci est alors dirigé verticalement. On regarde à droite, à gauche et même au-dessus de l'instrument pendant qu'on dirige l'éclairage sur le pharynx, sur les dents du patient. De son côté, ce dernier s'observe dans le miroir et voit ce qui se passe dans sa bouche.

Au lieu de mettre la lampe entre le malade et l'observateur, celui-ci peut la placer derrière lui, à sa droite ou à sa gauche, selon qu'il le juge à propos. Mais alors la lentille doit être à une plus grande distance de la flamme que tout-à-l'heure, et l'éclairage est moins intense.

Enfin cet examen peut également se faire avec la lumière solaire. Dans ce cas, la lentille devient inutile et le miroir pharyngoscopique est seul nécessaire. La lumière solaire passe par l'ouverture S du miroir va, éclairer la bouche du malade placé en face du soleil et l'observateur regarde à droite, à gauche, au-dessus ou au-dessus du miroir. Les yeux du malade sont garantis contre les rayons par la surface du miroir lui-même .

Ceux qui veulent éclairer le malade avec le réflecteur de M. Czermak, n'ont qu'à diriger sur ce réflecteur la lumière concentrée par la lentille, comme par le passé.

En terminant ces remarques, nous ferons observer que l'éclairage par la lentille ou par le réflecteur n'est pas seulement applicable à la bouche, aux dents, au pharynx, etc., mais encore aux oreilles, aux organes génitaux, au rectum et à toutes les autres parties du corps.

Utilité du pharyngoscope. — En passant en revue les usages de cet instrument, nous avons fait connaître la plupart de ses avantages. Il en est deux sur lesquels nous insisterons plus particulièrement.

Le premier est relatif aux affections graves de la gorge. Nous savons tous en effet, combien sont dangereuses quelques-unes d'entre elles. Avec quelle promptitude certaines angines, par exemple, n'emportent-elles pas les personnes les mieux constituées pour vivre longtemps! Les malades croient avoir affaire à un mal de gorge simple et il renferme le germe de la mort. Ce qui contribue surtout à ce résultat funeste, ce sont l'ignorance, l'insouciance et la fausse sécurité de ceux qui sont frappés de ces maladies. On attend que le mal disparaisse sans rien faire ou en prenant quelque tisane inoffensive. Un temps précieux s'écoule, le mal s'étend, et il a fait de tels progrès lorsque le médecin est appelé, que tous les moyens de traitement sont impuissants à l'arrêter. En mettant entre les mains de tout le monde un instrument des plus simples qui rend si facile l'exploration de la bouche, le malade et les personnes qui l'entourent distingueront eux-mêmes l'angine maligne du simple mal de gorge mieux que par le passé. La vive clarté que projette le *Pharyngoscope* leur montrera les plus *petits dépôts crêmeux* ou pseudo-membraneux qui existent souvent dans le fond de la bouche et les avertira qu'ils ne doivent pas rester dans l'inaction. La présence de glandes douloureuses et gonflées au-dessous de la mâchoire inférieure ne leur laissera aucun doute sur la gravité du mal. En leur signalant ces faits, leur attention se fixera davantage sur leurs résultats, et ils comprendront mieux la nécessité de constater eux-mêmes, de bonne heure, l'état de leur gorge. Sous ce rapport, le *Pharyngoscope* ne peut que rendre moins fréquentes les suites fâcheuses de ces maladies et faciliter l'application des remèdes.

Le second avantage de notre instrument n'a pas encore été signalé par nous. Nous voulons parler de la vulgarisation des études laryngoscopiques. Cette vulgarisation a rencontré, en effet, des obstacles de diverses natures. Nous avons démontré, en faisant connaître l'origine du *Pharyngoscope*, que l'instrumentation laryngoscopique en était encore réduite aux essais. Le laryngoscope seul était devenu un instrument scien-

tifique et pratique à la fois. Mais ce n'était là qu'un élément. La combinaison de la lentille à court foyer avec le miroir est, selon nous, ce qu'il y a de plus heureux pour le spéculum laryngien.

En rendant ces études sur soi-même faciles, indépendantes du jour et de la nuit et du plus ou moins d'adresse de l'observateur, le *Pharyngoscope* devient le véritable complément de ce miroir. Cet instrument renferme à lui seul tous les éléments nécessaires pour un éclairage considérable et peu dispendieux. Ses diverses parties ont un but approprié non-seulement à leur ensemble, mais encore à chacune d'elles séparément.

Le *Pharyngoscope* affranchit encore ces études de la présence obligée des malades. Jusqu'à présent on était contraint de porter sur autrui et dans une région peu accessible un instrument que l'on ne connaissait pas soi-même. De là des difficultés très réelles. Aujourd'hui l'élève aura une connaissance complète de la manœuvre avant de l'employer sur le malade. Le *Pharyngoscope* lui permet de s'examiner lui-même sans d'autres difficultés que celles de la susceptibilité de ses organes, et, comme on le dit vulgairement, de l'apprentissage. Il choisira le moment qui lui sera le plus convenable. Il répétera ses exercices aussi souvent qu'il le désirera. Tous les obstacles, en un mot, sont aplanis pour lui.

Afin de généraliser le plus possible ces études, nous avons fait établir des Porte-Pharyngoscopes au moyen desquels plusieurs instruments fonctionnent à la fois et avec une seule lampe. Plusieurs personnes peuvent s'examiner; elles s'étudient en même temps, se communiquent mutuellement leurs observations et arrivent très vite à posséder l'expérience nécessaire à ce genre d'expérience nécessaire à ce genre d'exploration.

Tels sont, en résumé, les divers avantages de notre *Pharyngoscope*.

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

Correspondance.

Thérapeutique respiratoire. La pulvérisation des eaux minérales et ses critiques. Lettre de M. le docteur Sales-Girons, medecin-inspecteur des Eaux de Pierrefonds (Oise).

Monsieur et très-honoré confrère,

La *Gazette des Hôpitaux* a inséré dernièrement la conclusion d'une étude de M. le docteur de Piétra-Santa, sur la pulvérisation des eaux minérales, celles de Bonnes en particulier.

Dans ces conclusions, notre honorable confrère prétend, après expérience, que la pulvérisation a pour effet de détruire, à peu de chose près, toute la sulfuration de ces eaux. Ainsi les eaux de Bonnes, après leur pulvérisation ne conserverait que 0,0005 de leur mineralisation.

N'ayant pas voulu répondre par les expériences que M. Ossian Henry avait faites dans la Salle de respiration de Pierrefonds-les-Bains, lorsque les moyens de la pulvérisation étaient encore peu perfectionnés; craignant d'autre part, qu'on ne récusât des épreuves faites avec des eaux dont la sulfuration n'est pas identique, j'ai attendu et j'ai bien fait d'attendre.

Voici ce que M. Lambron, médecin-inspecteur de Bagnères-de-Luchon, vient de publier sur le point mis en question par M. de Pietra-Santa. Ici les eaux sont analogues, et le témoignage de celles de Luchon pourra servir pour celles de Bonnes. La précision des détails indique le soin que M. Lambron a pris pour arriver à un résultat aussi positif que sincère. Je copie dans une étude sur les douches gutturales à l'eau pulvérisée, que l'auteur a complétée d'un paragraphe intitulé : modification produite par la pulvérisation sur la température et la minéralisation des eaux.

1° Pression atmosphérique 0, 715;

2° Température extérieure 9 centig. au-dessus de zéro.

3° Température de la salle 13 centig. au-dessous de zéro.

Suit le tableau synoptique des expériences, que M. Lambron résume lui-même en ces termes : (L'eau employée marque 45 degrés de température et 0, 0337 de sulfuration).

« Ces expériences démontrent que l'eau sulfureuse soumise à l'action de la pompe aspirante et foulante, jusqu'à une pression de six atmosphères et après avoir parcouru un tube d'un mètre de long, a perdu 7 degrés de température et 27 pour cent de son principe sulfuré, lorsqu'elle sort en jet; 10 degrés de température et 45 pour cent de sulfurate quand elle s'est brisée en poussière.

« Au dernier robinet, c'est-à-dire après avoir parcouru un tuyau de 3 mètres, la même eau a perdu 11 degrés de sa température; 54 pour cent de sa sulfuration, quand elle s'est brisée en poussière.

« Ainsi l'eau minérale se refroidit d'environ un degré et demi en parcourant un tuyau de 50 centimètres et perd 12 pour cent de la sulfuration. Par le fait de son brisement elle perd 3 degrés de température et presque la moitié de la sulfuration qu'elle conserve le filet d'eau avant de se briser. »

Cette citation est prise textuellement d'une communication faite à la Société d'Hydrologie et publiée dans le journal de cette société.

La conclusion sommaire à tirer de ces résultats, « c'est, dit M. Lambron, qu'il faut avoir le moins de tube de parcours qu'il soit possible. » D'où l'on voit que nous avons raison, lorsque nous avons présenté comme un progrès réel le nouveau système de pulvérisation que nous venons de trouver, lequel pulvérise l'eau sans aucun intermédiaire de tube ni d'autre chose. Nous avons donné une idée du nouvel appareil pulvérisateur dans notre réponse à M. de Pietra-Santa, insérée dans l'*Union médicale* du 9 mai 1861.

Peu de jours après avoir eu connaissance des expériences de M. Lambron, nous ont été communiquées celles de M. le professeur Filhol, de Toulouse; en voici le résultat précis :

« L'eau pulvérisée contient, après sa condensation, la moitié du sulfure qu'elle contenait avant.

« L'autre moitié du principe a été transformée en grande partie en hyposulfite de soude et en sulfates.

« L'air de la salle de Respiration à l'eau pulvérisée ne contient que 18, 4 pour cent d'ogygène au lieu de 21. Il ne contient que 0,00029 d'acide sulfhydrique. »

Nous devons ces chiffres à l'obligeance du médecin-inspecteur des eaux de Cauterets; ils se rapportent probablement à la Salle de respiration de cet établissement. Nous prions M. le professeur Filhol de les revoir et de nous dire à quelle longueur du tuyau de conduite a été prise la poussière à condenser et à quelle distance du foyer de la pulvérisation. Ces deux points sont importants à constater, comme nous venons de le voir.

Les expériences du savant professeur répondent à une question, dont la méthode respiratoire que nous avons instituée fait un de ses principaux éléments; nous voulons parler de la desoxygénation de l'atmosphère des salles de respiration. On sait que notre théorie de la *Diète respiratoire* fonde sur cette desoxygénation l'efficacité de ce séjour pour le malade de la poitrine. Certes la diminution de deux et demi, sur les 21 d'oxygène que porte l'air atmosphérique, est un fait notable dans la médication que le malade vient chercher dans les séances de la Salle de pulvérisation.

Mais revenons à M. de Pietra-Santa, et qu'il nous permette de lui faire remarquer la différence de résultat qu'il y a entre ses expériences et celles de M. Lambron et de M. le professeur Filhol. Si l'eau sulfureuse pulvérisée conserve la moitié de sa minéralisation et si l'autre moité sert à la desoxygénation de l'atmosphère respirée, nous estimons que ce qui est perdu d'une part est au moins compensé par ce qui en résulte de l'autre. L'un des principes de notre théorie sur les salles de respiration est que les qualités excitantes de l'oxygène de l'air y soient atténuées, ce qui a lieu, comme il appert des chiffres de M. le professeur Filhol.

Depuis la publication des expériences de M. de Pietra-Santa, M. le docteur Auphan, médecin-inspecteur des Eaux d'Euzet (Gard), a adressé à l'Académie de médecine un Mémoire sur la pulvérisation de ces eaux. Dans ce mémoire les chiffres sur le refroidissement des eaux poudroyées, porté par M. de Pietra-Santa, sont discutés et refutés par des expériences très-bien faites.

Je laisse désormais aux hommes que je viens de citer, M. Filhol en tête, le soin de rectifier à mon égard la critique de M. de Pietra-Santa.

Agréez, M. le Rédacteur, etc., SALES GIRONS.

Journaux de Paris

CLINIQUE HYDROTHÉRAPIQUE DE CHAILLOT.

Anémie profonde consécutive à des pertes utérines et liée à un état dyspepsique de cause morale.

Quoique fréquente, l'anémie est une maladie si grave et si rebelle à toute médication même ferrugineuse, que nous allons essayer, même de nouveau, par l'observation suivante, d'attirer l'attention de nos confrères sur l'efficacité de l'hydrothérapie contre cette affection.

Mademoiselle X..., des Thernes, âgée de 20 ans, d'un tempérament lympathico-nerveux, a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 18 ans. A cette époque, elle perdit son père d'une attaque d'apoplexie, et depuis, soit par suite du chagrin ou sous l'influence d'autres causes morales, elle devint triste, souffretante ; réunions, spectacles, promenades, rien ne lui souriait ; insensiblement l'appétit manqua, la bonne mine disparut, et mademoiselle X... fut sujette à des accès de migraine assez violents; les règles d'abord très-abondantes, dégénérèrent en véritables ménorrhagies.

Ces crises, il y a un an, furent si fortes qu'il en résulta plusieurs syncopes. Elles se répétèrent dans l'intervalle des époques, et après chacune d'elles mademoiselle X... éprou-

vait un besoin invincible de pleurer, puis elle tombait dans un état de prostration difficile à décrire. Le matin, elle ne pouvait se lever, tant elle se sentait fatiguée; les aliments lui répugnaient; elle se plaignait de palpitations, de douleurs épigastriques, d'un malaise général et de maux de tête intolérables.

M. le docteur X. Richard, médecin distingué des hôpitaux de Paris, après une série de traitements infructueux, crut devoir recourir à l'hydrothérapie et nous adressa son intéressante malade.

Dans le principe, lors de la rénovation de la cure par l'eau froide, Priessnitz employait pour guérir l'anémie, les ablutions, les frictions par le drap monillé, les immersions, la ceinture excitante et le bain de siège. A l'intérieur il faisait boire de 5 à 6 verres d'eau par jour.

En Allemagne, MM. Schmitz à Marienberg, Weiss à Freg-waldau et bien d'autres, suivirent, sauf quelques variations la méthode de Græfendberg. En France, M. Baldou, disciple du maître, resta fidèle à la doctrine priessnitzienne. Mais MM. Wertheims et Lubansky la modifièrent en y ajoutant la douche et en y associant les ferrugineux, auxquels Schedel accordait une grande vertu. Quant aux hydropathes de récente date, ils l'ont tout à fait simplifiée en la restreignant à la douche seule ou aidée des ferrugineux.

A l'égard de mademoiselle X..., entrée le 6 octobre 1860 dans notre établissement, voici la manière dont avons procédé: Le même jour, à dix heures du matin, lotion générale de tout le corps, avec de l'eau à 28 degrés centigr; cette première lotion dure une minute 1/2; on essuie avec une éponge, afin d'enlever toutes les gouttelettes qui restent à la surface du corps; puis on frotte la malade avec un drap jusqu'à ce que la réaction commence à déterminer une légère rubéfaction générale et qu'il n'y ait plus trace d'humidité. A cette réaction en succède une seconde, soit avec un peignoir en flanelle ou une couverture de laine. Ensuite la malade s'habille promptement, boit un quart de verre d'eau

à 12 degrés centigrades, fait un tour de jardin en compagnie de sa mère et se rend en voiture à son domicile, où elle prend un peu d'aliments froids.

Dans l'après midi, à 3 heures 1/2 mademoiselle X... subit la même opération; seulement l'eau est à 22 degrés centigr.

Le 7, matin et soir, nouvelles irrigations à 12 degrés.

Le 8, je substitue à l'ablution une douche en pluie de 30 secondes et une douche en arrosoir de une minute. Cette dernière est promenée par tout le corps, spécialement sur les membres supérieurs.

Les 9 et 10, continuation avec de l'eau à 8 degrés centigr. La douche en pluie dure une demi-minute, la douche en arrosoir une minute.

Une grande amélioration se fait sentir chez la malade ; marche beaucoup plus facile, digestions moins laborieuses : ce mieux persiste dix à douze jours. Le 20, mademoiselle X... n'est pas aussi bien, elle est fatiguée, abattue. Cette enigme nous est expliquée le lendemain par l'apparition des règles. C'en était le moment. On interrompit le traitement, de crainte de voir se renouveler les pertes. Le flux menstruel se contient dans des proportions modérées et le 24, mademoiselle X... revient avec joie pour continuer ses douches et ses irrigations malgré un reste de lassitude.

Le 28, l'état est des plus satisfaisants, et le 2 novembre le mieux est de plus en plus dessiné: la coloration de la peau de grise devient claire, les yeux s'animent; plus de constipation ; la marche est libre, la digestion bonne et la gaîté renaît. Le traitement est encore suivi jusqu'au 22 novembre. Depuis, la malade n'a cessé de bien se porter.

Mon but a été de réparer les forces : 1° en déterminant sur la peau des réactions fréquentes par l'excitation résultant des douches de courte durée ; 2° en stimulant les muqueuses internes par l'administration réitérée de petites quantités d'eau froide à l'intérieur.

Le succès, comme on le voit, a pour ainsi dire dépassé

notre attente, puisque, dans un laps de temps fort court, tous les accidents ont cessé : dyspepsies, palpitations, crises nerveuses, tristesse, que l'embonpoint s'est rétabli ainsi que les règles, et qu'enfin les fonctions ont recouvré leur plein exercice. EM. DUVAL.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie de Médecine.

Suite et fin de la discussion sur l'opération césarienne *post mortem*. Pellagre.

SÉANCE DU 23 AVRIL 1861. — Présidence de M. ROBINET.

M. Robin présente, au nom de M. Hiffelsheim, un ouvrage sur les applications médicales de la pile de Volta.

M. Ricord offre en hommage, au nom de M. le docteur Melchior Robert, un Traité des maladies vénériennes.

M. Durand-Fardel dépose sur le bureau un Essai sur la topographie médicale de la ville de Narbonne, par M. le docteur de Martin.

M. Robert présente un mémoire de M. le docteur Duparcque sur l'accouchement forcé par la dilatation forcée du col de l'utérus, même après la mort de la femme.

A l'occasion du procès-verbal, M. Depaul revient sur l'incident qui a terminé la dernière séance. Il combat l'opinion exprimée par MM. Bouillaud et Moreau, qui ont attribué à M. de Kergaradec la découverte de l'auscultation obstétricale. M. Mayor (de Genève) a publié son mémoire sur ce sujet dès 1818 dans la *Bibliothèque universelle de Genève*. Le mémoire de M. de Kergaradec n'a été lu qu'en 1821.

M. de Kergaradec maintient qu'il n'avait aucune connaissance de l'observation de Mayor quand il a publié son mémoire sur l'auscultation appliquée au diagnostic de la grossesse. Il ne croit pas exagérer en affirmant que l'observation de Mayor n'était connue d'aucun des membres de l'Académie à cette époque, et qu'elle était ignorée de Laënnec lui-même.

M. de Kergaradec déclare qu'il ne voudrait pas attacher trop d'importance à une découverte qu'il n'a dû qu'au hasard ; mais il croit avoir eu au moins le mérite d'étendre les applications de cette découverte et d'avoir posé sur ce point des règles qui n'ont pas encore été modifiées. Il termine en rendant hommage aux services rendus par M. Depaul à ce mode d'exploration obstétricale.

M. Depaul rappelle le passage de son dernier discours relatif à ce sujet, et il soutient que, dans cette citation, toute justice est rendue à M. de Kergaradec.

—M. O. Henry lit un rapport tendant à confirmer l'autorisation, déjà donnée en 1855, d'exploiter la source de Saint-Yorre-lès-Vichy (Allier).

Les conclusions favorables de ce rapport sont adoptées.

L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. H. Bouley sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire.

A quatre heures un quart, la séance publique est reprise.

— Discussion sur l'opération césarienne après la mort. — M. Trébuchet donne lecture d'un discours dont voici les conclusions :

« Il n'y a pas de motifs suffisants de modifier les dispositions de l'art. 77 du Code civil et des règlements de police concernant les inhumations et les opérations qui peuvent leur être assimilées.

« Il est à désirer que des règlements analogues à ceux qui existent dans le département de la Seine soient publiés dans les départements, que notamment le soin de constater les décès soit confié à un médecin vérificateur. Nul autre, en effet, qu'une personne possédant des connaissances médicales n'est apte à vérifier un décès sans s'exposer à des erreurs funestes. L'article 77 du Code civil n'offre donc que des garanties imparfaites contre le danger des inhumations précipitées. Cependant je pense que l'intervention du maire

est toujours utile en pareille circonstance. Il est ici le représentant de la société, et ce n'est pas sans raison que la loi a exigé que le décès fût constaté par ce magistrat. Les décès peuvent soulever, en effet, en dehors de la constatation médicale, des questions d'ordre public dont le maire seul peut connaître et qui ne souffrent souvent aucun délai. »

M. Huzard : Je demande la permission de citer sommairement un fait qui a quelque intérêt au point de vue du côté religieux de la question qui se débat en ce moment.

En 1814, le curé de Fourqueux (près de Saint-Germain-en-Laye), mandé auprès d'une femme qui venait de mourir dans un état de grossesse avancée, crut sage, à défaut de médecin pour pratiquer l'opération césarienne, de s'abstenir de tout acte chirurgical. Il se contenta de baptiser l'enfant sur le ventre de sa mère, et, en ayant référé à son supérieur, l'évêque de Versailles, il obtint l'approbation de ce prélat.

— M. Blache, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Patissier et Tardieu, lit un rapport sur un mémoire intitulé : De l'hypertrophie des amygdales, de ses fâcheuses conséquences, de ses complications et de son traitement par les eaux thermales sulfurées, spécialement appliquées en douches sur les tonsilles mêmes et autour de la gorge, par M. le docteur Lambron, inspecteur adjoint aux eaux de Bagnères-de-Luchon.

« Il est question surtout dans ce travail de l'hypertrophie tonsillaire des enfants, qui a pour résultats fâcheux de gêner la déglutition, d'altérer la voix, d'affaiblir l'ouïe, d'entraver l'évolution intellectuelle par la difficulté de la phonation et l'imperfection des sensations auditives, de gêner la libre circulation de l'air dans l'arrière-gorge, ce qui place peu à peu les malades dans les conditions d'une lente asphyxie et ce qui entraîne à la longue la difformité des parois thoraciques.

« M. Lambron expose en ces termes le diagnostic diffé-

rentiel de la déformation rachitique du thorax et de celle qui est consécutive à l'hypertrophie tonsillaire : Le principal caractère de l'altération rachitique est de présenter une saillie des cartilages costo-sternaux et deux gouttières verticales comprenant presque toute la hauteur de la poitrine. Tout au contraire, la déformation thoracique due à l'hypertrophie tonsillaire est caractérisée par une dépression transversale au niveau de la réunion du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs, et paraissant avoir été produite comme par la compression d'un anneau.

« Chez les malades atteints d'hypertrophie des amygdales, on observe, comme complications morbides, des affections catarrhales de la muqueuse laryngo-bronchique et des cavités de l'oreille, et une toux opiniâtre qui, jointe au catarrhe bronchique et aux phénomènes de débilité générale, peut facilement en imposer pour la phthisie pulmonaire.

« M. Lambron considère avec raison l'hypertrophie tonsillaire comme la manifestation plus au moins éloignée d'une diathèse, telle que le rachitisme, le scrofulisme et l'herpétisme

« C'est en me fondant sur ces considérations pathogéniques, ajoute M. Blache, que je conseillai autrefois à M. Lambron de faire suivre aux enfants atteints d'hypertrophie tonsillaire un traitement par les eaux minérales sulfureuses. Les heureux résultats obtenus par M. Lambron ont de beaucoup dépassé mes espérances; cela vient de ce qu'il a eu l'idée de combattre directement la lésion par des douches dirigées sur les organes eux-mêmes, à l'intérieur et à l'extérieur, au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure. Sous l'influence de ces douches, l'engorgement des amygdales diminue assez rapidement, et l'opération chirurgicale devient très souvent inutile. Celle-ci, d'ailleurs, malgré le perfectionnement des procédés, offre quelquefois des dangers dont le plus sérieux est l'hémorrhagie, très difficile à arrêter, quelquefois même foudroyante. En outre, couper, ce n'est pas guérir. Le bistouri est un pis-aller

quand il s'agit d'affections survenues spontanément, sous l'influence de causes générales. Restreignons donc, autant que possible, son usage, même à l'égard d'organes dont les fonctions nous sont inconnues. »

M. Blache conclut en proposant : 1° de remercier M. Lambron et de l'encourager à poursuivre ses recherches hydrologiques ; 2° de renvoyer son mémoire au comité de publication.

Après de courtes explications échangées entre MM. Fontan, Larrey et Blache, l'Académie adopte les conclusions du rapport,

La séance est levée à cinq heures.

Séance du 30 avril 1861. — Présidence de M. Robinet.

M. le ministre transmet avec de nombreux rapports sur les épidémies et les eaux minerale l'extrait d'une lettre du lieutenant-colonel Nagtglas, gouverneur des possessions néerlandaises de la côte de Guinée, relative à plusieurs cas de vaccination opérée avec succès à l'aide de vaccin régénéré sur les nègres de cette colonie. (Commission de vaccine.)

L'Académie reçoit :

1° Un mémoire de M. le docteur Auphan, intitulé *La pulvérisation à Euzet-les-Bains et ses effets thérapeutiques.* (Commission des eaux minérales.)

2° Une lettre de M. Charrière. qui adresse, au nom de M. le docteur Chassagny (de Lyon), pour être soumis à l'Académie, un forceps avec les dernières modifications qu'il vient d'y apporter d'après les indications de l'auteur.

Pharyngoscope. — M. Gavarret présente au nom de M. le docteur Moura-Bourouillou un instrument nouveau que l'auteur appelle pharyngoscope, et il dépose sur le bureau un mémoire explicatif renfermant la description, les usages et le mode d'emploi de cet instrument (Nous publions le texte de cette présentation.)

L'Académie procède au scrutin pour la nomination d'un membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire.

La liste de présentation porte : En 1re ligne. M. Reynal. En 2e ligne M. Sanson. En 3e ligne M. Charlier.

Nombre de votants, 72.

Au premier tour de scrutin ont obtenu :

M. Reynal 67 voix. M. Sanson 3. Billets blancs 2.

En conséquence, M. Reynal est proclamé membre de l'Académie. Son élection sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

Eaux minérales. — M. O. Henry, au nom de la commission des eux minérales, lit un rapport officiel sur une nouvelle source d'eau minérale découverte à Contrexéville (Vosges).

L'analyse chimique de l'eau de la nouvelle source, dit M. le rapporteur, a fait reconnaître une grande analogie de composition avec celle de l'établissement de Contrexéville ; comme celle-ci, c'est une eau sélénito-magnésienne, mais plus magnésienne et un peu moins chargée de fer. La commission propose de répondre au ministre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter médicalement l'eau de cette nouvelle source. Adopté.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'opération césarienne *post mortem*.

M. de Kergadarec commence la lecture d'un discours qu'il n'a pu terminer dans cette séance, et qu'il a demandé la permission de continuer dans la séance prochaine.

M. le docteur Bourguignon lit un travail ayant pour titre : *Quelques réflexions sur la* malaria urbana, *ou sur les troubles fonctionnels produits par le séjour prolongé dans les grandes villes.*

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Roche, Trébuchet et Mélier.

M. Billod, médecin de Saint-Gemme (Maine-et-Loire), informe en ces termes l'Académie que la pellagre manifeste de nouveau sa présence dans l'asile confié à sa direction.

M. le secrétaire général,

« Je vous demande la permission de recourir à votre

obligeant intermédiaire pour informer l'Académie que l'affection que j'ai décrite dans des travaux successifs, sous le nom de : *Variété de pellagre propre aux aliénés*, ou *pellagre consécutive à l'aliénation mentale*, manifeste de nouveau sa présence dans mon service pour quelques cas qui me semblent devoir être parfaitement caractérisés.

« En transmettant cet avis à l'Académie, et, par son intermédiaire, à tous les médecins qui désireraient venir s'éclairer sur l'identité de cette affection avec la pellagre des Landes ou de Lombardie, je vous serai reconnaissant de vouloir bien lui faire observer que, depuis la première communication que je lui ai faite à ce sujet, en 1854, et qui comprenait déjà deux années d'observation, c'est à dire depuis sept ans, l'affection précitée, n'a pas manqué une seule fois de se montrer parmi les aliénés de Sainte-Gemmes à l'époque ordinaire d'éruption ou d'exacerbation de toutes les pellagres connues, qu'elle y a constamment suivi la même marche, qu'elle a eu les mêmes modes de terminaison, et qu'elle a présenté identiquement et dans leur ensemble les mêmes symptômes et les mêmes caractères anatomiques que ces mêmes pellagres.

« Pour le cas où il serait répondu à l'appel que je fais aujourd'hui, et où on voudrait profiter de ma présence à Sainte-Gemmes pour venir visiter mes pellagreux, permettez-moi d'ajouter que je me propose de m'absenter un mois, à partir du 25 mai prochain, pour aller poursuivre, en Vénétie et en Lombardie, mes recherches sur le même objet.

« Veuillez agréer, etc. E. Billod.

Séance du 7 mai 1861. — Présidence de M. Laugier.

M. J. Charrière présente à l'Académie un appareil *porte-ophthalmoscope*, qu'il a construit d'après les indications de M. Desmarres fils, pour faciliter surtout les commencements de l'étude de l'ophthalmoscopie ; l'Académie reçoit un pli cacheté déposé par M. Delafond, membre de l'Académie. (Adopté.)

M. Michel Lévy dépose sur le bureau un volume portugais relatif à la dernière épidémie de fièvre jaune à Lisbonne.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'opération césarienne *post mortem*. — La parole est à M. de Kergaradec.

L'honorable académicien termine la lecture de la seconde partie de son mémoire. (Voir en tête du cahier.)

Sur l'invitation de M. Londe, M. de Kergaradec formule en ces termes les conclusions de son mémoire :

1° En ce qui concerne les personnes étrangères à la profession médicale, la loi est suffisamment armée contre elles.

2° En ce qui concerne les médecins, il serait à désirer que la loi, les règlements administratifs ou les ordonnances de police leur laissassent le droit d'agir immédiatement après la mort de la femme sans leur faire encourir la moindre responsabilité.

3° Il serait à désirer que l'Académie, dans les conclusions qu'elle adoptera, fît comprendre aux médecins toute l'étendue de leurs droits et de leurs devoirs.

M. Devergie donne lecture d'un discours dans lequel, répondant d'abord aux arguments de M. de Kergaradec, il s'exprime ainsi :

« La commission s'est attachée à traduire en termes très généraux tout ce qui a trait à la pratique médicale dans l'opération césarienne *post mortem*. Elle a voulu laisser le médecin entièrement libre de décider s'il y a ou s'il n'y a pas opportunité à faire l'opération, parce que la pratique médicale ne doit ressortir que de la conscience du médecin éclairé par les données de la science.

« L'Académie sortirait de la sphère où elle est compétente si elle s'immisçait directement ou indirectement à des sentiments ou à des idées religieuses.

« Si nous voulons que nos doctrines et la jurisprudence de l'Académie aient plus tard quelque faveur auprès des tri-

bunaux, et qu'elles soient utiles à nos confrères, limitons notre intervention au cercle *étroit*, mais *autorisé*, de l'art médical, et rien de plus. »

Abordant ensuite l'argumentation de M. Trébuchet, M. Devergie s'attache surtout à réfuter l'interprétation que son honorable contradicteur a donnée à l'arrêté de M. le préfet de la Seine sur le moulage des corps. Il fait voir que cette interprétation ne tendrait à rien moins qu'à empêcher le médecin, dans tous les cas, de pratiquer l'hystérotomie *post mortem*, et qu'à laisser périr l'enfant dans le sein de la mère.

M. Gibert demande la clôture, et il propose que l'Académie passe à l'ordre du jour motivé, c'est-à-dire que l'Académie déclare que ces questions relèvent de la conscience du médecin pour chaque cas particulier, et que l'Académie n'a rien à décider à cet égard.

Sur la proposition de quelques membres, M. Devergie donne lecture des conclusions de son premier rapport, qui sont mises successivement aux voix.

Première conclusion : « La législation actuelle suffit aux médecins pour l'accomplissement des devoirs de leur profession en ce qui concerne l'enfant de la femme enceinte décédée. »

Cette conclusion, vivement combattue par M. Malgaigne, qui fait valoir l'incompétence de l'Académie de médecine pour l'appréciation de la loi, est rejetée.

Deuxième conclusion : « Le médecin qui a l'espoir d'extraire du corps de la femme enceinte décédée un enfant dans des conditions d'aptitude à la vie extra-utérine *peut* et *doit* même, médicalement parlant, pratiquer l'opération césarienne, en observant les préceptes de la science.

« Cependant, il ne peut pratiquer cette opération qu'après avoir acquis la certitude du décès, et s'être entouré des lumières d'un ou de plusieurs confrères, à moins d'impossibilité de réaliser cette dernière condition. »

M. Depaul demande la suppression de ce second para-

graphe, qui est en contradiction avec le premier, et qui, par les conditions imposées, ferait perdre tout le bénéfice des opérations césariennes en imposant l'obligation de les pratiquer toujours trop tard.

L'Académie adopte la proposition de M. Depaul.

Troisième conclusion : « Le médecin, dans la pratique de sa profession libérale, ne relève que de la loi et de sa conscience éclairée par les préceptes de l'art. »

L'Académie rejette cette conclusion comme inutile. Le premier paragraphe de la deuxième conclusion est donc seul adopté : « Le médecin qui a l'espoir, etc. »

Formules, Recettes et Pratiques.

Matico et copahu. — Moyen d'arrêter le hoquet. — Carie dentaire.

ASSOCIATION *de l'huile essentielle de matico au baume de copahu*; par M. le Dr FAVROT. — Le matico (*piper angustifolium*) est un poivrier de l'Amérique méridionale, introduit en France par M. Dorvault, directeur de la pharmacie centrale de France, qui l'apporta de l'exposition universelle de Londres. La principale propriété du matico est d'être un astringent.

Vers la même époque, les médecins anglais eurent l'idée d'en administrer à l'intérieur la décoction dans les cas d'écoulements chroniques de l'urèthre. Déjà, au Pérou, le médicament était employé depuis longtemps dans la même intention. Dans la *Flore médicale* de ce pays, et page 28, on peut lire la citation qui suit : « *Incolæ ad ulceras cancrosas et gonorrheas a lue veneræa ortas decoctum affatim hauriunt.* »

Après M. Dorvault, son successeur, M. Grimaud, a continué les recherches, et il est arrivé à la certitude que les propriétés du matico sont dues à l'huile essentielle que cette plante contient en grande quantité.

Ayant fait préparer avec cette huile des capsules, et les ayant administrées, M. Favrot a obtenu, dit-il, des guérisons dans la majorité des cas où il les a employées.

Notre confrère remarqua que l'action diurétique était trop intense, et il eut l'idée d'associer, pour la corriger, l'huile de matico au baume de copahu. Voici la formule de cette préparation :

Essence de matico	2
Baume de copahu	100
Magnésie	Q. S.

pour cent bols recouverts de gluten, d'après le procédé Raquin.

Dans cette combinaison, le baume perd son goût nauséeux comme avec la menthe poivrée. L'effet de ces bols, dans les cas susdits, fut remarquable : « Voici bientôt quatre ans, dit M. Favrot, que je traite par cette préparation les écoulements aigus et chroniques avec avantage, si je le compare aux préparations analogues qui ont été employées jusqu'à ce jour. »

Le traitement local se fait par injections avec l'eau distillée de matico saturée, que M. Grimaud me prépare de la manière suivante :

Matico	1 kilogr.
Eau	2 kilogr.

pour retirer mille d'eau saturée. Il faut laisser le matico macérer dans l'eau froide pendant vingt-quatre heures avant la distillation. Pour le traitement général ou interne, il faut recourir aux bols ou capsules dont nous avons donné plus haut la formule.

Suivent les détails cliniques d'observations se rapportant à des écoulements récents et guéris par l'injection seule, et à d'autres pris longtemps après leur début, et dans lesquels le traitement local a dû s'associer au traitement général.

En résumé, dit en terminant M. Favrot, le matico n'est pas une panacée pour tous les cas de ce genre; mais qu'on distingue bien ceux qui sont dégagés de toute complication avec les causes qui peuvent simuler les écoulements, et l'on se convaincra que lorsque l'affection est de nature purement inflammatoire, la préparation du matico, employée au besoin comme topique et comme moyen général, produit les effets du traitement spécial vraiment digne de ce nom.

M. Favrot promet encore de suivre les études sur la question, et de bien classer, en les distinguant, les diverses espèces de blennorrhées pour caractériser celles dans lesquelles les préparations du matico seront le plus efficaces.

HOQUET. — *Moyen de l'arrêter.* — Le docteur Wolf assure avoir fréquemment fait cesser un hoquet persistant, survenant dans le cours d'une maladie ou en d'autres circonstances, en employant le procédé suivant : on recommande au patient de faire une forte inspiration, et de contracter l'abdomen comme s'il cherchait à vider l'intestin, et à expulser les matières fécales endurcies, ne respirant, autant que possible, de loin en loin, et toujours avec une inspiration rapide. Ce moyen doit être essayé plusieurs fois avant d'en obtenir quelques succès ; il réussit aussi à suspendre les borborygmes auxquels les femmes sont si sujettes.

(*Deutsch-Klinic.*)

CARIE *dentaire. Action anesthésique de l'application topique du sulfate d'atropine* ; par M. Bergounioux. — Désireux d'étudier l'action des principes stupéfiants des solanées sur les dernières ramifications nerveuses, M. Bergounioux a appliqué une solution d'un sel d'atropine

directement sur la pulpe dentaire préalablement dénudée. Dans les cas où cette pulpe, sans être le siége d'une inflammation aiguë, est pourtant douloureuse, une ou deux gouttes de solution au centième de sulfate d'atropine produisent instantanément une anesthésie telle que l'application de rugines et d'excavateurs est facilement supportée. En tête des applications les plus heureuses de cette anesthésie, M. Bergouhnioux cite l'introduction du pivot des dents artificielles dans les racines vivantes, c'est-à-dire sans que le chirurgien ait besoin de détruire le nerf et les vaisseaux dentaires par la cautérisation. (*Art dentaire.*)

NOUVELLES.

Par arrêté du 10 avril 1861, un congé d'inactivité, jusqu'à la fin de l'année classique 1860—1861, est accordé à M. Ribes, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Montpellier.

— M. Girbal, agrégé, est chargé, à titre de suppléant, de ce cours pendant la durée du congé accordé à M. Ribes.

— M. Strohl, agrégé de la Faculté de médecine de Strasbourg, est chargé provisoirement, et jusqu'à la fin de l'année classique, du cours d'hygiène à ladite Faculté.

— Une commission réunie au Magasin central des hôpitaux militaires à Paris, s'occupe activement de ramener à des types uniformes et invariables tous les objets affectés à l'exploitation du service intérieur des hôpitaux militaires.

— Mme veuve Baudens vient d'envoyer à M. le directeur de l'Ecole de médecine d'Alger un buste admirablement exécuté de feu L. Baudens, inspecteur du service de santé militaire, si prématurément enlevé à la science à la suite de la campagne de Crimée.

En accusant réception de ce don à Mme Baudens, M. le docteur A. Bertherand, directeur de cette Ecole, l'a remerciée, au nom du conseil des professeurs, d'avoir bien voulu choisir cet établissement pour y déposer l'image du savant chirurgien, dont le nom appartient à tant de titres à l'histoire de l'Algérie, et dont une des plus constantes préoccupations avait été précisément l'institution de l'Ecole de médecine d'Alger.

— L'Empereur a adjoint M. le docteur J. Delbet à la mission qu'il envoie en Asie Mineure sous la conduite de M. G. Perrot. Ce jeune médecin facilitera les relations de la mission avec la population musulmane, et de plus il fera quelques études d'économie sociale sur la condition du paysan turc. (*Moniteur universel.*)

— La Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse, dans sa séance du 11 mars dernier, a entendu le rapport sur les mémoires envoyés pour prendre part au concours ouvert en 1859 sur la question suivante : *Des effets de la culture sur les plantes médicinales*. Aucun des travaux envoyés n'ayant complètement répondu au programme, il n'a été accordé, à titre d'encouragement, qu'une médaille d'or de la valeur de 200 fr. à M. Millet (de Tours), déjà correspondant lauréat de la Société, et une autre de même valeur à M. Léon Marchand, docteur en médecine à Paris.

— Par décret du 24 avril, M. le docteur Campmas, médecin-major de 1re classe, a été nommé officier de la Légion d'honneur.

— Par arrêté ministériel, M. Ernest Geoffroy, ancien élève de la Salpêtrière, vient d'être nommé interne de la Maison impériale de Charenton.

— Dans sa séance du 29 avril, le Comité consultatif d'hygiène publique a présenté en première ligne M. le docteur Lambron, pour la place de médecin-inspecteur de Bagnères-de-Luchon.

— M. le préfet de la Seine, accompagné de MM. Ferdinand Barrot et Amédée Thayer, sénateurs, Marchand, conseiller d'Etat, et Girard de Cailleux, inspecteur général du service des aliénés de la Seine, est allé visiter, le 24 avril, l'asile public d'Auxerre. Cette visite, succédant à celles des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, se rattache aux études que poursuit la commission instituée pour l'amélioration et la réforme du service des aliénés du département de la Seine. Nous dirons à cette occasion que MM. les docteurs Baillarger, Delasiauve, Mitivié, Trélat et Marcé ont été entendus au sein de la commission, comme l'avaient été précédemment MM. Lélut et Moreau (de Tours).

M. Ferdinand Barrot, qui présidait la séance, successivement interrogé nos distingués confrères sur le projet de construction à Paris d'un grand hôpital de cliniques des maladies mentales et de plusieurs autres établissements dans la banlieue, et sur l'annexion à ces divers asiles d'un quartier spécialement destiné à des pensionnaires.

Si nos renseignements sont exacts, cette dernière création ne devrait point, comme on l'a cru, entraîner nécessairement la suppression des maisons de santé.

— Une succursale agricole de dix-huit hectares vient d'être annexée à l'Asile public d'aliénés de Pau (Basse-Pyrénées).

— Un arrêté du ministre de l'instructionpublique et des cultes, en date du 2 mai, dispose qu'à la fin de chaque année scolaire, il sera ouvert, à la Faculté de médecine de Strasbourg, un concours entre les internes ayant au moins une année de service.

Ce concours se composera de trois épreuves :

1° Présentation d'observations de médecine, de chirurgie et d'accouchements recueillies à l'hôpital, au nombre de trois, au moins, pour chaque partie ;

2° Question écrite sur un sujet de médecine, de chirurgie et d'accouchements ;

3° Appréciation des services du candidat.

L'interne classé le premier prendra le titre de *premier interne aide de clinique*. Il sera attaché, à tour de rôle, pendant une année, à chacune des trois cliniques magistrales.

Les avantages suivants lui seront accordées :

La durée de ses fonctions sera prolongée de trois années. Il aura le droit, pendant ce laps de temps, de se faire recevoir docteur sans cesser pour cela d'exercer, jusqu'à leur terme les fonctions d'aide de clinique.

Il pourra lui être attribué une indemnité de 300 francs en sus du traitement de 500 francs alloué aux internes.

— Nous apprenons la mort de l'honorable M. Félix Hatin, praticien très-distingué de Paris, dont la communication récente à l'Académie de médecine a fait le sujet du rapport de M. Devergie relatif à l'opération césarienne *post mortem*.

— On écrit de Naples, le 30 avril :

« Un document officiel que l'on me permet de consulter, constate que le typhus a enlevé, dans l'espace de trois mois, les deux tiers des médecins, infirmiers on desservants des hôpitaux de Naples et des environs. Cette maladie contagieuse sévit presque aussi cruellement dans la ville, où depuis quelques jours les petits enfants sont ses victimes privilégiées. » (*Constitutionnel*)

— *Le cheminal News* annonce un nouveau beurre artificiel *patenté !* Ce produit, réputé délicieux, s'obtient par la combinaison à froid de 8 parties de graisse, 4 de beurre et 1 d'huile.

— Un relevé officiel nous apprend que le nombre des aveugles, dans toute la Grande-Bretagne, ne s'élevait pas, en 1851, à moins de trente mille. Le nombre des hommes et des femmes y est égal, (*Gaz. méd. de Lyon*).

— Une épidémie de *démonomanie* règne depuis quelque temps en Savoie, dans l'arrondissement de Thonon. M. le ministre de l'intérieur vieur d'envoyer sur les lieux M. le docteur Constant, inspecteur général des asiles d'aliénés.

— M. le ministre de l'intérieur vient de prescrire d'une manière formelle l'envoi dans les campagnes des enfants valides ou infirmes qui se trouvent actuellement dans les hospices d'enfants trouvés. La mise en pratique de cette mesure aura lieu à partir du 1er août prochain.

La circulaire de M. le ministre de l'intérieur établit que les enfants assistés étaient en 1860 au nombre de 158,754, et qu'en présence d'un tel chiffre les revenus des hospices ne sont pas au niveau de leurs obligations. D'autre part, l'indulgence excessive avec laquelle les commissions de tutelle et parfois les inspecteurs départementaux tolèrent le maintien de leurs pupilles à l'hospice, amène des dépenses inutiles, des charges toujours croissantes, et même de graves complications.

Quant aux enfants, le séjour de l'hospice leur est nuisible à tous égards : au point de vue de la santé, de l'éducation pratique, de l'avenir même. C'est un droit aussi bien qu'un devoir pour l'administration, d'imprimer une direction conforme à l'intérêt personnel de ces enfants et à l'intérêt social. Or la vie agricole favorisant plus que toute autre le développement des sentiments et des habitudes d'ordre et d'honnêteté, c'est vers l'agriculture que l'Etat croit devoir les diriger. Les tarifs des pensions sont depuis quelques années notablement améliorés, et ils permettent de placer à la campagne, dans des conditions convenables, les enfants d'un jour à douze ans.

On a objecté que, passé cet âge, les pères nourriciers, privés de leurs salaires, se séparent de leurs pupiles. Si ces faits se sont présentés, ils sont loin d'être généraux, et un choix intelligent des nourriciers, une surveillance exacte sur eux et sur leurs pupilles, enlèveront à l'administration la crainte de voir s'affaiblir ou se briser les liens de famille.

Les instructions ministérielles s'appliquent aux filles comme aux garçons. Les orphelinats ruraux offrent la preuve irrécusable que les filles sont parfaitement propres au travail de la ferme.

— M. de Quatrefages, professeur membre de l'Institut, a commencé son cours d'anatomie et d'histoire naturelle de l'homme ou d'anthropologie, au Muséum d'histoire naturelle, le mardi 7 mai, à trois

heures un quart, et le continuera les mardis et samedis à la même heure. Le professeur poursuivra ses études sur l'unité de l'espèce humaine. Il traitera quelques-unes des questions qui se rattachent aux migrations et à l'acclimatation de l'homme, et exposera les caractères, généraux des races humaines.

— Nous avons fait en son temps une appréciation de la thèse de M. le docteur Joseph de Martin intitulée de la *Topographie physique et médicale de la Ville de Narbonne*, et nous sommes heureux d'avoir précédé le témoignage de haute estime que vient de recevoir l'auteur de ce même ouvrage.

On lit, avec plaisir que cette thèse, signalée en première ligne par la commission spéciale de la Faculté de Montpellier, a été présentée au ministre de l'instruction publique, et que Son Excellence dans une lettre adressée à M. Joseph de Martin, lui annonce que son étude a été jugée digne de félicitations directes qu'il lui transmet.

Cette même liste de présentation contient la thèse de M. le docteur Castan, notre collaborateur, *essais sur la pathogénie des maladies nerveuses*.

Du reste, voici la lettre de M. le ministre à M. le docteur de Martin.

Monsieur,

« La commission chargée de me signaler parmi les thèses soutenues devant la Faculté de médecine de Montpellier, pendant l'année scolaire 1858-59, celles qui sont les plus remarquables et qui offrent *un mérite absolu* très réel, a classé au premier rang votre travail *sur la Topographie physique et médicale de la Ville de Narbonne*.

« Dans cette thèse qui a l'importance d'un véritable ouvrage, et qui a exigé de nombreuses et laborieuses recherches, vous avez fait preuve d'un excellent esprit médical. Vous avez eu surtout le mérite, peu commun, d'intéresser votre lecteur en l'instruisant. Un tel travail est une sérieuse garantie pour l'avenir. Je suis heureux de vous adresser mes sincères félicitations.

« Recevez, etc.

Le ministre de l'instruction publique et des cultes, ROULAND.

— e public médical n'apprendra pas sans intérêt qu'il compte parmi ses membres, depuis le 19 décembre dernier, un des grands fonctionnaires du gouvernement hellénique. A cette date, M. Pappalexopoulo, médecin, a remplacé, au Ministère de l'intérieur, M. Lycurgue Certenity, démissionnaire.

Cette nomination n'a produit parmi nous aucune ou presque aucune sensation. Grâce aux particularités de la vie sociale grecque, ce n'est pas la première fois qu'un médecin occupe un poste si élevé. On se rappelle encore que feu le président Capo-d'Istria avait fait ses études en médecine, que les docteurs Coletti, Glaraki, et M. Zygomal a actuellement notre consul à Smyrne, ont, dans le temps, fait partie du cabinet, et que le premier de ces personnages a même présidé le conseil des ministres. Les antécédents du nouveau dignitaire justifient le choix que le roi a fait de sa personne. Le vénéré confrère, qui a honorablement parcouru une longue carrière médicale, a aussi souvent pris une part active aux affaires du pays.

Appelé, en 1854, à remplir des fonctions publiques, M. Pappalexopoulo a fait preuve, au milieu de l'agitation qui régnait à cette époque, d'une capacité administrative peu commune, et a acquis en même temps, par son caractère conciliant et ses manières polies et bienveillantes, une popularité qui paraît lui avoir valu la confiance et la faveur dont le souverain l'honore aujourd'hui. Disons encore qu'un des titres les mieux fondés de cet homme de bien à la reconnaissance de ce département, c'est l'infatigable activité qu'il a apportée dans la surveillance de l'instruction publique.

On voit que les annales de la médecine grecque, bien qu'elles soient ordinairement un peu pâles pour ce qui touche le progrès médical proprement dit, n'en ont pas moins, de temps à autre, quelque chose à enregistrer. Tantôt, ce sont les gros honoraires de M. Caratheodory, à Constantinople; tantôt, c'est le portefeuille de l'intérieur de M. Pappalexopoulo à Athènes. Dr BERNARD ORNSTEIN,

— Le *Cosmos* publie la nouvelle suivante, que nous croyons devoir reproduire :

« Le docteur Théophile Eiselt, de Prague (Autriche), vient de faire une découverte importante dans le domaine ouvert par le prix Bréant, la recherche dans l'air des miasmes contagieux. Au grand établissement des Enfants-Trouvés, à Repy, près Prague, pendant l'automne et l'hiver derniers, il y a eu, parmi les 250 enfants de l'âge de 6 à 10 ans, 92 cas de blennorrhée de la conjonctive oculaire. Cette ophthalmie épidémique avait laissé M. le docteur Eiselt pleinement convaincu que la contagion pouvait se transmettre autrement que par l'attouchement. Il s'était imposé, ainsi que les garde-malades, d'éviter soigneusement de toucher aux yeux des enfants malades; malgré ces précautions, le docteur et les infirmiers furent tous atteints

du même mal. M. Eiselt eut l'idée d'examiner à l'aide de l'aéroscope de M. Pouchet, modifié par le professeur Purkynje (de Prague), l'atmosphère d'une salle où il y avait beaucoup de malades; et dès le premier passage de l'air par l'appareil, il vit distinctement de petites cellules de pus qui avaient certainement servi de véhicule à la contagion.

« Appréciant la haute importance de cette découverte, plusieurs membres de la Société impériale des médecins de Vienne se sont réunis pour se livrer en commun à des recherches y relatives, et dont les résultats seront aussi communiqués aux lecteurs du *Cosmos*. »

— Le nombre des médecins diminue en France, d'après M. Roubaud. Les recensements qui leur sont propres donnent les résultats suivants : En 1857, le nombre total des praticiens était de 18,025, partagé en 11,258 docteurs et en 6,765 officiers de santé : tandis qu'en 1861, le nombre total est de 17,520, dont 11,242 docteurs et 6,278 officiers de santé.

La différence entre ces deux évaluations est au détriment de l'année 1861, et s'élève au chiffre de 505 praticiens.

Mais cette diminution se fait surtout sentir sur les officiers de santé; car, tandis qu'elle n'est que de 16 pour les docteurs, elle est portée à 487 pour le second ordre de médecins.

M. Roubaud attribue ce résultat au décret du 22 août 1854 qui a aboli les jurys médicaux et obligé les aspirants au titre d'officier de santé à se présenter devant une Faculté ou une école préparatoire de médecine. Sans nier l'influence de ce décret sur la diminution dans le nombre des réceptions des officiers de santé, diminution dont, d'ailleurs il ne faudrait pas se plaindre si une augmentation corrélative se faisait remarquer dans le nombre des réceptions des docteurs, nous pensons que, par cela même que cette augmentation n'a pas lieu et qu'au contraire le chiffre des docteurs s'amoindrit aussi, il faut attribuer ce résultat à une cause plus générale, c'est-à-dire à l'état de malaise et de souffrance de la profession, aux difficultés qui entourent le débutant dans la carrière, au peu de compensation que le médecin retire de ses études et de ses sacrifices, au peu de protection qu'il rencontre dans l'exercice de son art, à la concurrence illégale qui l'écrase, tous motifs bien suffisants pour éloigner les familles et les jeunes gens d'une profession ingrate et si mal rémunérée.

(*Union médicale.*)

BIBLIOGRAPHIE.

Bade et ses Thermes, par M le docteur Aimé Robert, rédacteur en chef de la Revue d'hydrologie médicale de Strasbourg, et M. le docteur Guggert, médecin inspecteur des eaux de Bade.

Les auteurs nous pardonneront d'avoir tardé jusqu'à ce jour de faire part à nos confrères du plaisir que nous avons trouvé à la lecture de ce bel ouvrage. Nous ne chercherons pas d'excuse, et cependant ils jugeront peut-être qu'il y a profit et opportunité à parler d'eaux minérales au mois de mai plutôt qu'en hiver.

Le livre de *Bade et ses Thermes* est une étude complète en son genre; il cumule même les notions qui sont utiles aux baigneurs et aux médecins. Divisé en cinq parties, la première comprend la topographie, la climatologie et la statistique, étudiées au point de vue médical. La deuxième partie donne un précis historique très-bien fait de la ville et de ses bains. La troisième traite de la géologie locale, dans ses rapports avec la minéralisation des sources, l'analyse de celles-ci et la flore des environs.

La quatrième partie, la plus importante, celle dans laquelle les deux auteurs ont eu l'occasion de déployer tout ce que l'érudition, la pratique et un savoir spécial mettaient à leur disposition, comprend l'étude des eaux de Bade et des propriétés qui les caractérisent dans telles maladies plutôt que dans telles autres. Une description de l'Etablissement thermal et de l'installation de ses moyens hydrothérapiques, complète cette quatrième partie. Les auteurs n'ont pas oublié d'y faire mention des usages que l'on fait à Bade des bains et inhalations de feuilles et bourgeons de pin et même des cures de petit lait.

La cinquième et dernière partie est intitulée : *Les deux châteaux de Bade, environs, hôtels, tarifs et renseignements divers.*

Si nous ajoutons que ce volume grand in-8° est muni d'une carte géographique du grand Duché de Bade, honoré de portraits, enrichi de vues et orné de vignettes en gravures fines, nous aurons donné le devis de ce que le lecteur doit trouver dans l'ouvrage de M. le docteur Aimé Robert, de Strasbourg, et de M. le docteur Guggert, les deux hommes sans contredit les plus aptes et les mieux placés pour faire le livre de Bade et ses Thermes.

On ne s'attend guère que notre coup-d'œil rapide s'attache au détail des notions que comprennent ces cinq parties. Après avoir

dit l'intérêt que nous avons pris en les lisant, nous rentrerons ici dans notre domaine restreint et n'insisterons, trop brièvement encore, que sur la quatrième partie, qui est bien toute entière de notre ressort.

Ce que nous sommes pressé d'apprendre en ouvrant le livre d'hydrologie médicale, c'est l'opinion de l'auteur sur la nature chimique et thérapeutique des eaux en général. De sa manière de voir à cet égard se déduit pour nous la valeur de l'ouvrage, et rarement nous nous trompons. C'est dans ce sentiment que nous avons ouvert celui-ci à la page qui devait nous éclairer sur ce point, et nous y avons lu en tête du Chapitre IX, sous forme d'épigraphe ou de profession de foi, la citation suivante, qui serait pour nous le passeport universel de l'hydrologue :

« Une eau minérale, comme médicament, dit M. Andrieu, est « un tout indivis L'effet thérapeutique qu'elle produit est sans « doute la résultante d'actions multiples aboutissant à une com- « mune fin; ou pour mieux dire, une eau minérale, renfermant « un certain nombre d'ingrédients chimiques est un médicament « complexe, mais qui agit comme unité. »

Avec des auteurs qui prennent pour devise une opinion si conforme à la bonne doctrine, nous voyageons sainement, sûrement et en pleine médecine; avec ceux qui disent autrement ou qui s'inspirent du contraire, ne voulant voir dans une eau minérale qu'une somme totale d'éléments minéralisateurs qui dans l'organisme vont prendre chacun leur direction en désordre et sans but commun, nous savons que nous voyageons avec des chimistes, mais nous ignorons où nous allons.

On n'espérait pas moins de M. le docteur Aimé Robert, dont les principes scientifiques en l'espèce ont tous les jours l'occasion de se manifester dans sa *Revue*. La quatrième partie de l'ouvrage lui fait honneur; nous y avons reconnu sa manière et la portée sérieuse de son esprit médical.

Le lecteur sait donc à quoi s'en tenir sur les eaux de Bade et la connaissance qu'il en prendra dans cette étude, soit qu'il ait intérêt à les connaître sous le rapport de leur composition médicamenteuse, ou sous le rapport des effets thérapeutiques qu'elles produisent dans l'économie vivante.

L'eau de Bade appartient à la catégorie des eaux thermales chlorurées sodiques; puisque sa minéralisation en chlorure de sodium

dépasse deux grammes ; que sa minéralisation totale contient 3 grammes de substances fixes. S'inspirant autant de la propriété de ces substances que des résultats de l'expérience clinique, nos auteurs établissent les espèces morbides contre lesquelles l'eau de Bade exerce son efficacité, et là, nous trouvons rangées en série du plus au moins les affections de l'appareil digestif, les maladies biliaires, les lésions chroniques des organes respiratoires, la scrofule, la goutte et la gravelle.

Suivent les usages appropriés de l'eau de Bade dans divers états pathologiques, et les installations correspondantes qu'on trouve dans l'établissement thermal et au-dehors.

Ici les auteurs nous permettront de leur signaler une lacune dans leur ouvrage. Nous voulons parler de l'installation de la salle de respiration à l'eau pulvérisée, dont aucun établissement thermal en France n'est dépourvu. Si ces eaux ont quelque efficacité contre les affections de poitrine et si l'établissement de Bade ne possède pas ce mode d'administration, les auteurs qui le connaissent devaien en exprimer au moins de *desideratum* dans un livre qui aura certainement l'autorité d'un conseil supérieur.

Il y est fait mention d'une salle d'inhalation, mais c'est à l'eau vaporisé qu'elle fonctionne, c'est-à dire à l'eau déminéralisée de tous les éléments fixes qui font sa richesse thérapeutique.

Selon nous, le livre de MM. Aimé Robert et Guggert est une véritable manifestation en faveur des eaux de Bade, les plus belles eaux que nous connaissions. Trop longtemps, en effet, *Bade et ses jeux* l'ont emporté sur *Bade et ses Thermes*. La pensée des auteurs est dans le titre même de l'ouvrage, et ce titre est une protestation contre ce qui a nui à la prospérité de ces sources, qui feraient du bien à tout le monde sans ruiner personne.

Nous nous associons à cette pensée de réhabilitation, et nous prions les auteurs du livre qui nous occupe de compter sur nos sympathies effectives toutes les fois qu'ils voudront en développer les conséquences. Mais que la deuxième édition de leur ouvrage, qui doit sans doute être sous presse, se complète au moins d'un paragraphe sur la pulvérisation respiratoire, sans laquelle désormais les eaux qui ont la réputation de servir au traitement des affections pulmonaires, ne peuvent pas être dites au courant des procédés modernes qui ont fait leurs preuves devant la médecine.

Dr SALES-GIRONS.

La Scillitine Mandet, ses sirops et ses pilules.

La Scillitine, résumé des propriétés thérapeutiques de la Scille, est un médicament déjà connu et employé par les praticiens. M. Mandet, pharmacien de Tarare a fait une étude spéciale de sa préparation et l'on sait l'accueil que lui a fait l'Académie, lorsqu'elle a été soumise à son approbation.

La Scillitine extraite par le procédé de M. Chevallier se présente à la pratique dépouillée de tout le principe irritant de la plante, et quel avantage dès lors n'offre-t-elle pas dans les cas de maladies respiratoires ou urinaires, contre les quelles le premier soin est celui de ramener la circulation à l'état normal. Nous ne croyons pas utile d'en dire davantage sur son emploi, non plus que sur la spécificité qu'elle possède contre les diverses affections de l'organisme, qu'il nous suffise de dire que l'expérience a démontré que la Scillitine, s'administre généralement aujourd'hui à la dose de dix à vingt centigrammes par jour.

Croyant rendre son administration plus facile, M. Mandet a pensé qu'il était convenable de faire des pilules et un sirop de Scillitine. L'adoption qu'on a faite de la préparation sous ces deux formes a démontré que M. Mandet avait eu raison. Le sirop et les pilules sont employés tous les jours dans les hôpitaux et dans la clientèlle civile.

La Scillitine pure, et les pilules et sirop de Scillitine se trouvent à Tarare chez M. Mandet, pharmacien, et à Paris, chez M. Adrian, pharmacien, successeur de Page, 25, rue Coquillière.

La sève de Pin et son Sirop.

La sève de pin maritime est une heureuse découverte de notemps modernes pour la médecine des maladies de poitrine. L'extension qu'elle a prise prouve son efficacité. M. Lagasse a eu la bonne idée de concentrer cette substance en un sirop béchique dont l'adoption a été prompte. Les médecins l'ordonnent avec avantage dans les cas de maladies chroniques telles que catarrhes, asthme humide, bronchorrhe, etc, et ses succès ne sont pas moindres dans les indispositions aiguës de l'hiver, telles que rhumes, laryngites, pharyngites et angines.

On a remarqué que ce *Sirop de sève de pin* a aussi une action évidente sur les sécrétions urinaireres, et les irritations inflammatoires de la vessie; il dispense avec avantage de ces préparations de bourgeons de pin, si généralement employés avant la découverte de la sève qui est la substance la plus intime et la mieux élaborée de l'arbre.

Le *Sirop de sève de pin* de M. Lagasse se vend à sa pharmacie de Bordeaux, Cour-d'Albret, 51, et à Paris, chez M. Grimaud successeur à la pharmacie Dorvault, rue Lafeuillade 7, et chez les principaux pharmaciens de France.

PYROPHOSPHATE DE FER ET DE SOUDE, de LERAS, pharmacien, docteur ès-sciences. — Ce nouveau ferrugineux liquide, incolore, sans goût ni saveur de fer, contient, par cuillerée à bouche, 20 centigrammes de sel de fer. Il offre la composition des os et du sang. Seul, il ne précipite pas en présence du suc gastrique et ne provoque jamais de constipation. Il s'administre par cuillerée à bouche une demi-heure avant chaque repas, et peut se prendre en mangeant associé au vin, qu'il ne décompose pas. On en fait aussi un *Sirop* très-blanc et très-agréable, ainsi que des *Dragées*.

Il est toujours parfaitement supporté, et les observations de MM. Aran, Arnal, Barth, Bernutz, Casenave, Debout, etc., publiées par les divers journaux de médecine ont prouvé qu'il a réussi là où le *lactate de fer*, le *fer réduit*, les *pilules* de *Vallet*, l'*eau* de *Bussang*, de *Passy* et de *Spa* avaient échoué. — Prix du flacon, 2 fr. Dépôt à Paris, à la pharmacie 7, rue de la Feuillade, près la Banque. En province, chez tous les pharmaciens.

Eau sulfureuse de Labassère, près de Bagnères-de Bigorre, Hautes-Pyrénées.

« L'eau de *Labassère* est la plus richement minéralisée des sulfu-« reuses sodiques. » (Pétrequin et Socquet.)

« Trois ans d'embouteillage sans altération. » (Ossian Henry.)

« L'eau de *Labassère* se place en tête des eaux propres à l'expor-« tation. » (Filhol.)

« La stabilité des eaux de *Labassère* leur donne, sur toutes les « eaux sulfureuses connues, pour l'exportation et l'emploi loin des « sources, une supériorité incontestable. » (Cazalas.)

Tableau comparatif par M. Filhol.

« Sulfure de Sodium : Labassère, 0,046 ; Eaux Bonnes 0,021 »
« Chlorure de Sodium : Labassère, 0,215 ; Cauterets 0,026 »
« Matière organique : Labassère. 0,145 ; Luchon 0,036 »

« L'eau de *Labassère* peut être employée *avec avantages* dans « toutes les maladies où les eaux sulfureuses sont indiquées. Elle jouit « d'une efficacité spéciale que l'on ne saurait mettre en doute dans « *le catharre chronique des bronches, les toux convulsives, les « congestions passives du poumon, la tuberculisation pulmonaire, « la laryngite chronique et les maladies de la peau.* » (Filhol. Cazalas.)

J. Gertoux, à Bagnère de Bigorre, seul fermier de la source, expédie.

Pour tous les articles non-signés, le Docteur SALES-GIRONS.

Paris. — Imprimerie de Moquet, rue des Fossés-Saint-Jacques, 11.

LA REVUE MÉDICALE
FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.
(31 Mai 1861.)

CLINIQUE ET MEMOIRES.

ÉTUDE RATIONNELLE
DE LA DIATHÈSE LYMPHATIQUE
ET
SPÉCIALEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE.
Traitement rationnel de cette affection.

Par le Dr TAMPIER.

Première série de faits. — L'observation de tous les temps a démontré que les individus qui habitent des lieux où l'air est incomplètement renouvelé, deviennent lymphatiques.

Dans certaines villes du nord, où une partie des habitants vit dans des caves, la population offre une proportion considérable de lymphatiques.

Nous avons souvent constaté, et bien d'autres praticiens ont, comme nous, constaté, des engorgements ganglionnaires chez les individus qui ont l'habitude de dormir avec les couvertures relevées au-dessus des organes respiratoires ; habitude qui leur fait respirer un air non renouvelé.

Les pays froids et humides fournissent une population composée en grande partie d'individus dont le système lymphatique est très développé.

Chez les mineurs, qui, selon M. Moyle, cité par M. le docteur Riembault, respirent une atmosphère contenant 0,17 d'oxygène au lieu de 0,21, le lymphatisme est à l'état habituel.

Dans les pays marécageux, où l'atmosphère est mitigée par une quantité plus ou moins grande de miasmes et d'humidité, on remarque une quantité considérable de lymphatiques.

Sous toutes les latitudes, on constate le lymphatisme à l'état endémique parmi les habitants des villes abritées des vents du nord et dont l'atmosphère est chargée d'humidité.

Il résulte de ces faits que le système lymphatique se développe sous l'influence de l'air non renouvelé ou incomplet sous le rapport de la quantité de ses éléments constitutifs, et sous l'influence d'un air chargé d'humidité.

Dans ces conditions, il est évident que l'atmosphère exerce une action particulière sur les fonctions de l'organisme, et que cette action porte plus spécialement sur le système lymphatique.

Si nous voulons nous rendre un compte exact de ces phénomènes, il nous est donc nécessaire d'étudier d'abord les fonctions organiques à l'état normal, au sein d'une atmosphère renfermant constamment 0,21 d'oxygène et ne contenant qu'une très légère proportion de vapeur d'eau ; puis d'étudier les modifications qu'elles subissent au milieu d'une atmosphère incomplètement renouvelée ou saturée d'humidité.

Fonctions organiques normales. — Elles ont toutes pour résultat, pour fin, la *nutrition*. Cet acte, réduit à sa plus simple expression, consiste en une composition et une décomposition incessante de matériaux ; c'est un échange continuel entre des matériaux nouveaux, destinés à fournir leur contingent à la vie intime des tissus, et des matériaux anciens, ayant fourni ce même contingent, devenus par conséquent inutiles et condamnés à être éliminés. Ces phénomènes s'opèrent à l'aide de quatre ordres principaux de fonctions, la *digestion*, la *respiration*, la *circulation* et les *sécrétions*. A ces fonctions, *abstraction faite de la forme cellulaire particulière à chaque tissu*, sont dévolues quatre espèces d'organes qui sont les *nerfs*, les *artères*, les *veines* et les *vaisseaux lymphatiques*.

Nous laisserons de côté le *système nerveux* et l'influence qu'il subit de la part des modifications atmosphériques, parceque nous n'en avons pas besoin pour expliquer les

effets produits, et que cela nous entraînerait trop loin. Rappelons seulement que c'est lui qui préside à la vie organique.

Les *artères* contiennent le sang rouge chargé des éléments nutritifs qu'elles vont distribuer dans toutes les parties du corps.

Les *veines* s'abouchent aux artères au moment où celles-ci ont cédé aux molécules vivantes les éléments nutritifs et ne renferment plus qu'un liquide impropre à la nutrition. Elles transportent ce liquide dans le ventricule droit du cœur. Un peu avant d'y pénétrer, elles reçoivent, par un système particulier de vaisseaux, une partie des produits de la digestion qui s'est opérée sur les aliments introduits dans le tube digestif; ces produits, pour devenir aptes à la vie intime des tissus, ont à subir une dernière élaboration qui se fait dans le poumon. Du ventricule droit, les veines transportent le sang dans les poumons, au contact de l'air atmosphérique que l'acte de la respiration y a fait pénétrer. Là le sang veineux laisse s'échapper les éléments qui le rendaient impropre à la vie; ces éléments sont l'hydrogène et le carbone qui se dégagent sous forme d'eau et d'acide carbonique. En même temps il s'empare de l'oxygène et de l'azote de l'air atmosphérique. Ces phénomènes accomplis, le sang veineux redevient propre à la vie interstitielle et les produits de la digestion qu'il renferme ont subi leur dernière élaboration. Il est ramené dans le ventricule gauche du cœur et lancé de nouveau dans les artères.

Ainsi la nutrition se compose : du transport, dans toutes les parties du corps, du sang artériel chargé des éléments nutritifs; de l'assimilation de ces éléments; du rejet des résidus par les sécrétions; et du retour du sang veineux qui vient se revivifier au contact de l'air dans le poumon. Voilà ce qui se passe au sein d'une atmosphère normale, d'une atmosphère renfermant 0,21 d'oxygène et exempte d'humidité. Dans ces conditions toutes les fonctions organiques se font bien; le sang veineux est complétement transformé en sang artériel, les matériaux de la digestion qu'il

contient sont entièrement élaborés ; les tissus reçoivent, à l'aide des artères, des éléments nutritifs que nous appellerons normaux ; la vie intime s'y opère dans les meilleures conditions.

Examinons maintenant ce qui se passera au sein d'une atmosphère insuffisante ou froide et humide :

1° Air insuffisant ou incomplètement renouvelé.

Nous avons dit que les veines apportaient au contact de l'air dans le poumon, du sang chargé de principes qui doivent être éliminés et remplacés par des éléments nouveaux qui constituent l'air pur ; que le sang veineux était en même temps chargé d'une partie des produits de la digestion ntestinale qui doivent subir une dernière élaboration au contact de l'air. Au lieu de rencontrer cet air pur, c'est-à-dire suffisamment pourvu d'oxygène et d'azote, le sang veineux ne trouve plus qu'un air incomplet sous le rapport de la quantité de ces éléments ; le sang veineux est dès lors incomplétement reconstitué en sang artériel, les matériaux de la digestion incomplétement élaborés. Il se fait dans la circulation artérielle un retour de sang veineux qui commence à l'altérer. L'altération augmentera à chaque inspiration, et si cet état dure un certain temps, il arrivera un moment où le sang veineux passera presque tout entier dans les artères, et l'asphyxie en sera le résultat. Mais n'allons point jusque là. Dès l'instant où l'air s'est trouvé insuffisant, le sang veineux a ramené dans le sang artériel des matériaux impropres à la nutrition. Ce dernier les transportera dans les organes. Ceux-ci, par les voies nombreuses des sécrétions, chercheront à les rejeter au dehors ; mais si l'état de respiration insuffisante continue, la quantité des matériaux à éliminer, finira par dépasser celle dont peut normalement se débarrasser l'économie. Il résultera une surcharge pour cette économie.

A propos des faits que nous avons cités en commençant, nous avons constaté que toutes les fois qu'un individu se

trouve habituellement en contact avec une atmosphère insuffisante, son système lymphatique se développe. En rapprochant ces faits de ce qui se passe dans la nutrition interstitielle lorsque l'air est incomplètement renouvelé, nous en conclurons que ce sont les vaisseaux lymphatiques qui sont chargés des matériaux inutiles à éliminer. Par quelles voies l'économie se débarrasse-t-elle des matériaux inutiles ? par celle des sécrétions ; les vaisseaux lymphatiques seraient donc des organes de sécrétion.

Avant d'aller plus loin, étudions l'action de l'air froid et humide.

1° Air froid et humide.

Notons les faits suivants :

1° L'air atmosphérique est doué de la propriété de se charger d'une certaine quantité de vapeur d'eau ; cette quantité a une limite qu'on appelle *état de saturation*. Dès que l'air est saturé de vapeur d'eau, celle qui s'échappe de différents corps, se dépose à leur surface sous forme liquide.

2° Il se fait à travers la peau de l'homme une évaporation continuelle qu'on nomme transpiration insensible et qui prend le nom de sueur quand elle est assez considérable pour devenir visible. Cette transpiration insensible est composée de vapeur d'eau *entraînant des substances formées de résidus de la nutrition interstitielle.*

3° Il se fait également par les poumons une véritable transpiration dans laquelle la proportion de vapeur d'eau est considérable.

4° L'air peut contenir d'autant moins de vapeur d'eau que sa température est moins élevée.

A l'état normal, les deux transpirations ne peuvent se faire avec assez d'activité qu'au contact d'un air constamment renouvelé et contenant fort peu de vapeur d'eau. Elles sont d'autant plus considérables que l'air ambiant est plus sec et plus chaud. Nous savons tous qu'elles sont très difficiles au sein d'une atmosphère froide.

Or, supposons un individu dans un espace limité, au contact d'un air saturé d'humidité. Dans ce cas, les transpirations cutanée et pulmonaire se feront avec très peu d'activité: dès lors la peau et la muqueuse pulmonaire laisseront passer très peu de vapeur d'eau, *entraînant les résidus de la nutrition*. Que deviendront ces résidus? ils seront repris par l'économie qui cherchera d'autres voies d'élimination. Mais comme la peau et le poumon sont deux des plus vastes émonctoires, l'organisme, si les mêmes conditions atmosphériques persistent, ne parviendra pas à écouler assez vite par ces autres voies ce qu'il n'aura pu rejeter par le poumon et par la peau. De là, comme dans le cas de respiration insuffisante, une surcharge de matériaux inutiles.

Or, dans les faits que nous avons énumérés en commençant, nous avons constaté que dans tous les pays où l'atmosphère est chargée d'humidité, on voit se développer le système lymphatique. En rapprochant ces faits des phénomènes que nous venons d'étudier, nous conclurons que dans l'acte de la nutrition interstitielle, le système lymphatique a la propriété de se charger des matériaux inutiles. Il doit, par conséquent avoir celle de les expulser. Le moyen d'expulsion dont se sert l'organisme, est la sécrétion. Les vaisseaux lymphatiques seraient donc des organes de sécrétion.

Si nous voulions pousser plus loin l'étude des fonctions des vaisseaux lymphatiques, nous verrions que leur communication avec le torrent de la circulation veineuse, prouve qu'ils se chargent non seulement des matériaux inutiles rejetés par les sécrétions, mais encore des matériaux qui, n'ayant pu subir leur complète élaboration au contact de l'air, sont ramenés par cette voie dans le poumon.

Nous croyons inutile d'ajouter que le développement du système lymphatique, dans les conditions que nous venons d'analyser sera d'autant plus facile, d'autant plus rapide, que les individus auront déjà hérité d'une constitution lymphatique.

Deuxième série de faits. — Lorsqu'on soumet une partie enflammée au contact de l'air, son état s'aggrave.

Si on expose une partie du corps à l'influence d'un courant d'air froid, il survient au bout d'un temps variable une irritation de cette partie.

Au contact de l'oxygène pur, les plaies se ravivent avec énergie.

La cicatrisation des plaies est entravée par leur exposition à l'air froid.

On observe journellement que les individus atteints de coriza, de pharyngite, de bronchite, voient leurs souffrances augmenter par l'inspiration de l'air froid.

La respiration d'une atmosphère sèche et froide aggrave toujours la phthisie pulmonaire. Dans les pays froids où l'atmosphère est plus concentrée, la phthisie est plus fréquente.

Dans les contrées du Nord, à mesure qu'on s'élève au dessus du niveau de la mer et que l'atmosphère devient plus pure, la phthisie devient plus fréquente.

La phthisie est aussi très fréquente dans les pays humides et froids.

Dans la zône moyenne des montagnes, où l'atmosphère est plus pure qu'à la zône inférieure, et plus dense qu'à la zône supérieure, la phthisie est plus fréquente que dans les deux zônes extrêmes.

Les inflammations des muqueuses nasale, pharyngienne, bronchique, sont considérablement plus fréquentes en hiver que dans les autres saisons.

Les phthisiques du deuxième et du troisième degrés voient leur affection empirer sous l'influence d'une atmosphère sèche et chaude.

Dans un autre ordre de faits, on a constaté qu'en faisant respirer une atmosphère raréfiée par la chaleur et mitigée par la présence d'un gaz ou d'une vapeur, aux phthisiques et à ceux atteints de coryza, de pharyngite, de bronchite, on atténue considérablement leurs souffrances.

L'air très mitigé des étables amène le même résultat.

Dans les pays chauds et humides, où l'atmosphère est raréfiée et mitigée par la vapeur d'eau, la phthisie est à peu près inconnue ; on y remarque cependant beaucoup de lymphatiques.

Les plaies sous-cutanées se réunissent très facilement par première intention.

Dans les mines, où l'atmosphère contient seulement 0,17 d'oxygène, les ouvriers deviennent presque tous lymphatiques ; mais la phthisie y est infiniment rare.

Sur les hautes montagnes, au-delà de 1500 mètres au-dessus du niveau de la mer, où l'atmosphère est très raréfiée, la phthisie est inconnue.

Au bas de ces montagnes où l'air est plus ou moins mitigé par de la vapeur d'eau, la phthisie est bien moins fréquente que dans la zône moyenne où l'atmosphère est plus pure.

Dans les pays marécageux, où l'atmosphère est mitigée par la présence des miasmes et de l'humidité, il y a beaucoup de lymphatiques, mais la phthisie y est très rare.

De ces deux ordres de faits, il résulte que l'oxygène pur exerce une action irritante sur nos tissus ;

Que l'atmosphère froide et normale, c'est-à-dire contenant 0,21 d'oxygène, favorise le développement de l'inflammation des muqueuses qui sont directement en contact avec elle ; qu'elle favorise aussi la phthisie pulmonaire.

Que l'inflammation du poumon ne survient pas quand les individus respirent une atmosphère chaude et humide, une atmosphère raréfiée et mitigée.

DÉVELOPPEMENT DE LA PHTHISIE.

Avec le secours des faits que nous avons cités, aidé de l'étude des phénomènes qui se passent dans la nutrition interstitielle lorsque les individus vivent habituellement dans une atmosphère froide et humide, ou incomplète sous le rapport de la quantité de ses éléments constitutifs, il nous sera facile de suivre le développement de la phthisie pulmonaire.

Prenons pour exemple un individu habitant, soit un logement froid et humide, soit un logement où l'air est incomplètement renouvelé, soit un logement à la fois froid, humide et mal aéré. Dès le premier moment, les phénomènes que nous avons analysés commenceront à se montrer; la respiration se faisant mal, la nutrition étant altérée, les sécrétions devenant insuffisantes, le système lymphatique prendra du développement. Si l'individu demeure constamment dans son logement, ces résultats prendront rapidement de l'extension, et nous aurons bientôt à constater un étiolement plus ou moins complet. Mais il est très rare que cet individu reste constamment dans son habitation; il vaque, pendant le jour, à ses affaires, et le grand air et l'exercice activant la respiration, les fonctions de la peau, toutes les sécrétions en général, corrigent plus ou moins l'effet produit sur les lymphatiques par le séjour de l'habitation insalubre. Mais hélas ! cela ne suffit pas le plus souvent; car le temps passé dans le logement malsain dépasse presque toujours celui dépensé à l'air libre. Delà l'engorgement *lent, mais progressif* des vaisseaux et de ganglions lymphatiques, engorgement d'autant plus facile, d'autant plus rapide que l'individu aura déjà hérité d'une constitution lymphatique.

Si maintenant, nous faisons vivre cet individu dans un pays froid, où l'atmosphère est condensée et contient son maximum d'oxygène, l'inspiration habituelle de cette atmosphère froide et très oxygénée viendra continuellement porter l'excitation sur ces vaisseaux lymphatiques surchargés de matériaux inutiles. Les vaisseaux lymphatiques du poumon, qui sont très multipliés dans cet organe, seront, eux surtout, sans cesse sous le coup de cette excitation; ils se congestionneront peu à peu. Viennent un ou plusieurs refroidissements, si fréquents dans les pays froids, et nous verrons survenir un état inflammatoire dont le résultat sera le dépôt dans le poumon du contenu des vaisseaux lymphatiques. Nous savons que ce contenu est formé par le résidu de la nutrition des *divers organes*; il devra, pour cette raison, être

sans analogue dans l'économie. — On lui a donné le nom de *tubercule.* Ce tubercule formera corps étranger dans le poumon, et, après un temps variable, l'économie cherchera à s'en débarrasser comme elle le fait pour tous les corps étrangers déposés dans son sein. Or, nous connaissons tous le travail inflammatoire qui s'opère quand la nature veut se débarrasser d'un corps étranger ; nous savons aussi combien le contact de l'air pur ou oxygéné aggrave l'état des surfaces enflammées. Tous ces phénomènes se passent dans le poumon tuberculeux et suffisent pour expliquer tous les symptômes de la phthisie pulmonaire.

Si au contraire, l'individu habite un pays chaud et humide, il n'aura point à redouter l'excitation continuelle produite par un air froid et oxygéné; l'atmosphère qu'il respirera étant rarefiée par la chaleur et par la vapeur d'eau, ou les miasmes, es vaisseaux lymphatiques ne seront point sans cesse excités comme dans le cas que nous venons de citer. Ces vaisseaux se développeront, à la vérité, mais ne se congestionneront pas; ils ne s'enflammeront pas; ils ne laisseront point échapper leur contenu; ils ne fourniront point de tubercules.

Si l'individu, dans ces conditions, abandonne le pays chaud et humide pour venir se fixer dans le nord, au contact de l'air froid, le dépôt de tubercules commencera, car l'individu rentrera dans les conditions du premier cas.

C'est ainsi que nous expliquons la formation de la phthisie pulmonaire, en nous basant sur la *connaissance des faits, sur l'action de l'air non renouvelé, de l air froid et humide dans la nutrition interstitielle et sur l'action de l'oxygène sur nos tissus.*

Nous ajouterons que tout ce qui peut apporter un *trouble dans la nutrition interstitielle,* tels que la mauvaise alimentation, les excès de tous genres, les fortes peines morales, agissent sur notre économie, de la même manière que l'air non renouvelé et que l'air froid et humide; mais dans ces cas, la phthisie ne peut se développer que dans les conditions atmosphériques dont nous avons parlé.

Si nous voulons nous résumer en quelques mots, nous dirons : le système lymphatique se développe sous l'influence de l'air non renouvelé, de l'air froid et humide, et dans tous les cas où la nutrition interstitielle est troublée ou altérée. Dans ces conditions, si les individus vivent dans une atmosphère froide, c'est-à-dire très oxygénée, la phthisie pourra parfaitement se développer; s'ils vivent dans un pays chaud et humide, ou au milieu d'une atmosphère mitigée par la présence de miasmes, de gaz ou de vapeur, ils seront presque sûrement à l'abri de cette affection.

Cette théorie de la phthisie pulmonaire fondée sur l'étude des actes de la nutrition interstitielle, au milieu de telle ou telle condition atmosphérique et sur l'action de l'oxygène de l'air sur nos tissus, nous permet d'expliquer pourquoi cette affection est plus fréquente dans telle ou telle contrée, presque inconnue dans telle ou telle autre; explications qui nous paraissent trop évidentes pour que nous les énumérions ici.

CONSÉQUENCES THÉRAPEUTIQUES.

La phthisie pulmonaire est difficile et longue à guérir; mais elle n'est point au-dessus des ressources de l'art, ainsi que nous allons le démontrer tout à l'heure.

Elle est difficile et longue à guérir : en effet, il ne suffira point de faire disparaître les tubercules, ni de cicatriser les cavernes, de nouveaux tubercules pouvant être formés et donner lieu, par leur fonte, à des cavernes nouvelles.

Il ne suffira pas non plus de soustraire le phthisique aux causes qui ont fait naître la maladie, car ces causes ayant agi pendant de longues années, auront produit dans les lymphatiques des modifications telles qu'il sera impossible de ramener en peu de temps ces organes à l'état normal. C'est à ce dernier but que devront tendre surtout les efforts du praticien.

Ainsi donc, cicatriser les cavernes, soustraire le malade aux causes de la phthisie et redonner au système lymphati-

que ses dimensions normales, en rapport avec es fonctions de la nutrition interstitielle propre à chaque constitution en particulier, tel est le triple problème que le médecin a à résoudre quand il veut guérir un phthisique.

A. Cicatriser les cavernes. — Nous ne dirons rien de la cicatrisation des cavernes, pour laquelle ont été administrés les neuf dixièmes des médicaments de tous temps mis en usage dans le traitement de la phthisie, convaincu que *l'emploi méthodique* des deux autres moyens aboutira non seulement à la cicatrisation des cavernes, mais encore à la guérison complète de l'affection dans tout le système lymphatique.

B. Soustraire le malade aux causes de la phthisie.—C'est une question fort délicate et sur laquelle on ne s'est point arrêté assez, selon nous.

De quelle manière doit-on soustraire les malades aux causes de la phthisie ? Faut-il les envoyer tous dans les pays chauds et secs ? Faut-il leur faire respirer à tous un air parfaitement pur, c'est-à-dire suffisamment pourvu d'oxygène et d'azote ? Si nous avons bien compris l'étude des faits et des phénomènes que nous avons analysés, nous pouvons répondre également non ! pour les deux questions. Voici ce qui ressort de cette étude rationnelle.

1° *Phthisie non confirmée.* — Dans les cas où il n'y a point encore de dépôt de matière tuberculeuse dans les poumons, mais où on soupçonne qu'il pourra s'en former, à cause du grand développement des vaisseaux lymphatiques, l'habitation d'un pays chaud, sec et bien aéré, ne peut être qu'éminemment favorable. L'atmosphère de ce pays activera, en effet, toutes les sécrétions, surtout celles de la peau. Sous son influence, le système lymphatique, aidé par l'acte de la respiration qui se fera régulièrement, se débarrassera peu à peu de tous les matériaux inutiles dont il s'était plus ou moins gorgé dans des conditions contraires.

Si l'individu se détermine à résider définitivement dans ce pays, il se mettra sûrement à l'abri de la terrible affection

dont le germe s'est développé en lui. S'il n'y demeure que peu de temps, il éprouvera un bien momentané qui durera plus ou moins, suivant une foule de circonstances qu'il serait trop long d'énumérer.

2° *Phthisie confirmée.* — Dans le cas où il y a dépôt de matière tuberculeuse dans les poumons, le séjour dans un pays chaud, sec et bien aéré est-il favorable ? Nous verrons tout-à-l'heure s'il est nécessaire. Ici les opinions des praticiens varient, sous le rapport seulement de l'époque où l'on peut y envoyer le malade. Presque tous considèrent ce séjour comme favorable pendant la première période, quelques-uns pendant la seconde; tous le croient nuisible pendant la troisième.

Quelle est la cause de ce rejet pendant les deux dernières périodes ? Elle réside dans l'action de l'air pur, c'est-à-dire, très-oxygéné, sur des surfaces déjà enflammées. Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit, mais nous constaterons de nouveau l'aggravation des symptômes chez les phthisiques respirant une atmosphère trop parfaitement pure. La vieille expression employée à leur égard : *l'air brûle leurs poumons*, peint assez pittoresquement ce qui se passe dans ce cas là.

Ajoutons que dans les pays méridionaux la chaleur de la température, en activant la circulation, vient ajouter à l'action de l'oxygène de l'air.

Dans la seconde et dans la troisième période de la phthisie pulmonaire, il faudra donc s'abstenir de prescrire aux malades l'habitation dans les pays chauds, ou, si on les y envoie, on devra leur faire respirer *une atmosphère mitigée*, autrement dit, une atmosphère dans laquelle l'action de l'oxygène sera tempérée par la présence d'un gaz ou d'une vapeur. A cette condition seule, on devra y tolérer leur séjour.

L'hygiène veut qu'on leur ordonne de rester dans un pays à température moyenne, où on les soumettra, *d'une manière continue*, à l'inspiration d'une atmosphère mitigée.

Quant aux phthisiques du premier degré, comme il est

souvent très difficile de tracer une ligne de démarcation entre la première et la seconde période, et que, du reste, ils ont à redouter sans cesse l'action de l'oxygène de l'air pur et froid, ils devront se soumettre comme les autres à l'atmosphère mitigée.

Conclusion. — Nous conclurons que le séjour dans un pays chaud, sec et bien aéré, est rigoureusement nécessaire dans le cas où la phthisie n'est point confirmée, mais où elle est à craindre ;

Qu'elle n'est point d'une nécessité absolue dans la première période ;

Qu'il devient nuisible dans la deuxième et dans la troisième; que tous les phthisiques doivent y soumettre l'acte de leur respiration à une modification particulière.

C. Ramener le système lymphatique à son état normal. — Nous avons dit qu'il ne suffisait pas, pour guérir la phthisie, de soustraire le malade aux causes qui avaient engendré la maladie, parce que ces dernières avaient laissé des traces profondes dans les vaisseaux lymphatiques. Pour que la guérison soit complète, il est nécessaire que ces organes reprennent l'état normal. Le seul moyen, selon nous, d'arriver à ce but sera d'*activer le plus possible les fonctions de ces organes*. Nous avons vu que les sécrétions étaient une de leurs propriétés; une des sécrétions les plus considérables est celle qui se fait par la peau; c'est donc aux moyens qui stimulent le plus les fonctions de la peau qu'il faudra avoir recours.

Nous le disons avec une entière conviction : c'est une arme puissante dans la phthisie non confirmée et dans la phthisie confirmée.

A ce propos, rappelons qu'il y a plusieurs manières de réveiller les fonctions de la peau, on y parvient :

1° *Par la chaleur*. Celle-ci s'emploie *extérieurement* en entourant le corps d'une vapeur à température plus ou moins élevée, ou *intérieurement*, à l'aide de l'absorption par l'estomac de liquides plus ou moins chauds.

2° *Par l'exercice, le massage*, etc.

3° *Par des substances* qui, introduites dans l'estomac, ont, quoiqu'administrées à une basse température, une action spéciale sur les sécrétions de la peau qu'elles activent d'une manière remarquable.

Hâtons-nous de dire que c'est à l'emploi de ces substances que le praticien doit s'attacher. Des expériences, souvent répétées, nous ont convaincus que la chaleur administrée soit extérieurement sous forme de vapeurs soit intérieurement à l'aide d'infusions chaudes, produit une sueur qui peut être plus ou moins abondante, mais qui entrave relativement peu de ces matériaux inutiles qu'il est nécessaire d'éliminer, tandis que la sueur obtenue par l'administration des substances en question est très riche en résidus. Le choix n'est donc pas douteux.

Ajoutons que la sueur que procure l'exercice se trouve dans le même cas que celle provoquée par les substances dont nous venons de parler.

TRAITEMENT.

1° Dans la *phthisie non confirmée*, c'est-à-dire dans les cas où il n'y a pas encore de tubercules, mais où on soupçonne qu'il s'en formera, nous conseillerons, après l'exposé que nous venons de faire :

A. L'habitation d'un pays chaud, sec et bien aéré.

B. L'exercice journalier, *en plein air*, et pratiqué de manière à *amener la transpiration cutanée*.

C. L'emploi de médicaments internes, capables de produire d'abondantes sécrétions à la surface de la peau.

2° Quant à la *phthisie confirmée*, celle où il y a dépôt de tubercules dans les poumons, nous diviserons son traitement en deux parties, celui de la première période et celui de la deuxième et de la troisième périodes.

Première période. — Nous conseillerons :

A. L'habitation d'un pays dont la température sera modérée.

B. L'emploi des substances dont nous venons de parler.

C. Nous prohiberons l'exercice en plein air ; nous ferons au contraire, vivre l'individu dans une *atmosphère mitigée* à l'aide de vapeurs particulières ; atmosphère dont nous le priverons le moins possible, redoutant sans cesse de voir le poumon s'enflammer sous l'influence de l'oxygène de l'air pur.

Deuxième et troisième périodes. — C'est surtout à ces dégrés de la maladie qu'il faut redouter l'introduction dans le poumon de l'atmosphère trop pure, trop chaude ou trop froide, toutes conditions qui ne peuvent qu'aggraver, d'une manière toute différente, l'inflammation existante au sein des organes respiratoires.

Dans ces deux cas, nous ne craignons pas de dire qu'il est *d'absolue nécessité de séquestrer les malades dans une atmosphère mitigée*, à des degrés divers, suivant l'état du poumon; atmosphère que l'on devra modifier à mesure de la guérison qui ne peut être que *lente et progressive.*

L'exercice modéré, variant aussi avec les forces du malade, et *surtout l'usage des substances propres à activer les fonctions de la peau,* sont des moyens qui doivent marcher de pair avec l'atmosphère mitigée.

C'est par *l'emploi méthodique* de ces *trois moyens énergiques* qu'on arrivera *pas à pas* à la guérison d'une des maladies qui causent les plus terribles ravages.

M. le docteur Tampier fait suivre l'intéressante étude qu'on vient de lire du plan descriptif d'un établissement ou maison de santé dans laquelle tout serait disposé pour le traitement rationnel qu'il a conçu en faveur des poitrinaires. Quant à nous, la condition d'une atmosphère mitigée sans doute sous le rapport de l'oxygène, comme milieu propice pour les maladies de cette catégorie, nous semble donner aux idées de l'auteur le mérite d'une observation médicale pleine de vérité, et nous nous félicitons personnellement d'y trouver un appui honorable à la théorie de la *Diète respiratoire* que nous avons proposée.

Dr. SALES-GIRONS.

DE LA NATURE ET DU TRAITEMENT

DE LA SCROPHULE

PAR M. LE DOCTEUR AUGUSTE **Dumoulin**,
Médecin Inspecteur des Eaux de Salins.

PROPOSITIONS GÉNÉRALES.

I. — La scrophule est une unité pathologique, une maladie; car elle a ses manifestations, c'est-à-dire ses symptômes; elle a ses lésions, elle a une marche qui lui est particulière.

II. — La scrophule se présente sous trois formes : la forme *bénigne*, la forme *commune* et la forme *grave*.

III. — La scrophule atteint l'enfance, l'âge mûr et la vieillesse (1). Ces trois périodes de la vie sont, pour la maladie, l'occasion de se présenter sous des aspects un peu différents : de là, des variétés.

IV. — La scrophule est *une* : rien de plus important, en nosologie comme en art médical, de distinguer la maladie et l'affection.

V. — Les affections de la scrophule sont très nombreuses : par conséquent, les lésions y sont très variées et très répandues.

VI. — Ces derniers caractères de la maladie sont précisément ceux qui servent le mieux à lui assigner un rang et à la rapprocher de la syphilis, de la dartre et de la goutte. C'est le groupe des maladies constitutionnelles.

VII. — Ce que des auteurs ont décrit sous le nom de prédisposition à la scrophule n'est autre que la *scrophule elle-même*. Les caractères de cette prédisposition ne sont autre chose que la manifestation du mal *héréditaire*.

VIII. — Comme toutes les maladies, et le fait se prouve

(1) En 1854, j'ai appelé l'attention sur plusieurs affections des vieillards que j'ai dû rattacher à la scrophule. « *Considérations sur* « *quelques* affections scrophuleuses observées chez les vieillards, par « le docteur Auguste Dumoulin. In-8°, chez G. Ballière. »

mieux cliniquement pour les maladies constitutionnelles que pour les autres, la *scrophule* ne se développe que sous l'influence de *causes occasionnelles*.

IX. — L'hérédité est une cause occasionnelle, en ce sens que la maladie communiquée au produit, ne l'est que du fait des parents et non du fait du produit lui même.

X. — La scrophule n'est pas le résultat de la transformation de la maladie, de la syphilis par exemple. En fait d'hérédité, les parents ne peuvent vicier le germe que de la maladie dont ils sont atteints : la syphilis ou la scrophule peuvent être en eux ou chez l'un d'eux. Le produit pourra être entaché de syphilis ou de scrophule, mais non d'un mal bâtard développé en dehors de toutes les lois de l'étiologie.

XI. — Ce qu'on doit admettre, parce que la clinique le démontre, c'est que le produit, né de parents, atteints d'une maladie constitutionnelle, avancée dans son évolution, comme la dartre ou la syphilis, aura d'une manière très prononcée tous les attributs du *tempérament lymphatique*. Pour ce produit, les causes occasionnelles de la scrophule qu'il rencontrera au contact du monde extérieur seront plus nombreuses et plus efficaces.

XII. — La scrophule est donc *héréditaire* ou *acquise;* mais, dans l'un et l'autre cas, elle est le résultat de causes occasionnelles.

XIII. — La scrophule est un tout composé d'affections et de lésions très diverses. Il faut, dans l'examen des lésions et dans la description symptômatique des affections, remonter à la source dont dépendent les unes et les autres, la *scrophule*.

XIV. — Il faut, en séméiotique, distinguer les affections qui sont communes à plusieurs maladies; ainsi, les affections de la peau dans la dartre, dans la syphilis, dans la scrophule. Il faut établir les signes qui les différencient les unes des autres.

XV. — Le traitement de la scrophule est *général* et *local* : *traitement de l'unité morbide, traitement de* ses manifestations, de *ses affections*.

Il y a encore un traitement auxiliaire ou adjuvant, sur le-

quel j'ai beaucoup insisté dans mon mémoire précédemment cité, sur les affections scrophuleuses des vieillards. Il s'agit surtout de combattre l'inflammation qui devient une complication et entretient souvent des affections développées sous l'influence de la scrophule.

Avant de décrire le traitement de la scrophule et de ses affections, il faut connaître ce qui a été fait sur ce sujet. Il faut même, avant de présenter cet historique, donner quelques considérations sur cette partie de l'art médical. Ce travail est divisé en trois chapitres : dans le premier, quelques considérations générales sur le traitement de la maladie scrophuleuse; dans le second, un aperçu sur les divers moyens employés successivement contre cette maladie; c'est la partie historique. Dans le troisième enfin se présente le traitement de la scrophule, d'abord le traitement général, puis le traitement de chacune des affections de cette maladie constitutionnelle. Je terminerai par quelques considérations sur ce que j'appelle le traitement auxiliaire ou adjuvant : c'est le traitement des complications de la scrophule, ou plutôt d'un phénomène pathologique, l'*inflammation*, qui appartient à un grand nombre de maladies, et qui, bien qu'un traitement général et traditionnel en quelque sorte, lui soit généralement applicable, présente dans chacune d'elles des indications particulières.

CHAPITRE PREMIER.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LE TRAITEMENT DE LA SCROPHULE.

Avant de songer au traitement d'une maladie, il faut savoir à quoi l'on a affaire, il faut connaître la nature de cette maladie. Cette recherche de la nature d'une maladie soulève une foule de questions qui ont été résolues diversement suivant les systèmes philosophiques qui ont dirigé la science médicale; voudrait-on m'arrêter dès le début, et me reprocher de prendre la chose de bien haut, me dire qu'il ne s'agit ici

que de pratique médicale et qu'il n'est pas besoin de remonter si loin. Il est une habitude déplorable, plus sensible peut-être à notre époque qu'à toute autre, celle de laisser dans l'oubli les études de philosophie et de littérature médicales. Il y a heureusement de glorieuses exceptions ; mais enfin il est vrai de dire que la foule, ignorante, et sans doute pour cette raison, jugeant des choses et des hommes qu'elle ne connaît pas, croit avoir fait quelque chose d'éminemment utile en rappelant à la pratique de l'art les hommes laborieux qui estiment qu'avant de faire de la pratique, il faut savoir comment procèdent les connaissances humaines, qu'il faut avoir des convictions. Les médecins doivent, autant qu'il est en leur pouvoir, combattre des jugements de cette sorte. Ils y réussiront en se plaçant à une hauteur telle que les propos verbeux d'une foule ignorante ne puissent les atteindre. Qu'ils fassent de l'art après avoir fait et en faisant beaucoup de science. Dès lors, l'exercice de la médecine ne sera plus un métier, ce sera un sacerdoce.

Il ne faut jamais l'oublier : l'art suppose la science. Là où il n'y a pas eu matière de science médicale, des idées très arrêtées, il n'y a qu'un art incertain, souvent dangereux. Cette science doit s'éclairer aux trois flambeaux de la certitude philosophique : l'évidence, le témoignage des hommes, c'est-à-dire la tradition, et enfin la relation des sens.

A plus forte raison, là où il n'y a encore eu science, il n'y a rien comme corollaire ; il n'y a qu'un stupide commérage ou des routines aveugles.

Ainsi pour n'y plus revenir, et sans vouloir autrement nous en occuper, laissons pour ce qu'il vaut un reproche né de l'ignorance et de cette manie de juger les choses dont on n'a aucune notion.

Quand il s'agit d'instituer le traitement d'une maladie, voici comment il faut procéder : Il faut autant que possible avoir une idée nette de la nature de cette maladie. Les auteurs qui ont écrit sur la scrophule n'ont pas fait autrement, et les traitements qu'ils ont préconisés n'ont été que le résultat de leur sentiment sur la nature de cette maladie.

L'humorisme et le solidisme se sont tour à tour partagé les suffrages à ce sujet. De nos jours même le premier a paru renaître. M le professeur Bouillaud, dans son Traité de nosographie médicale, tome V, page 96, s'exprime ainsi : « Il y a dans la constitution scrophuleuse une altération intime, chimique du liquide si compliquée, qu'il faudrait à toute l'économie les matériaux de son développement et de sa nutrition, du sang, en un mot sans altération primitive, fondamentale et réellement spéciale. » Maintenant en quoi consiste cette altération ? Si nous suivons M. Bouillaud, nous pourrons voir qu'un peu plus loin, il ne sait trop quelle en est la nature; il réclame même de nouvelles recherches ; il le dit en propres termes : « Il serait à souhaiter que de nouvelles recherches, faites avec tout le soin nécessaire, nous apprissent ce qu'il faut décidément penser de la doctrine d'après laquelle un excès d'acide (phosphorique ou autre) existe soit dans les humeurs, et notamment dans le sang des scrofuleux ; il est une particularité qui porte soit à croire que cette doctrine n'est pas dénuée de toute probabilité, *je veux dire la présence d'une quantité notable de sucre* chez un assez grand nombre de sujets considérés comme scrofuleux. Cette *particularité ne serait, toutefois, favorable* à la doctrine dont il s'agit que si, comme quelques auteurs l'enseignent aujourd'hui, l'excès d'acidité du sang constitue la véritable cause de la présence du sucre dans les urines. »

Cet humorisme contemporain est de fait aussi hypothétique que celui des anciens auteurs et l'on n'est guère plus avancé qu'au dernier siècle. Les solidistes n'ont pas mieux fait de leur côté. Depuis Van-Helmont surtout qui travailla avec tant d'ardeur à détruire la médecine presque personnifiée en Galien, les solidistes repoussèrent comme hypothèses ridicules les altérations des humeurs, et voulurent leur substituer quelque chose qui leur parût plus rigoureux et plus vrai. Matérialistes avant tout, comme les humoristes dont ils critiquaient les doctrines, ils cherchèrent dans l'altération des solides la cause de la scrophule, j'entends la cause continente.

Ainsi *Sœmmering* l'attribua *au relâchement et à la dilatation passive des vaisseaux absorbants.*

Cabanis imagina que les *bouches absorbantes ont acquis chez les scrophuleux un surcroît d'activité, tandis que les ganglions et les vaisseaux lymphatiques sont dans l'atonie.*

Richerand fit de la scrophule une *exagération du tempérament lymphatique avec faiblesse du système.*

Broussais, l'audacieux réformateur qui se fit en médecine l'esclave de sa triste et désolante philosophie, trouva plus commode de simplifier davantage, et, pour lui comme pour tant d'autres assez crédules pour donner raison à la parole du maître contre l'observation des faits, la scrophule ne fut plus qu'une *irritation des vaisseaux blancs.*

Pour *M. Lepelletier de la Sarthe*, les scrophules ne sont *qu'une disposition particulière de tous les solides organiques, disposition qui dépend constamment d'une altération notable dans la nutrition; d'où résulte naturellement un défaut d'élaboration vitale, d'animalisation, un véritable étiolement de tous les tissus organiques.*

Ce ne sont pas les opinions qui font défaut, tant par leur nombre que par leur diversité. Toutefois cette diversité est plus apparente que réelle. En effet, un même système philosophique, le sensualisme, ce système qui enseigne qu'il ne faut s'occuper que de la matière, que celle-ci seule est du domaine de l'expérience; que la science se réduit aux notions de sensation *sentire est scire*, un même système philosophique, dis-je, dirige toutes ces opinions sur la cause continente de la scrophule. En admettant même que celles-ci eussent quelque fondement, ce qui est loin d'être prouvé, les auteurs auraient toujours commis l'erreur de prendre des lésions pour des maladies, ici des altérations des liquides, là des altérations des solides. C'est prendre la partie pour le tout.

Il en est résulté dans la thérapeutique de la scrophule des données en rapport avec ces idées sur la *nature intime* de cette maladie. Ici, l'on a employé les évacuants, là les désobstruants. Etrange besoin de vouloir chercher, pour les maladies

leur nature intime, pour les médicaments leur manière d'agir.

Il y a longtemps que je me suis élevé contre ces prétentions.

En 1843, dans le Répertoire des études médicales, 3e livraison, pathologie chirurgicale, page 3, je démontrais qu'on ne pouvait faire résider la nature intime des maladies, ici dans la cause, là dans la lésion ; autrement dit, que ni la cause, ni la lésion ne renferment la maladie.

» Ce n'est pas seulement d'après leurs causes, disais-je, qu'on peut grouper les maladies; car l'étiologie est par elle-même très restreinte, rétrécie naturellement aux bornes de l'esprit humain, si faible dès qu'il veut s'appliquer à donner la raison d'être des choses de la création.

« Ce n'est pas seulement d'après leurs symptômes, car ceux-ci ne constituent qu'un élément ; ils ne sont, si je puis m'exprimer ainsi, qu'une partie dans la physionomie des maladies.

« Ce serait un arrangement systématique et artificiel dont Sauvages, d'ailleurs, Cullen nous ont donné l'exemple et que l'on ne saurait plus imiter. Ce n'est pas seulement d'après leur nature, car ce n'est que confusion et désordre, c'est prendre la partie pour le tout, l'effet pour la cause, c'est la négation complète du mot si ancien et traditionnel, la maladie.

« Ce qu'il me paraît convenable de faire, c'est de reconnaître *un certain nombre d'espèces morbides ou unités pathologiques, à existence propre, ne pouvant se réduire les unes dans les autres, autour desquelles viennent se grouper diverses affections, parties plus ou moins nombreuses, pour chacune d'elles, d'un tout qu'on nomme la maladie.* »

Ainsi donc, plus de recherche de la nature intime de la scrophule, plus de ces hypothèses soutenues, ici par l'humorisme, là par le solidisme. Il faut se contenter d'observer la scrophule dans ses éléments, cause, symptômes, lésions, et l'on arrivera à une connaissance bien plus complète de sa nature, je veux dire de sa nature pathologique. En la comparant aux maladies qui lui ressemblent, en lui cherchant ainsi

des analogues, on arrive à la classer dans le cadre nosologique. Ce n'est plus seulement une altération des vaisseaux blancs, du sang ou des humeurs à laquelle on donne un rang, c'est une la maladie entière, à ce tout tout qu'on appelle la scrophule.

L'observation remplace alors l'hypothèse.

J'ai dit que pour instituer le traitement d'une maladie, et surtout d'une maladie de l'importance de la scrophule, il faut en connaître la nature pathologique.

Je me résume en disant que je range la scrophule parmi les maladies constitutionnelles, à côté de la syphilis, de la dartre, de la lèpre, de la goutte et du scorbut, maladies caractérisées par la diversité de siège et la diversité des produits morbides.

Mais il est absurde de rechercher la nature intime, la cause essentielle des maladies, toute investigation sur les moyens à l'aide desquels le médicament agit contre la maladie n'est pas moins ridicule. Nous ne savons comment s'y prend le sulfate de quinine pour guérir la fièvre intermittente, et j'avoue, pour ma part, être fort peu désireux de le chercher. Ce qui m'importe avant tout, c'est de connaître l'heureuse influence de ce médicament contre la fièvre intermittente. Je sais parfaitement que peu d'instants après l'introduction du sulfate de quinine dans l'économie, l'on observe un certain phénomène, le retrait de la rate; mais encore faut-il que celle-ci soit volumineuse, et enfin, je ne saurais admettre, que la fièvre intermittente soit le résultat de l'hypertrophie de la rate et par suite que le médicament qui détermine le retrait de cet organe guérisse, pour cette raison, la fièvre intermittente. La proposition contraire est vraie : l'hypertrophie de la rate est incontestablement liée à la fièvre intermittente. On l'observe quand cette maladie dure depuis quelque temps ou quand elle est reproduite à plusieurs reprises.

(*La suite au prochain cahier*).

Correspondance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRIEUX, DE BRIOUDE.

Monsieur et très honoré confrère,

Je suis sensible à l'intérêt que vous voulez bien prendre à ma méthode de la Diète respiratoire dans le traitement des maladies de poitrine.

Les questions importantes que vous avez déjà touchées dans les articles de votre savant journal me feraient un devoir d'intervenir dans quelques-unes; mais le temps me fait défaut à cette époque de l'année, où l'Inspection médicale des Eaux de Pierrefonds-les-Bains m'appelle. Je m'en remets à votre compétence dans l'espèce pour développer, si vous le jugez bon, les propositions sommaires dans lesquelles un rédacteur de la *Revue médicale* vient de résumer ma méthode.

Plus tard, si vous le désirez, je regarderai comme un honneur de les développer moi-même dans votre utile publication.

Agréez, etc. Dr SALES-GIRONS.

La Diète de la respiration est une méthode nouvelle, formulée par M. le docteur Sales-Girons, et que l'Académie de médecine vient d'accueillir comme le complément le plus rationnel de la thérapeutique des maladies de poitrine. (*Voir* le Rapport de M. le Professeur Bouillaud, séance du 2 janvier 1861).

Disons d'abord l'usage pratique de la Diète respiratoire, nous en dirons ensuite la théorie scientifique.

Théorie physiologique de la Diète respiratoire; sa destination.

§ I.—La théorie nouvelle d'une Diète respiratoire, que M. le docteur Sales-Girons vient de présenter à l'Académie de médecine de Paris, et que M. le Professeur Bouillaud, rapporteur de la Commission d'examen, a qualifiée d'idée heureuse, a pour but de servir dans le traitement des affections de poitrine.

Le mot *Diète* en général implique en médecine la double condition de pouvoir modifier les aliments en *quantité* et en *qualités*.

Dans la Diète respiratoire l'aliment est l'air atmosphérique, et dans cet air l'agent principal est sans contredit l'oxygène, qui y entre dans la proportion de 21 pour cent, en chiffres ronds (20,8 oxygène, 79,2 azote).

L'air, et nommément son oxygène, est reconnu aujourd'hui par la science comme la cause d'entretien, d'irritation et d'exaspération des lésions exposées à son contact permanent ou réitéré.

Or, de toutes les lésions de surfaces, celles qui affectent pour siége la muqueuse respiratoire, depuis le pharynx jusqu'aux derniers rameaux des bronches, sont les plus exposées à ce contact. Ainsi le va-et vient de la respiration doit produire sur elles l'effet double d'un soufflet, qui y renouvelle cette impression plus de trente fois par minute, près de cinquante mille fois par jour.

Comme la respiration ne peut pas plus être suspendue que la vie dont on l'a faite synonime, ce n'est pas à la fonction qu'il faut s'adresser pour modifier cette impression, mais bien à l'air atmosphérique, en atténuant ses effets nuisibles sur les lésions. Ainsi, le va-et vient serait aussi fréquent, mais l'oxygène serait modifiée en quantité et dans ses qualités phlogistiques.

Tel est le but et le fait de la Diète respiratoire; en voici le procédé.

Moyen de diminuer l'oxygène de l'air en quantité.

§ II. — Concernant la modification en quantité, les moyens sont nombreux, mais le plus naturel et le plus aisé est la dilatation du volume de l'air par l'échauffement. A volume égal, en effet, l'air chaud doit contenir moins d'oxygène que l'air froid. Voici le calcul approximatif:

1,074 litres d'air à la température de 20 degrés se réduisent à 1,000 litres d'air à zéro.

Donc 1,074 litres d'air respiré à 20 degrés ne fournissent pas plus d'oxygène à la respiration que 1,000 litres à zéro de température.

Or, l'adulte respirant 12,000 litres d'air dans les 24 heures, s'il les respire à 20 degrés, il aura en réalité respiré 12 fois 74 ou 888 litres de moins d'air que celui qui les aura respirés à zéro.

Mais 888 litres contiennent 21 pour cent d'oxygène, soit environ 177 litres.

Donc enfin l'adulte respire dans les 24 heures litres 177 d'oxygène de moins s'il respire l'air à 20 degrés que s'il le respirait à zéro.

C'est peu; il ne faut pas que ce soit beaucoup; c'est suffisant. Réduire l'oxygène d'un douzième, en passant de zéro à 20 degrés de température, représente peut-être plus que la différence de climat

entre Paris et Nice. Les médications continues comme la respiration ne doivent procéder qu'à très petites doses. De zéro à trente degrés l'air perdrait plus d'un dixième de sa quantité d'oxygène pour la respiration.

Le repos et la nourriture modérés sont encore des moyens plus puissants de Diète respiratoire; mais la dilatation de l'air suffit, et ceux-ci ne sont cités qu'à titres de moyens au besoin. Ainsi l'immortel Lavoisier a calculé :

1° Qu'un homme, après avoir bien mangé, portant un poids de 7 kilogrammes et le montant à une hauteur de 200 mètres, consommait par la respiration 91 litres d'oxygène en une heure.

2° Que le même homme à jeun, fesant même travail, en consommait 63 litres en une heure.

3° Que le même homme à jeun et au repos complet ne consomme plus que 24 litres d'oxygène en une heure.

Ces observations sont pleines d'enseignements pour la Diète respiratoire.

Moyen d'adoucir les qualités de l'oxygène de l'air.

§ III. — Le moyen d'amoindrir l'oxygène en quantité est trouvé; il ne s'agit plus que des moyens de le modifier en qualités; c'est-à-dire, d'en adoucir les propriétés excitantes sur les organes. Ici intervient la découverte d'un fait chimique dont M. Sales-Girons a donné connaissance à l'Académie.

Ce fait consiste en ce que, dans l'air même légèrement imprégné des émanations odorantes du goudron, l'oxygène perd de la propriété d'attaquer le phosphore et de produire avec ce corps les deux phénomènes connus de la combustion lente et de la phosphorescence, à la température ordinaire.

L'induction est que l'oxygène de l'air se trouve modifié dans ses qualités phlogistiques par les émanations balsamiques de goudron. M. Sales-Girons a expliqué par ce fait l'efficacité connue des vapeurs goudronnées dans le traitement des maladies de poitrine, et il a institué sur lui le deuxième article de sa Diète respiratoire.

En résumé : 1° dilatation de l'air par la température pour atteindre l'oxygène en *quantité*, 2° émanations goudronnées mêlées à ce même air, pour l'atteindre en *qualités*.

Telles sont les deux données auxquelles la Diète respiratoire vient satisfaire. Il ne s'agit plus que de les traduire en une pratique qui soit à la portée de tout le monde.

Application pratique de la théorie. — Appareil respirateur.

§ IV.— Le médecin ordonnant au malade de poitrine de s'enfermer, durant l'automne et l'hiver, dans une chambre à la température de 20 degrés et dont l'air fût imprégné d'émanations de goudron, remplissait donc les deux conditions requises; seulement il l'ignorait, et en tout cas l'exécution de l'ordonnance était loin d'être à la portée de tout le monde.

La Diète respiratoire y a pourvu par un petit appareil qui s'applique sur la bouche et les narines, et qui fait que le malade qui en est muni fabrique et emporte partout avec lui son atmosphère appropriée.

Ce petit appareil est fait de deux ou trois doubles de tissus peu conducteurs du calorique. C'est par eux qu'il remplit la première condition : l'air respiré au travers arrive aux poumons à la température de 20 degrés au moins, fût-il à zéro dans le milieu où l'on se trouve.

La deuxième condition est remplie par une petite pièce chargée à l'intérieur d'une goutte de la préparation goudronnée : les émanations odorantes de cette substance se mêlant à l'air tiède dans chaque inspiration, agissent sur l'oxygène de cet air et en adoucissent les propriétés excitantes.

Maladies auxquelles s'applique la Diète respiratoire.

§ V. — La Diète de respiration peut concourir à la cure de toutes les maladies ; mais ici son intention ne sort pas du cadre des maladies dites de poitrine. Comme dans les cas d'angines, de pharyngites, de laryngites, de bronchites, etc., les lésions de la muqueuse respiratoire se trouvent exposées au contact sans cesse renouvellé de l'air, il est rationnel d'appliquer à ces lésions, chroniques ou aiguës, les bénéfices de la Diète respiratoire, qui a précisément pour objet d'atténuer le fâcheux effet de ce contact.

Dans les inflammations aiguës, telles que les diphthéries, les angines couenneuses, le croup, etc., la Diète respiratoire a son indication rationnelle, fondée sur l'atténuation des propriétés phlogistiques de l'oxygène de l'air, cause principale des formations pseudo-membraneuses.

Les irritations inflammatoires, dans les coryzas, les rhumes, les catarrhes d'hiver ou par refroidissement, indiquent aussi le bon emploi de la Diète respiratoire.

A l'état ordinaire, les personnes à poitrine faible ou fatiguée ; celles surtout qui sont tenues de vivre dans un air trop vif ou même au vent ; celles qui par état sont obligées de parler, chanter, crier ; celles dont la vie d'étude excite le système nerveux correspondant aux bronches ; celles enfin dont l'haleine aurait besoin d'être corrigée, feront bien d'introduire dans leur hygiène l'usage de cette Diète, qui semble avoir été faite pour elles.

Il n'est pas de condition sociale dans laquelle on ne puisse trouver plusieurs heures par jour pour porter l'appareil. Il est aussi portatif que des lunettes et le son de la parole n'en est pas même influencé. Du reste, on peut au besoin le garder durant la nuit, si le médecin le jugeait utile ou opportun.

Disposition de l'appareil pour s'en servir.

§ VI.—L'appareil ouvert, étendre tous les matins, sur la mèche

de coton disposée à l'intérieur, une demi-goutte de la préparation goudronnée que contient le petit sac d'étain.

Cela fait, refermer l'appareil et se l'appliquer sur la bouche en moulant les narines dans le bord supérieur. Les cordons latéraux passés derrière l'oreille servent à le maintenir en place.

Porter l'appareil au moins plusieurs heures par jour ; quand on le quitte, l'exposer à l'air plutôt que l'enfermer dans la boîte.

Changer le coton de temps à autre et entretenir les tissus propres.

En hiver, si l'air inspiré n'était pas rendu assez chaud, ajouter une feuille de flanelle à l'intérieur. Pour l'été, l'appareil est fait de tissus de crins, qu'on nettoye de temps en temps avec une brosse mouillée.

Nota bene. Nous prions le lecteur de vouloir bien distinguer la *Diète respiratoire* de la *Thérapeutique respiratoire*. Ces deux méthodes, destinées a concourir dans le traitement des maladies de poitrine, sont l'une et l'autre de M. le docteur Sales-Girons ; mais chacune a son instrument particulier.

L'instrument de la Diète respiratoire, appelé *Respirateur*, est le petit appareil que nous venons de décrire et qui se porte habituellement comme le montre la gravure en tête de cette Notice

Quant à la *Thérapeutique respiratoire*, déjà connue des praticiens, elle est fondée, comme on le sait, sur le procédé nouveau

Pulvérisation des liquides, au moyen de laquelle les médicaments jusqu'à cette muqueuse des bronches, la plus vaste des surfaces organiques, la mieux placée au foyer de l'hématose et la plus apte à l'absorption.

L'instrument qui dessert cette méthode nouvelle est l'appareil appelé *Pulvérisateur*, ainsi nommé parce qu'il pulvérise en effet les médicaments liquides sur la bouche du malade, qui, en les respirant, les fait pénétrer jusqu'aux organes, siége de la lésion.

La pulvérisation des eaux minérales sulfureuses est établie dans toutes les stations thermales et notamment à Pierrefonds-les-Bains, près de Compiègne (Oise), sous le nom de Salle de Respiration, dirigée par M. Sales-Girons, durant la saison thermale, qui commence le 1er juin et finit le 1er octobre.

Paris, le 26 mai 1861.

A M. le Rédacteur en chef de la *Revue médicale*.

A propos de ma communication à l'Académie, sur la pulvérisation des Eaux-Bonnes, vous avez publié :

1° Une longue lettre dans la *Gazette des Hôpitaux*;

2° Une très longue réclamation dans l'*Union médicale*;

3° Une série d'articles revus et corrigés dans la *Revue*.

Je ne veux pas vous suivre dans une polémique passionnée; mais je tiens à poser la question sur son véritable terrain.

D'abord mes recherches ne concernant que la station minérale de Bonnes, je dois récuser les objections empruntées à l'étude des Eaux de Pierrefonds ou de Cauterets.

Des trois propositions qui constituent mon travail :

La première, celle relative à l'abaissement considérable de température (de 31 à 17°) par le fait de la pulvérisation est si incontestable que vous n'essayez même pas de la combattre;

La deuxième, « perte d'une quantité de soufre par la seule élévation de température de l'eau à 60° » est restée à l'abri de vos critiques.

Reste la troisième, que j'ai formulée ainsi : « Par sa pulvérisation, l'eau de Bonnes perd la très grande quantité de sulfure de sodium qui en forme un de ses éléments minéralisateurs les plus importants. »

Tout d'abord, vous aviez paru admettre ce résultat d'analyses nombreuses faites avec soin par des hommes compétents; vous ravisant ensuite, vous le rejetez, parce que d'après M. O. Henry, l'eau de Pierrefonds ne perd rien; parceque, d'après MM. Filhol et Lambron, l'eau de Cauterets ne perd que 50 pour cent.

Cinquante pour cent, c'est déjà quelque chose pour constater la désulfuration d'une eau par le seul fait de sa pulvérisation.

Voici, du reste, la lettre de M. Jules François, que j'ai citée à l'appui de ma thèse :

« Ce chimiste distingué (M. le professeur Filhol), m'écrivait à la date du 12 novembre dernier :

« Il résulte des observations qu'il ne faut pas trop multi-« plier le contact de l'eau et de l'air. On favorise ainsi l'ap-« pauvrissement en oxygène. Vous ne sauriez croire le peu « d'hydrogène sulfuré qui existe dans certaines salles de pul-« vérisation, et pourtant l'eau sulfureuse y perd une portion « très notable de son degré sulfhydrométrique; mais loin « d'émettre beaucoup de gaz, elle s'enrichit en hyposul-« fite et en sulfate. »

En outre, ajoute le savant ingénieur, « Il résulte des essais « sulfhydrométriques faits par M. Bonjean, de Chambéry et « par moi cet hiver, sur l'eau de la salle d'inhalation de « Marlioz, que cette eau, par le seul fait de son brisement « en gerbe contre un disque conique, a perdu dans un temps « très court (celui du choc et de la chute) tout son hydro-« gène sulfuré libre ou combiné. L'enrichissement en hypo-« sulfite a été très marqué. Après le choc sur le disque co-« nique, le titre sulfhydrométrique se rapportant, soit au « sulfure, soit au gaz libre, était nul. »

« Vous le voyez, mon cher docteur, ces faits et appréciations viennent corroborer vos observations et celles du savant docteur Poggiale. »

Je n'ajoute rien à ce langage précis et me borne à vous demander, M. le rédacteur en chef, l'insertion de ma lettre dans le numéro de la *Revue médicale* du 1er juin.

Dr Prosper de Piétra Santa.

Réponse de M. Sales-Girons à M. de Piétra Santa.

Nous nous sommes fait un devoir strict de reproduire textuellement la lettre de M. de Pietra-Santa Certes, si nous l'avions osé, le mot *passionnée*, pour caractériser une discussion qui a été des plus convenables et des plus *tempérées*, eût été par nous supprimé de cette lettre.

Le lecteur l'aura remarqué, c'est toujours par et avec les arguments d'autrui que nous avons satisfait à ceux de la critique. Nous sommes heureux aujourd'hui, continuant ce procédé, de pouvoir répondre à la fois à M. de Piétra-Santa et à M. Jules François en publiant une lettre que M. Filhol, professeur à l'École de médecine de Toulouse, a bien voulu nous adresser. On verra de quels secours la parole de ce savant, des mieux autorisés dans l'espèce, nous doit être dans la conjoncture présente.

On se rappelle que dans le dernier numéro de la *Revue* nous faisions appel à son obligeance pour vérifier les chiffres que l'inspecteur de Cauterets nous avait transmis comme résultats de ses expériences ; voici la réponse.

Toulouse le 18 mai 1861.

A M. le docteur Sales-Girons, médecin inspecteur des eaux de Pierrefonds-les-Bains.

Monsieur et très honoré confrère,

« La note que M. Dimbarre vous a transmise est exacte. J'aurais voulu pouvoir vous adresser un exemplaire du travail que j'ai fait en collaboration avec M. Reveil sur les eaux de Cauterets ; mais je n'en ai encore aucun. La Vallée de Saint-Savin fait imprimer actuellement notre mémoire. Je vous l'enverrai aussitôt que je l'aurai reçu.

Vous verrez dans ce travail que je partage vos idées sur le rôle qui convient à la chimie dans des recherches de ce genre, et que je ne cherche pas à empiéter sur le domaine de la médecine pure.

J'ai lu avec plaisir tous vos travaux sur la *Thérapeutique* et sur la *Diète respiratoires*. J'étais arrivé il y a déjà quelques années a une manière de voir pareille à celle que vous vous êtes faite de la *Diète respiratoire*, et dans mes conversations

avec mes amis, j'employais quelquefois cette expressiou Diète respiratoire pour rendre ma pensée.

Je trouve très ingénieuse l'application que vous avez faite á la médecine de la propriété qu'a le goudron de modifier l'activité de l'oxygène. Vous avez reçu à cet égard des approbations bien autrement importantes que la mienne, mais je suis heureux de vous dire que vous avez rendu, selon moi, un vrai service aux malades.

J'ai été surpris qu'à cette occasion personne n'ait rappelé que Thénar avait vu, il y a très longtemps, qu'une foule de corps volatils ont la propriété d'empêcher la phosphorescence de se produire. Sans doute Thénard ne soupçonnait pas qu'on tirerait parti de cette propriété ; mais il l'a très bien décrite.

Il me semble qu'il serait fort intéressant de rechercher quelle est la quantité d'acide carbonique expirée dans un temps déterminé par une personne adulte qui respirerait de l'air mêlé d'émanations de goudron. Nous saurions ainsi, autant qu'il nous est possible de savoir ces sortes de choses, dans quelle mesure l'activité de la fonction respiratoire a été amoindrie.

Quoi qu'il en soit, je crois que vous êtes entré dans une belle voie ; vous avez créé, à mon avis, une nouvelle branche de la thérapeutique, et, si j'en juge par l'affluence des malades dans les salles de pulvérisation, les médecins partagent ma manière de voir. Je n'ai pas vu encore appliquer l'air modifié par la vapeur de goudron.

J'approuve donc votre théorie, et quand je vous dis que j'étais arrivé à m'en faire une toute pareille, il y a quelques années, à propos des salles d inhalation, où je pensais que la désoxygénation de l'air jouait un rôle important, je ne prétends nullement avoir droit à une part de vos découvertes, je veux seulement vous dire que je les approuve et que je suis charmé d'être d'accord avec vous sur tous les points.

Recevez, etc. FILHOL.

Cette lettre, que nous sommes si fier d'avoir provoquée, prouve

que si la sulfuration des eaux est amoindrie par la pulvérisation, la diminution de l'oxygène atmosphérique dans la salle de respition compense au moins cette déperdition. C'est tout ce que nous voulions. Dr SALES-GIRONS.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie de Médecine.

Appareil gazogène portatif. — Plessimétrisme. — Uréthrotomie. — Doctrine des états organopathiques.

SEANCE DU 14 MAI 1861. — Présidence de M. CAVENTOU.

Appareil gazogène portatif. — M. Gavarret présente au nom de M. Warker de (New-York) un nouvel appareil gazogène portatif, produisant de l'acide carbonique pur, en même temps que du liquide gazeux. La construction de cet appareil est simple, et il est à l'abri de tout danger d'explosion au moyen d'une soupape de sûreté qui y a été adaptée. En outre, il peut servir comme générateur et laveur pour un récipient d'une grandeur voulue, soit de 4 à 10 litres de liquide.

Plessimétrisme. — M. Piorry, au nom d'une commission composée de MM. Cruveilhier, Barth et Piorry, rapporteur, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Antoine Cros, ayant pour titre : *Sur un progrès dans l'étude et la pratique de la percussion médiate par une modification du plessimètre.*

M. le docteur Cros a cherché à établir dans son mémoire : 1° Que le plessimètre qu'il propose présente toutes les qualités de celui dont on se sert généralement; 2° Qu'il a l'avantage sur celui-ci d'être plus petit et plus léger; 3° Qu'il donne des résultats plus précis que les plaques larges; 4° Que les résultats de la percussion pratiquée sur cet instrument sont plus certains, plus clairs, mieux déterminés; qu'on les obtient en moins de temps et avec moins de peine que si on se sert du plessimètre ordinaire; 5° Enfin, qu'il rend pour les élèves l'étude du plessimétrisme moins longue et plus facile.

M. le rapporteur termine son rapport par les conclusions suivantes : Le travail de M. Gros est remarquable, utile, et digne de l'approbation de l'Académie; il mérite d'être inséré dans le *Bulletin* des séances de la Compagnie, avec remerciments.

M. Barth déclare que, n'admettant pas les opinions exprimées dans le rapport, il décline toute solidarité avec le rapporteur.

Uréthrotomie. — M. Gosselin, en son nom et au nom de MM. Robert et Malgaigne, lit un rapport sur un Mémoire de M. le docteur Bourguet (d'Aix), intitulé *De l'uréthrotomie externe par section collatérale et par l'excision des tissus pathologiques dans les cas d'oblitération ou de rétrécissement infranchissable de l'urèthre.*

Le mémoire de M. Bourguet contient la relation de deux opérations insolites pratiquées dans deux cas de rétrécissements infranchissables.

La première de ces opérations a été faite pour un rétrécissement qui occupait la région membraneuse, et qui, sans être d'origine traumatique, était cependant en partie cicatriciel, une fausse route ayant été faite à une certaine époque. Il était accompagné de plusieurs fistules périnéales, qui laissaient passer toute l'urine. Divers chirurgiens avaient essayé de sonder le malade; aucun n'y était parvenu; M. Bourguet, après beaucoup de tentatives, y ayant également échoué, prit le parti de tenter l'uréthrotomie externe sans conducteur.

Le manuel opératoire consista à faire une incision au périnée, à chercher le bout antérieur dont une sonde indiquait la présence, à conduire cette sonde dans le bout postérieur, de là dans la vessie, et à la fixer; peu à peu la plaie se cicatrisa, et lorsqu'au bout de trois mois, le malade quitta l'hôpital, il urinait facilement et n'avait plus au périnée qu'une très-petite fistule laissant couler peu d'urine.

La deuxième opération de M. Bourguet consiste dans l'excision du rétrécissement; il l'a pratiquée deux fois. Sur

un premier malade, qui avait en même temps que des fistules périnéales un rétrécissement profond reconnu infranchissable par plusieurs chirurgiens, il fit comme dans le cas précédent une incision médiane au périnée, après avoir mis une sonde dans l'urèthre jusqu'au niveau de l'obstacle.

Il se proposait de faire encore la section collatérale ; mais trouvant à la place de l'urèthre une induration très-épaisse et très-volumineuse, il pensa que cette masse calleuse ne se prêterait pas à la formation d'un nouveau conduit, et il se décida à faire l'excision de toute la portion imperméable. Une sonde fut alors placée aisément dans la vessie. Les bords de la plaie furent maintenus écartés. La suppuration s'y établit peu à peu, on vit la plaie se rétrécir, les deux bouts de l'urèthre se rapprocher, et enfin le tout se cicatriser.

La même opération a été faite quelque temps après sur un second malade ; mais celui-ci a été emporté par une infection purulente.

Des points longuement traités par M. Bourguet dans son mémoire au sujet de ces deux opérations, il en est trois sur lesquels le rapporteur a jugé utile de s'arrêter particulièrement. Les voici :

1° L'auteur signale comme une des difficultés des opérations qu'il décrit, la recherche du bout postérieur de l'urèthre ; il prévoit, avec la plupart des chirurgiens qui se sont occupés de ce sujet, le cas où on ne trouverait pas ce bout postérieur, et il signale l'idée qu'il avait eue d'aller à sa recherche d'arrière en avant en faisant préalablement la ponction de la vessie, et se servant de la canule hypogastrique pour conduire dans le col de la vessie, et de là dans l'urèthre une sonde qu'on ferait arriver jusqu'au niveau de la plaie et sur laquelle on ouvrirait facilement le bout postérieur. M. le rapporteur ajoute qu'on éviterait peut-être de recourir à cet expédient si l'on parvenait à faire uriner le malade devant soi, et à se guider sur le passage du liquide par une des fistules pour conduire du périnée dans la vessie une petite bougie ou une sonde qui servira de guide au bistouri.

Il a pu lui-même, dans une circonstance semblable, faire arriver une sonde dans la vessie après avoir attendu longtemps ce secours fourni par la miction. Enfin, si l'on n'était par parvenu par ce moyen, et si surtout l'absence d'une rétention d'urine éloignait le chirurgien de la ponction hypogastrique, on pourrait songer aussi, ajoute M. le rapporteur, au précepte de M. Gaillard, précepte que cet auteur a mis deux fois à exécution lui-même avec succès, et qui consiste à inciser l'espace recto-prostatique pour aller à la découverte de la face inférieure de la prostate, ouvrir soit la glande seule, soit avec elle le col de la vessie; et conduire par cette voie d'arrière en avant une bougie et une sonde jusqu'au niveau de l'obstacle.

Le deuxième point est relatif à la question de savoir si, après l'une ou l'autre des opérations de M. Bourguet, il convient mieux de fermer la plaie avec des points de suture ou de la laisser béante et d'en favoriser la suppuration. L'auteur à cet égard n'est pas tout à fait explicite. Sur le premier de ses malades il a réuni avec des bandelettes de collodion; sur les deux autres il a interposé de la charpie entre les lèvres de la plaie, et après les considérations qu'il présente sur ce point, il ne prend pas de parti décisif, et laisse à chacun le soin de prendre celui qui lui sera indiqué par les circonstances particulières.

Considérant que dans la plupart des faits de ce genre, et en particulier dans celui dont il a été témoin, la réparation du canal s'est faite pendant le travail de suppuration, tandis que le nombre des cas où l'on a dit avoir obtenu la réunion immédiate sont beaucoup plus rares et sujets à contrôle, M. le rapporteur est d'avis que le plus sage est de se décider de suite en faveur de la suppuration.

Quelle est la valeur et quel est l'avenir de l'urèthre ainsi reconstitué ? Sur ce point encore la plupart des observations sont insuffisantes. La deuxième de M. Bourguet est la plus satisfaisante, à cet égard; car l'excellent résultat obtenu existait encore au bout de trois ans.

En résumé, M. Bourguet, dit M. le rapporteur en terminant, a fait faire un progrès à la thérapeutique des rétrécissements infranchissables; c'est pourquoi la commission propose :

1° De lui adresser des remercîments pour son intéressante communication;

2° De remettre son travail au comité de publication.

M. Robert s'associe volontiers aux éloges donnés par le rapporteur à l'habileté de M. Bourguet. Cependant il ne pense pas que l'Académie puisse approuver les idées émises dans son travail. Dans sa première opération, il s'est proposé de constituer un nouveau canal à travers les tissus sains, sans s'inquiéter des traces du canal oblitéré, dans cette pensée qu'en agissant sur le tissu inodulaire, le trajet tendrait à se rétrécir et à s'oblitérer de nouveau, tandis qu'en incisant des tissus sains, il obtiendrait une cicatrice plus mince et moins rétractile.

Mais le trajet de la plaie ne peut se cicatriser et s'organiser en canal qu'à l'aide du séjour prolongé d'une sonde, et par suite avec formation de bourgeons charnus et d'une cicatrice inodulaire rétractile. De plus, l'urèthre nouveau, n'étant pas placé dans l'axe de l'ancien, doit offrir des difficultés pour le cathétérisme. Cette observation n'est donc pas de nature à modifier les préceptes de l'uréthrotomie externe.

Quant au second procédé employé par M. Bourguet, et qui consiste à exciser la partie rétrécie du canal, il n'est pas digne de prendre place dans la médecine opératoire. En effet, dans la plupart des cas il serait impraticable. Si dans quelques cas exceptionnels où le trajet de la partie malade peut être déterminé au travers des parties molles, il est possible, trouvera-t-on alors facilement le bout postérieur de l'urèthre pour y faire pénétrer une sonde, et ne sera-t-on pas exposé à de graves hémorrhagies ? En résumé, il n'y a pas lieu, quant à présent, à modifier le manuel opératoire classique de l'uréthrotomie externe sans conducteur.

M. Gosselin répond que M. Bourguet n'a pas eu la pensée de proposer un procédé nouveau. Il s'est trouvé placé en face de cas particuliers qui ne lui permettaient pas de suivre les procédés usités ; il a dû agir en conséquence, et s'écarter des règles admises ; mais il n'abandonne pas pour cela ces règles. Dans ces conditions, M. Bourguet a rendu un véritable service à la science en formulant une opération que d'autres avaient faite avant lui, mais sur laquelle on n'avait pas encore d'idées bien exactes.

— M. Malgaigne. Sans doute, si l'urèthre manque dans une grande partie de son étendue, s'il n'existe plus en arrière de la lésion, il faut agir comme l'a fait M. Bourguet ; mais on ne peut considérer cette manière d'agir comme une méthode régulière ; la vraie loi chirurgicale est de chercher l'urèthre et de l'inciser. Ce n'est donc qu'à titre de procédé exceptionnel qu'il faut admettre le procédé de M. Bourguet, et sous ce rapport les faits qu'il a communiqués à l'Académie sont très-intéressants.

— M. Laugier est du même avis que M. Malgaigne. N'y eût-il qu'une toute petite partie de l'urèthre, il faut l'aller chercher. M. le rapporteur a soulevé un point très-intéressant, savoir s'il vaut mieux ou non que la plaie suppure. M. Laugier a vu à l'hôpital Beaujon un fait très-curieux qui l'avait déjà conduit à admettre le précepte formulé par M. le rapporteur. Un malade avait une perte de substance de l'urèthre de 4 centimètres de longueur environ. A cette époque il n'était guère question encore d'uréthrotomie. Il ne fit rien.

Or, au bout de six mois, ce malade alla le voir, et ce ne fut pas sans surprise qu'il vit le canal réparé par un tissu nouveau. On n'avait rien fait pour provoquer ce résultat ; c'était la nature qui avait tout fait elle seule. Ce fait n'a pas été publié. Il répond, comme on le voit, en partie à la question de M. Gosselin.

M. Gosselin répète que M. Bourguet n'eût certainement pas demandé mieux que d'agir selon les règles de l'art et

d'aller chercher l'urèthre, ainsi que le veulent MM. Malgaigne et Laugier. Mais ce n'est que parce qu'il lui a été impossible de le faire, qu'il a dû agir autrement. Sa pratique ne peut donc être regardée comme contraire aux règles de la chirurgie.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

— La séance est levée à cinq heures.

Séance du 22 mai 1861. — Présidence de M. Robinet.

M. le ministre d'État envoie l'ampliation d'un arrêté en date du 18 mai courant, par lequel, sur la proposition du conseil d'administration de l'Académie, M. le docteur Guardia a été nommé bibliothécaire adjoint de l'Académie, en remplacement de M. Axenfeld, démissionnaire.

L'Académie reçoit une lettre de MM. Baillière et fils qui offrent à l'Académie les portraits de Sénac, de Rouelle et de Broussais.

Un travail de M. le docteur Lalagade, intitulé *Études sur la transmission des maladies par la vaccination.* (Commission de vaccine.)

— M. Gavarret fait hommage, au nom de M. Guillemin, d'une brochure sur l'*Induction volta-électrique et ses applications à la thérapeutique*.

— La parole est à M. Bousquet pour une lecture. *Sur la doctrine des états organo-pathiques*.

M. Bousquet, après un préambule dans lequel il rappelle l'engagement qu'il avait pris envers M. Piorry, à la suite de la discussion sur la nomenclature, d'émettre son opinion sur sa doctrine des états organo-pathiques, s'exprime en ces termes :

On dit, dans le monde où nous vivons, que, peu satisfait des doctrines de ses maîtres, M. Piorry aspirait à l'honneur d'en fonder une nouvelle ; c'est sans doute la plus grande gloire à laquelle un grand esprit puisse prétendre, et je ne m'étonne pas qu'elle ait tenté son ambition et ses talents.

Cependant, quelque originalité dont il soit doué, il me

semble qu'il y a plus de souvenir que d'invention dans ses principes; je crois les retrouver en partie, quoique sous une autre forme dans cette antique école de Gnide, autrefois si fameuse, et maintenant si parfaitement oubliée, qu'elle ne vit plus que de nom dans la tête de quelques érudits, ce qui, je vous l'avoue, me fait trembler pour celle de notre confrère.

Quel était donc l'esprit de l'école de Gnide et celui de son chef Euryphon? Quel est l'esprit de l'école de la Charité? La réponse à ces questions contient ma justification ou ma condamnation.

Je remarque d'abord qu'Euryphon et ses disciples, effrayés des écarts de la philosophie, n'avaient foi que dans les sens; ils attendaient tout de l'observation, et rejetaient les secours de la raison même. Hippocrate leur rendait déjà cette justice qu'ils rapportaient assez bien ce qu'ils voyaient, ce qu'ils entendaient, et tout ce qu'une personne étrangère à notre art aurait pu voir et rapporter comme eux.

Les sens régnaient donc en souverains dans cette médecine, d'où l'esprit était exclu; et comme il n'est donné qu'à l'esprit de voir les causes et les effets, tout y était isolé, distinct, sans liaison ni rapports. Les symptômes n'y étant pas rapportés à leur cause dans l'organisme, avaient usurpé la place, le rang des maladies; il y avait enfin autant de maladies que de symptômes. Et de là cette abondance, cette profusion de remèdes, cette impatience d'agir qui contrastait, qui contraste encore si fort avec la patiente et savante expectation de la médecine hippocratique.

Malheureusement la tradition nous apprend peu de chose de cette turbulente thérapeutique. On sait seulement qu'elle recherchait les médicaments les plus héroïques; elle avait un goût particulier pour les drastiques, qu'elle donnait à tout propos et dans tout les temps de la maladie, ne voulant rien abandonner à la nature de ce que l'art lui pouvait enlever.

Tel était l'esprit de l'école de Gnide, et tel me paraît être encore celui de M. Piorry.

Il a le même culte pour les sens, la même défiance, le même dédain pour l'esprit. Une seule chose l'embarrasse : D'où vient le corps? qui est-ce qui fait le corps? Car enfin il ne peut être ouvrage vivant et ouvrier tout ensemble.

Accablé du poids de son impuissance, M. Piorry évoque l'âme elle même pour créer le corps; il est juste de dire qu'il ne l'admet à cet usage qu'à regret, et faute de concevoir d'une vue claire la force vitale; il n'y a pourtant aucune difficulté à cela : qui dit force dit cause, agents, pouvoir. La volonté est une force; l'attraction est une force; ce qu'elle est aux corps célestes, la force vitale l'est aux corps vivants.

Mais passons et écartons ces questions d'origine trop haute pour notre faible vue. L'âme, le corps, la vie, tout paraît simultané dans le temps; s'il y a succession, elle m'échappe; comment pourrais-je saisir les rapports de cause à effet?

Par le revirement le plus complet qui se puisse faire dans la tête d'un homme, à peine l'âme a-t-elle fait le corps, que M. Piorry ne veut plus de l'âme; il ne voit plus que le corps, et dans ce corps il ne voit que des organes, et dans ces organes il ne voit que les tissus : propriétés, fonctions, tout se fera désormais sous l'empire de l'organisation et par l'organisation.

Et de même en pathologie, il n'y aura que des lésions organiques; ce qui n'est pas absolument impossible ; mais il est impossible aux sens de l'affirmer. M. Piorry profite de l'obscurité qui l'enveloppe pour donner un libre cours à ses instincts systématiques.

Il sait aussi bien qu'un autre que, semblables aux plantes, les maladies se préparent mystérieusement au sein de l'organisme avant de se montrer aux yeux ; mais parce que cette période, la première et la plus importante de toutes, n'est accessible qu'à l'esprit, il n'en tient compte; il attend tranquillement que les tissus s'affectent aux sens pour marquer le commencement de la maladie; et faute d'un peu de réflexion, il confond tout, l'*affection* avec la *réaction*, l'*état*

morbide avec l'*acte* morbide; les maladies nées, pour ainsi parler, librement, spontanément, de l'activité même de l'organisme, avec ces lésions physiques et passives produites subitement et de vive force par les causes du dehors, comme plaies, luxations, fractures, etc. M. Piorry confond enfin la médecine avec la chirurgie, et cette énormité, il s'en vante, il s'en glorifie; il fait cet affront à la raison pour gagner la chirurgie à sa cause, mais elle ne se laissera pas prendre à un piége si grossier. Parmi les chirurgiens qui me font l'honneur de m'écouter, il n'en est pas un qui ne sache que, dans les lésions franchement chirurgicales comme celles qui viennent d'être citées, les sens embrassent tout de la même vue, la lésion et les symptômes, au lieu que dans le domaine du médecin les symptômes seuls tombent sous les sens, et la maladie ne se découvre qu'à l'esprit.

La distinction est si naturelle qu'elle a passé dans le langage vulgaire. Qu'un homme se casse la jambe, on ne dit pas qu'il est malade, on dit qu'il a une fracture; un autre se démet un membre, il a une luxation; une autre reçoit un coup d'épée, c'est un blessé : les blessés ne sont pas des malades, pas plus que les amputés ; ils peuvent le devenir, mais ils ne le sont ni au moment de l'accident ni par le seul fait de l'accident.

Quelle différence avec les maladies médicales ! Prenons pour exemple les maladies héréditaires, et de votre aveu elles le sont presque toutes : elles sommeillent en germe dans l'économie longtemps avant d'éclater, dira-t-on, cependant, qu'elles ne datent que du jour de l'explosion?

En dehors des maladies innées, je prends pour vous plaire la fièvre intermittente. Tout ce que vous racontez de la rate, je l'admets sur parole; mais qui est-ce qui fait que la rate se gonfle et se dégonfle alternativement? A cette question les sens n'ont point de réponse; interrogez l'esprit, il vous dira que la lésion splénique elle-même n'est qu'un effet éventuel, un accident; il vous dira que l'apyrexie, si parfaite qu'elle soit, n'est qu'une apparence, un mensonge; car de consi-

dérer comme bien portant celui qu'on sait qui périra infailliblement demain sous le coup d'un accès foudroyant, c'est impossible. Comprenez donc enfin que ce n'est ni la rate ni rien de ce qui se voit qui fait le fond de la maladie; l'essentiel, c'est ce qui ne se voit pas, c'est la périodicité, je veux dire la cause de la périodicité; c'est le génie périodique, comme parlaient les anciens.

Ainsi le juge l'esprit contre les sens.

De tout ceci je conclus qu'il ne suffit pas d'observer, il faut encore penser, et penser beaucoup.

L'observation n'est que la première médecine; la seconde est dans le raisonnement. Baglivi l'a dit avant moi, je ne fais que le répéter.

Comment passer à M. Piorry ce penchant, cette manie de tout transformer en maladie ! Le moindre vent qui d'aventure vient gonfler l'intestin, la distension de la vessie par l'urine, l'abondance, de la salive, un peu d'écume dans les bronches, quoi encore ? le refoulement du diaphragme, la douleur du cerveau, la douleur de la moelle, le délire, etc., voilà quelles sont ses maladies ou plutôt ses états organo-pathiques; car je ne puis oublier que dans sa pathologie il n'y a pas de maladie. Mais vous qui m'écoutez, modérez votre joie ; on ne gagne rien à la variante. S'il n'y a pas de maladies, il y a des états organo-pathiques dont on souffre, dont on meurt. S'il n'y a pas de maladies, il y a des malades. C'est comme si on disait : Il n'y a ni sottise, ni folie ; il n'y a que des sots et des fous.

Mais ici l'erreur s'ajoute à la subtilité : toutes les maladies, il s'en faut bien, ne sont pas de simples modifications ; j'en connais, et des plus graves, qui ont un corps, une substance, une matière enfin ; telles celles qui naissent de contagion, de virus, de vaccin, et toutes celles dont la cause passe en nature dans l'organisation.

Et quand elle seraient toutes sans matière, je dirais, encore qu'il faut les considérer comme si elles avaient un corps, tranchons le mot, comme si elles étaient des êtres ! Oui,

des êtres. Ainsi fait la philosophie des facultés de l'entendement; ainsi faisons-nous tous des qualités, des attributs des corps répandus sur la terre. Otez la substance, que deviennent la couleur, la forme, l'étendue, etc. ? Elles ne se conçoivent même pas. Ce qui n'empêche pas que, par un heureux artifice, l'esprit les isole, les personnifie en quelque sorte pour les voir en elles-mêmes, et cette opération lui est si naturelle qu'elle se fait presque à son insu.

Il y a, je crois, du vrai et du faux dans cette manière d'envisager les maladies.

Il est vrai que les maladies se voient rarement à l'état de simplité. Barthez et ses disciples reconnaissent trois éléments dans l'inflammation.

L'art de décomposer les maladies n'a rien de nouveau: tous les grands praticiens l'ont pratiqué d'instinct ou de génie. Barthez a le mérite de lui avoir donné des règles ; M. Piorry, celui d'en comprendre l'excellence.

Mais ce que je ne puis accorder, c'est que la composition des maladies exclue l'unité morbide. Pour être composé d'une foule d'organes, le corps humain en est-il moins un ? Il en est de même des maladies. Toutes, même les plus composées, comme les fièvres, les phlegmasies, les scrofules, la petite-vérole, la syphilis, le scorbut, etc., toutes, dis-je, constituent autant d'espèces pathologiques distinctes et déterminées.

Il y a tout à la fois unité et diversité : unité dans l'espèce, diversité dans les éléments.

M. Bousquet rappelle ici les objections contre l'unité morbide, que M. Piorry a empruntées à l'histoire de la variole et de la fièvre typhoïde, et après avoir réfuté ces objections pour ces deux affections en particulier, il poursuit en ces termes :

Comment ne voyez-vous pas que si les maladies n'avaient rien de constant dans les symptômes, rien de réglé dans la marche, il serait impossible et de les dénommer et de les classer ? Il n'y aurait ni espèces, ni genres, ni clas-

ses ; il n'y aurait que des variétés, des individualités pathologiques ; l'expérience d'autrui et la vôtre même ne vous serviraient de rien ; tout irait à l'aventure, et le médecin, sans guide ni boussole, se trouverait à chaque nouveau malade en face d'une inconnue.

Divisez, mutilez les maladies, réduisez-les en poudre impalpable, vous ne pourrez vous dissimuler que ce n'est pas dans cet état qu'elles se présentent dans la nature. Tous ces états organo-pathiques dont vous les composez ne s'y trouvent pas par hasard; il existe nécessairement un lien, une cause de cette rencontre, et cette cause, qu'est-ce, si non la modification organique ou vitale qui les produit, c'est-à-dire la maladie elle-même?

Ce que les lettres sont aux mots, les chiffres aux nombres, les éléments le sont aux espèces morbides. M. Piorry connaît assez bien les lettres, mais il ne sait pas épeler ; il connaît assez bien les chiffres, mais il n'en sait pas la valeur relative. Tout est épars, isolé, détail dans sa pathologie, absolument comme dans celle d'Euryphon, le premier de sa race.

La thérapeutique de M. Piorry répond à sa pathologie et en est digne. Elle prend un à un les états organo-pathiques, et les combat successivement par les moyens de son choix.

Un jeune et honorable médecin, M. de Pietra-Santa, conduit par l'amour de son art aux leçons de M. Piorry, l'a vu à l'œuvre; il le peint justement auprès d'une fièvre typhoïde. Du premier coup d'œil le professeur reconnaît cinq états organo-pathiques, et, sans plus de réflexion, il les attaque tous à la fois par cinq traitements différents :

1° Contre la corruption du sang : *Air et boissons abondantes*;

2° Contre la bronchite : *Un looch*;

3° Contre le gonflement de la rate : *Sulfate de quinine*;

4° Contre l'obstruction de l'intestin : *Eau de Sedlitz*;

5° Contre la lésion des plaques de Peyer : *Lavement aux follicules de séné et sirop de nerprun.*

Telle fut la prescription du premier jour. Qu'on dise

après cela que les praticiens les plus éclairés sont en général les plus sobres de médicaments !

M. Piorry n'exclut aucun des moyens de la thérapeutique, mais il préfère de beaucoup ceux que la physique lui fournit; il les trouve les plus sûrs, parce qu'ils sont le mieux appropriés à ses principes. Ainsi pour revenir à la petite vérole, la salive afflue-t-elle dans la bouche, il prescrit de pencher la tête; il prévient l'éruption en lui barrant le passage, comme on ferait d'un cours d'eau qu'on voudrait détourner. Si les emplâtres manquent leur effet, il réprime l'éruption naissante par la cautérisation. Pour faire périr les larves, il les noie dans l'huile. Il prévient l'asphyxie par un trou à la trachée. Au déclin de la petite vérole, une femme était menacée de suffocation, M. Piorry lui ouvrit la trachée, et avec un tel succès, que la pauvre malade sembla être rendue à la santé; elle vécut encore trente-six heures; elle mourut à la trente-septième, à cause, dit-on, que la sonde s'engoua. Ce qui signifie que sans cet accident elle eût été sauvée de sa maladie et de l'opération. Telle est aussi la conclusion de M. Piorry. N'a-t-il donc jamais vu périr de la trachéotomie, à moins que la sonde ne s'engouât ? La pureté de l'intention l'excuse devant Dieu; la science, moins indulgente, désavoue ses principes et condamne sa conduite. Qu'il pardonne à la sévérité de mes paroles : ce n'est pas un blâme, c'est un cri de la conscience.

Au temps du choléra, il régnait, comme vous savez, des flux de ventre presque incoercibles; M. Piorry imagina de tamponner le rectum : cette pratique a son nom dans la nomenclature, elle s'appelle le *bondonnément*.

A la même époque, la vessie était à sec : M. Piorry proposa d'y mettre de l'eau.

Je rapporte ces faits, Messieurs, moins à cause de l'intérêt qu'ils présentent que parce qu'ils me paraissent plus propres que tous les raisonements à faire connaître l'esprit de la doctrine de M. Piorry; j'espère d'ailleurs qu'il ne se méprendra pas sur mes intentions.

Héritier par le sang et par système des maximes de Gnide, M. Piorry a rompu avec les traditions hippocratiques.

En observant attentivement les maladies, Hippocrate vit avec génie qu'elles marchent, pour la plupart, avec une remarquable régularité, et à mesure qu'elles s'avancent, elles se transforment, elles mûrissent à peu près comme le fruit sur l'arbre; de là ces époques, ces temps de *crudité*, de *coction* et de *crises* : vieux mots, vieilles théories, je le sais, mais plein de sens pour qui sait les comprendre.

Avec le seul secours de l'observation, sans anatomie, sans physiologie, sans nécropsie, sans chimie, personne, à mon avis, n'est entré plus avant qu'Hippocrate dans la constitution des maladies; il ne s'est pas contenté de les décrire; il a marqué les signes qui font prévoir une bonne ou une mauvaise issue; bien plus, il a vu, et il était impossible de ne pas voir, qu'abandonnées à elles-mêmes elles guérissent en très-grand nombre. Mais au temps où je me reporte, les médecins, sous le ciel heureux de la Grèce, laissaient faire la nature sans la troubler par des médications inopportunes : le médicament le plus en usage était la tisane d'orge, et il est permis de croire que la simplicité de la thérapeutique laissait plus de liberté aux mouvements naturels.

Ces grandes vérités sont, selon moi, le fondement de toute bonne médecine. Malheur au médecin qui les mettrait en oubli ! Malheur surtout à ses malades !

Par pitié pour les hommes autant que pour conserver son ouvrage, le Créateur a mis dans les corps organisés une force, un ressort pour les maintenir dans l'état où ils sont sortis de ses mains, et pour les y ramener quand ils s'en sont écartés.

Bossuet a dit dans son magnifique langage : « Quel architecte que celui qui, en faisant un bâtiment caduc, y met un principe pour le relever de ses ruines ! »

Bossuet parlait de la faculté accordée à l'homme de perpétuer son espèce.

Et moi je dis à mon tour, quoique dans un autre sens :

« Quel architecte que celui qui, en faisant un bâtiment sujet à mille avaries, y met un principe pour lutter contre les faux systèmes et contre les mauvais médecins ! »

La confiance qu'a M. Piorry dans ses lumières, lui ôte celle qu'il doit à la nature. Vous l'avez tous entendu comme moi : « Il n'y a, dit-il, que ceux qui ne savent que faire qui hésitent et s'abstiennent ; les autres agissent; ils agissent toujours.

Mais en voilà assez pour montrer qu'ils sont on ne peut plus mal choisis les exemples que vous citez à la gloire de l'art contre les défaites de la nature, de cette pauvre nature à laquelle vous devez la plus grande partie de vos succès. Avant d'enseigner à Strasbourg, Fodéré pratiquait dans les Bouches-du-Rhône. Ecoutez-le, je vous prie, et faites un retour sur vous-même : « Pendant cinq ans, dit-il, que j'ai été médecin de l'hôpital de Martigues, les malades affluaient, et l'établissement était d'une pauvreté extrême ; je me mis à rechercher jusqu'à quel point on pouvait se passer de remèdes, et je parvins à réduire la dépense à 600 fr. par an pour 100 malades par jour. A mon départ, les administrateurs écrivirent au préfet que jamais ils n'avaient eu autant de malades et si peu de morts, ni employé si peu de remèdes. »

Je mets fin à tous ces discours. Que M. Piorry prenne ma place à cette tribune, j'en descends avec la ferme résolution de n'y pas remonter après lui ; je n'ai plus rien à lui dire, et je ne lui dirai plus rien, je l'espère. Si j'en ai tant parlé, ce n'est ni par envie ni par la folle prétention de m'égaler à lui ; je connais ses forces et je connais les miennes. Membres d'une même famille, nous travaillons tous ici, chacun dans sa partie, à honorer une science qui a bien besoin qu'on lui fasse honneur, car elle est de soi bien confuse et bien variable. Et bien ! il m'a paru que les excentricités de notre confrère pouvant porter atteinte à la dignité de cette science, il était malséant de les laisser se produire dans cette enceinte sans qu'il s'élevât au moins

une voix pour protester. Libre désormais envers ma conscience, je fais mes adieux à M. Piorry.

Si l'Académie veut bien encore m'accorder la parole, je lui parlerai, quand elle me le permettra, de Paris et de Montpellier, de Bichat et de Barthez, les deux plus grandes personnifications de ces célèbres Ecoles.

— M. Réveil lit sous ce titre : Des cosmétiques au point de vue de l'hygiène et de la police médicale, un mémoire dont l'objet est d'appeler l'attention de l'Académie et celle de l'administration sur les dangers de certains cosmétiques pour la santé publique, et sur l'utilité qu'il y aurait à prendre à leur égard des mesures de sûreté semblables à celles qui sont en vigueur pour les substances médicamenteuses et les substances alimentaires.

(Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Bussy, Tardieu et Trébuchet.)

— M. Mattei lit un travail sur la rétroversion de l'utérus qui peut avoir lieu brusquement pendant l'état de vacuité, *l'enchatonnement* du corps utérin qui peut en être la conséquence, et la réduction avec la main comme moyen de remédier à ces accidents. M. Mattei fait remarquer que les auteurs, les plus récents ont révoqué en doute la rétroversion utérine pouvant s'opérer d'une manière brusque dans l'état de vacuité, et après avoir donné des raisons anatomiques qui expliquent le fait de ces rétroversions, il en rapporte deux exemples.

Voici quels sont les principaux caractères de la rétroversion avec *enchatonnement* qu'il a trouvés dans les deux observations.

1° Action énergique ou soutenue de la cause sans qu'il y ait eu besoin cependant d'une grande violence ;

2° Symptômes perçus immédiatement par la femme et devenus permanents ;

3° Ces symptômes approchent de ceux de l'enclavement de l'utérus quand il est rétroversé pendant l'état de grossesse ;

4° Par l'examen direct, on constate que le fond de l'utérus n'est pas seulement en arrière et plus bas que le col, il est fixé, *enchatonné* dans le cul-de-sac utéro-rectal du péritoine.

5° Possibilité de le déloger de ce cul-de-sac à l'aide des doigts seulement, qui le poussent en sens contraire au déplacement.

6° Réduction d'autant plus stable que la rétroversion est récente.

— M. Ch. Robin lit sous le titre de : modification de la muqueuse utérine pendant la grossesse, un extrait d'un mémoire dont le but est de faire connaître les modifications de structure intime qui, survenant graduellement dans la muqueuse de l'utérus, après l'arrivée de l'œuf dans la cavité, entraînent les changements d'aspect intérieur qu'elle présente d'abord, et qui causent ensuite sa caducité.

— La séance est levée à cinq heures.

FORMULES RECETTES ET PRATIQUES.

(*Erratum*). En tête de notre dernière revue des formules et dans une note sur une nouvelle préparation utile du Matico expérimentée par M. le docteur Favrot, nous avons laissé passer une erreur de chiffre que nous nous fesons un devoir de redresser en reproduisant la formule dans son entier. Il s'agit comme on le sait de capsules ou bols :

R. Baume de Copahu	100
Huile essentielle de Matico	5
Magnésie	Q S

Pour cent bols recouverts de Gluten d'après le procédé de Raquin. Chaque bol contient ainsi 1 gramme de Copahu et 50 centig. d'huile essentielle de Matico, qui représente elle-même 50 grammes de feuilles employées pour l'extraire.

(Voir les usages et mode d'administration au précédent cahier).

DU TRAITEMENT *des tumeurs synoviales radio palmaires, par les applications alcooliques.* — Les succès obtenus par M. Houzelot dans le traitement des douleurs synoviales, au moyen des applications d'alcool à 36°, sont de nature à faire penser qu'une pareille médication pourrait réussir dans les cas de tumeurs synoviales de la région palmaire ; il n'y a

du moins aucun inconvénient à en tenter l'emploi avant de recourir aux opérations souvent graves qu'elles nécessitent.

M. Nélaton a plusieurs fois eu recours à l'alcool dans le cas de tumeurs synoviales contenant du liquide et des masses riziformes, et quand celles-ci n'étaient pas prédominantes, ce topique a fait preuve d'une efficacité incontestable. Réussit-on aussi bien dans les tumeurs synoviales de la région palmaire sans liquide? Cela est moins certain.

Cependant, dans les expériences faites jusqu'à ce jour, on a constaté que l'alcool méthodiquement appliqué apaisait la douleur, et rendait moins pénible le mouvement des doigts.

M. Nélaton a vu un homme qui se traitait ainsi, sans apporter dans la médication toute la persévérance nécessaire, mais qui, à chaque récidive de son mal, reprenait l'usage de l'alcool, et qui, après dix jours de son emploi, se trouvait assez bien pour retourner à ses travaux. Il y a donc quelque chose de réel dans les effets attribués à cet agent, et dont on serait blâmable de ne pas faire son bénéfice.

M. Nélaton donne le conseil d'employer l'alcool de la manière suivante, qui est la plus simple et la plus efficace :

On prend huit ou dix plaques d'amidon qu'on imbibe d'alcool à 36° on les applique en les superposant sur la région malade, puis on recouvre le tout d'une toile cirée ou gommée, pour empêcher l'évaporation du liquide. Si au bout de deux heures les disques sont secs, on les humecte et l'on fait de même cinq ou six fois par jour. Or, sous l'influence de ce topique, il s'y développe une chaleur vive, assez semblable à celle de la vésication. Cependant, si on lève l'appareil, on trouve l'épiderme seulement ratatiné, froncé ; mais au bout de huit jours il se détache.

Ainsi l'action de l'alcool n'est point insignifiante, et il y a même des malades chez lesquels il devient nécessaire de l'interrompre temporairement. Pour qu'il réussisse, il faut en continuer l'usage quelquefois pendant quelques mois ; mais, comme l'amélioration est sensible au bout de quelques jours, ce résultat est bien fait pour engager les malades à persévérer dans un traitement inoffensif, et qui, dans un des cas observés par M. le docteur Houzelot, a donné une guérison complète et radicale.

(*Journ. de méd. et de chirurg. prat.*)

POMMADE *contre la surdité nerveuse.* — Les essais nombreux de traitement des surdités nerveuses, tentés en ces derniers temps, nous engagent à signaler la pommade suivante, qui est recommandée par un vénérable praticien de New-York, le docteur Boyd :

Vératrine	1 gramme.
Pommade rosat.	50 —

Mêlez. Gros comme une noisette en friction, matin et soir, derrière l'oreille malade. (*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*)

Dispepsie et affections congénères. — Tous les auteurs qui ont écrit sur la dispepsie s'accordent sur ce point : que les troubles de la digestion sont précédés, accompagnés ou suivis d'affections de diverses natures. — *Ventriculi affectus facit dyspneas, apneas, epilepsias, deliria, melancholiam* (Gallien). — *Morborum fere omnium causa est stomachi infirmitas* (Alexander Benedictus). — *Appetentia bona, omnia bona; appetentia mala omnia mala* (Baglivi). L'estomac étant le fondement de la vie végétative, il est évident que, selon qu'il fonctionne bien ou mal, les produits qu'il livre à l'organisme réparent convenablement ses forces ou ne le font qu'imparfaitement, et alors toutes les fonctions languissent et souffrent. Si l'estomac, qui est le vestibule du système sanguin, digère mal, il ne peut produire qu'un sang pauvre ou vicié. Le sang imparfait ne tarde pas à laisser l'économie dans un état de faiblesse, de souffrance, d'épuisement, qui ouvre les portes à toutes les maladies. C'est là ce qu'a professé à sa clinique M. le docteur Beau, et ce que la pratique a enseigné.

Tout agent thérapeutique qui rétablit la fonction de l'estomac est donc un agent très précieux, et, à ce point de vue, nous sommes heureux que la médecine pratique ait trouvé cet agent dans l'eau minérale d'Alet.

Après les observations recueillies dans les hôpitaux et que nous avons publiées, sont venues les observations pratiques recueillies dans la clinique de la ville. La science médicale s'est entourée de tout ce qui pouvait l'éclairer sur le mérite de l'eau d'Alet, et nous ne voulons pas être les derniers à parler de ce nouvel agent qui a déjà rendu tant de services au corps médical.

Dans les hôpitaux, l'expérience a démontré que l'eau d'Alet devait être prescrite dans la plupart des cas de dispepsie, de chlorose et d'état nerveux.

Dans la clinique de la ville, les médecins ont expérimenté cette eau sur eux-mêmes, sur des membres de leur famille et

sur des clients dans la dyspepsie, la convalescence des fièvres graves et des maladies aiguës, la chlorose (même sans l'emploi des martiaux), la migraine, l état nerveux et les vomissements, soit ordinaires, soit résultant de l'état de grossesse, et sur dix cas, il y a eu neuf guérisons. Deux médecins sont même parvenus à faire disparaître, par le seul emploi de l'eau d'Alet, une couche muqueuse épaisse, couvrant la surface linguale et qui avait résisté à plusieurs bouteilles d'eau de Vichy.

Devant tous ces faits, et quelle que soit la prudence qui nous conseille de nous tenir en garde contre tout nouvel agent thérapeutique, nous devons nous incliner et admettre dans la pratique une eau minérale qui a si vaillamment fait ses preuves.

NOUVELLES.

La place de chef des travaux anatomiques de l'Ecole de médecine de Bordeaux est vacante par suite de la démission de M. le docteur Segay. MM. les candidats devront adresser, sans retard, à l'administration académique, leur demande et les titres qu'ils désirent faire valoir.

— M. le préfet de la Gironde vient de faire connaître le résultat du concours de la vaccine pour l'année 1860.

Quarante-cinq candidats ont pris part à ce concours; ils ont fourni un ensemble de 4,633 vaccinations et 553 revaccinations.

— Par décision de la commission administrative des hospices de Nantes, M. le docteur Letenneur, premier chirurgien suppléant, a été nommé chirurgien titulaire de l'Hôtel-Dieu de cette ville.

MM. les docteurs Heurteux et Jouan, anciens internes des hôpitaux de Paris, ont été nommés, à la suite d'un brillant concours, chirurgiens suppléants.

— La Société d'agriculture, sciences et arts de Poligny (Jura) décernera, dans sa séance publique annuelle du 23 septembre 1861, des récompenses et encouragements sur plusieurs questions parmi lesquelles nous signalons les suivantes :

Topographie, statistique médicale ou agricole d'une commune ou d'un canton du département. — Etudes des causes et du traitement du goître endémique dans le Jura. — Un petit traité à l'usage

des écoles primaires du Jura, concernant l'hygiène humaine ou agricole.

Les mémoires ou observations doivent être adressées *franco* au secrétaire de la Société, avant le 15 août (TERME DE RIGUEUR).

— On parle de nouveau d'une circulaire du ministre de l'instruction publique, qui prescrirait de prendre, dans tous les colléges et institutions publiques, des mesures très sévères contre l'usage du tabac et l'introduction des cigares. Des rapports seraient parvenus à S. Exc. le ministre, assure-t on, constatant que des élèves consommaient jusqu'à huit ou dix cigares par jour, et que la croissance physique et le développement intellectuel de plusieurs de ces élèves s'en seraient trouvés fortement atteints

— Il a été proposé au gouvernement italien de monopoliser à son compte la fabrication et la vente des allumettes phosphoriques. Outre les avantages que donnerait à l'hygiène et à la sécurité sociale un mode de fabrication conforme aux dernières données de la science, il a été calculé que l'état pourrait réaliser ainsi un revenu de six millions.

— Une commission, réunie au Magasin central des hôpitaux militaires à Paris, s'occupe activement de ramener à des types uniformes et invariables tous les objets affectés à l'exploitation du service intérieur des hôpitaux militaires.

— M Henri-Honoré-Quotard, professeur de pathologie de Poitiers, vient de mourir en cette ville, à l'âge de soixante-quatre ans. Ancien chirurgien militaire, il appartenait à l'enseignement depuis 1842. M. Quotard a publié un traité estimé sur la non-existence des fièvres essentielles; il était officier d'Académie.

— *Association contre l'usage du tabac.* — Le *Medical Times and Gazette* nous apprend qu'il vient de se fonder dans le Royaume-Uni, sous le nom de *British anti-tobacco Society* une association qui, comme son nom l'indique, se propose pour objet de combattre et de faire disparaître l'usage du tabac. Dans une assemblée qui a eu lieu à Edimbourg au commencement de décembre dernier, plusieurs motions ont été adoptées à l'unanimité, entre autres la suivante, du professeur Miller : « Que les principes constituants que renferme le tabac étant fortement vénéneux, l'habitude de fumer et celle de priser tendent, par des voies diverses, à altérer la constitution physique et les facultés intellectuelles. » Et cette autre : de M. Thomas Knox : « Que l'usage du tabac à fumer ayant pour objet

d'exciter à boire, non seulement en faisant naître une sensation de soif morbide, mais encore en raison de l'épuisement que détermine cette substance par ses propriétés particulières, ce qui conduit à prendre des boissons que l'on suppose à tort propres à réparer les forces, il y a lieu de regarder le tabac comme poussant au crime et à la dissipation dans les masses. »

On lit dans le *Cosmos* :

« *Le poivre blanc*, — Le poivre dit *poivre blanc* n'est autre que du poivre ordinaire entouré d'une couche légère de talc gommeux augmentant le poids de la matière d'environ 7 pour cent. Ce poivre, à cause de sa blancheur et de sa finesse, est à tort préféré au poivre ordinaire sur les tables de bonne maison. En effet, le parquet de Lille a vu dans la vente de ce poivre ainsi préparé une falsification de denrées alimentaires, et a appelé devant le Tribunal l'épicier de Lille, débitant de ce produit, et le fabricant de Paris, son fournisseur. Le tribunal a constaté qu'il y avait falsification, et a condamné le fabricant parisien à 50 fr. d'amende, et le débitant lillois à 25 fr. »

BIBLIOGRAPHIE.

La Magie au 19e siècle, ses agents, ses vérités, ses mensonges, par le chevalier GOUGENOT DES MOUSSEAUX, auteur du livre: Dieu et les Dieux, etc. précédé d'une lettre adressée à l'auteur par le P. Ventura de Raulica; un volume in 8o, chez Dentu; libraire, galerie d'Orléans au Palais-Royal. Paris.

Cet ouvrage, qui vient de paraître n'offre, pas moins d'intérêt que le livre: *Dieu et les Dieux*, qui fait tant d'honneur à l'érudition de son auteur. En 1854 la *Gazette médicale* parlant de cet ouvrage et de ceux de M. de Mirville exprimait ainsi son opinion : « Les livres de « MM. de Mirville et des Mousseaux sur le monde supra-sensible « des esprits offrent une lecture extrêmement curieuse et intéressante, non seulement par les faits, mais aussi par le talent et ce qui pourra surprendre, par le bon sens de ses écrivains.

Si la *Revue médicale* avait à dire son opinion sur ces livres, elle ne se croirait pas obligée d'avertir les lecteurs de n'être pas surpris si les deux auteurs ont conservé le bon sens en travaillant dans l'ordre des faits qui leur sont devenus familiers à force d'expériences et

d'étude. La médecine moderne est bien orgueilleuse de sa matière, que la *Gazette médicale* soit toute étonnée que MM. de Mirville et des Mousseaux en parlant des esprits aient encore le sens droit.

Je ne dirai pas que ces deux auteurs ne soient peut-être trop enclins à croire ce qu'on leur rapporte; ils ont vu des choses si fortes par eux-mêmes qu'ils peuvent tout accepter ; mais ce que l'on peut dire, sans risque de se tromper après le père Ventura, c'est que MM. de Mirville et Gougenot des Mousseaux, sont à la tête, s'ils ne sont les seuls, de ces écrivains qui déroulent une page d'histoire catholique, et constatent que les phénomènes étranges dont ils sont les témoins, ne sont point des illusions, mais des réalités trop positives, effets d'une cause qui fait partie intégrante de la foi du chrétien, laquelle ne transige pas avec le progrès.

Pour M. des Mousseaux et M. de Mirville, le trait de l'enfer, c'est de s'être fait nier de nos pères au 18me siècle, et certes si le mal implique l'existence de l'enfer, quel siècle moins que le dix-huitième aurait le droit de le nier.

Enfin M. de Mirville et des Mousseaux semblent n'avoir qu'une ambition, celle d'être orthodoxes devant la doctrine de l'Église, leur correspondance avec le père Ventura, jointe à la conviction qu'ils ont dû puiser aux meilleures sources de leur érudition, doit les mettre en paix sur ce point ?

Méthode pratique de Laryngoscopie.

Un des médecins en chef de l'hôpital général de Vienne, M. le docteur Turck, vient de publier en français une brochure dans laquelle se trouvent résumées ses publications antérieures sur la laryngoscopie.

Dans le chapitre premier de son travail l'auteur fait d'abord un résumé historique du sujet. Le spéculum laryngien de Selligues avec lequel Bennati aurait vu la glotte, semblerait avoir été le premier instrument de ce genre, si l'on s'en rapportait, comme M. Turck, au traité pratique de la phthisie laryngée de MM. Trousseau et Belloc. Bien avant la publication de ce traité (1837) M. Charrière père fabriquait des miroirs laryngoscopiques d'après les indications de M. Guénau de Mussy neveu. Ces miroirs métalliques étaient réunis à une tige à gaine au moyen d'une charnière. Une tige plus petite s'engageait dans la première, s'insérait également au miroir au devant de la précédente et lui imprimait des mouvements de va-et-vient très étendus. On obte-

nait ainsi l'angle d'ouverture nécessaire à l'éclairage du larynx. Cet instrument existe encore Chez M. Charrière Comme nous l'avons fait remarquer dans notre cours, il est bien certain que l'idée du miroir laryngien remonte à une époque bien plus éloignée, mais qu'on ne peut déterminer faute d'éléments. Entre une idée et le fait en lui-même, il y a une distance qu'il est impossible d'établir. Il y a plus; un fait qui reste isolé, sans application aucune, est un fait nul Entre le fait pratique et le fait simple, il y a donc une distance presqu'aussi grande qu'entre le fait simple et l'idée première qui l'a engendré, une différence aussi manifeste que celle du jour à la nuit.

C'est pour cela que nous ne pouvons prendre au sérieux le petit miroir laryngoscopique qu'à partir de Liston. Ce médecin anglais est, pour nous, le véritable inventeur du laryngoscope, car il a indiqué en peu de mots, en quoi il consistait, comment on le plaçait dans le gosier et il en a fait l'application au diagnostic des affections laryngiennes. Toutefois Liston s'est arrêté et n'a pas donné suite à ses premières recherches. Il était réservé à M. Turck de prendre le miroir laryngien des mains de Liston et d'en faire un instrument pratique pour le pathologiste.

Avant M. Turck, M. Garcia avait appliqué le laryngoscope à l'étude de la physiologie des organes de la voix; sous ce rapport M. Czermak n'a été que son continuateur. Honneur donc à Messieurs Garcia, Turck et Czermak pour la part qui leur revient dans la propagation de la découverte de Liston!

La plus grande partie du chapitre premier est consacrée à des questions de priorité tout-à-fait hors de propos. Nous regrettons que l'auteur ait mis autant d'insistance à mettre sa personne en évidence. L'amour-propre est toujours un mauvais conseiller; il ne voit et ne connait qu'une idole, celle de soi.

Sur la fin de ce chapitre, M. Turck, laisse échapper quelques expressions qui ne nous semblent pas de bon goût. Ainsi, il trouve que la forme carrée du laryngoscope proposée par M. Czermak est *très peu convenable* (p. 13). Plus loin il ajoute *que personne ne considèrera certainement cette forme comme devant être préférée à la forme circulaire de ses laryngoscopes* (p. 14).

Nous ne partageons pas, quant à nous, cette manière de voir. Non seulement le laryngoscope carré est très convenable; mais nous le préférons, en général, à toutes les autres formes. Le laryngoscope carré a un avantage considérable sur tous les autres; cet avantage est

tout entier dans sa forme Il n'y a aucune difficulté à placer ce miroir dans la position la plus propre à l'éclairage du larynx. Il faut se rappeler seulement *que ses bords doivent être toujours parallèles et verticaux deux à deux et jamais obliques, l'angle de soudure étant en haut.* Cette règle permet au plus maladroit de mettre immédiatement le miroir au devant du voile du palais dans une situation définitive. Tous les tâtonnements et la rotation que M. Turck fait exécuter à ses laryngoscopes sur leur tige sont évités. Une fois placé, il n'y a qu'à lui donner l'inclinaison nécessaire en abaissant ou en relevant simplement le manche de l'instrument. Ce mouvement d'élévation et d'abaissement fait que le miroir se meut sur son bord horizontal inférieur comme axe.

Lorsqu'on fait usage de miroirs ronds, on est obligé de faire subir au laryngoscope des mouvements de rotatipn sur sa tige comme axe, avant de trouver sa position définitive au devant du voile du palais. Ces mouvements sont bien plus étendus lorsqu'il s'agit de miroirs ovales, ou oblongs.

M. Turck aurait dû, ce nous semble, nous faire connaître les motifs qui lui font considérer la forme carrée du laryngoscope comme peu convenable et inadmissible. Une assertion n'a de valeur que par les raisons qui lui servent d'appui.

Dans le second chapitre M. Turck s'occupe du *spéculum laryngo-pharyngien.* Comme on devait s'y attendre, il ne parle que des laryngoscopes ronds et ovales ou oblongs Nous trouvons dans ce chapitre deux observations très justes : la première, c'est que *la tige du laryngoscope doit être droite*; la seconde c'est *que son angle de jonction, c'est-à-dire son angle d'ouverture doit être invariable.* En décrivant notre pharyngoscope nous avons constaté que M. Turck avait fixé cet angle à 120° et que nous étions arrivé au même résultat par une autre voie, sans connaître les recherches du médecin de Vienne.

Cependant nons avons remarqué que les laryngoscopes employés par M. Turck lui-même sur un malade, en présence de la commission de l'Institut, présentaient un angle d'ouverture de 130° à 135° environ. Nous n'avons par conséquent rien à modifier dans ce que nous avons dit sur *les défauts des laryngoscopes allemands.*

Le Chapitre III est consacré au mode d'emploi du spéculum laryngo-pharyngien. Dans un premier paragraphe intitulé *méthode générale*, l'auteur passe en revue les positions ; 1° de la tête (du malade);

2° de la langue ; 3° la manière de régler la respiration ; 4° l'introduction du spéculum.

Pour ce qui est relatif à la position de la tête, l'auteur a fait une remarque importante qui vient confirmer ce que nous avons dit des *illusions d'optique*. « La tête du malade ne doit être inclinée ni à droite, ni à gauche au moment de l'exploration ; sa ligne médiane doit toujours tomber dans la prolongation de celle du tronc. Celui qui n'a pas encore acquis une expérience suffisante et qui n'observe pas cette règle, ne parvient que difficilement à s'orienter : en effet, il se forme des *images asymétriques* semblables à celles qui se produisent dans les cas de torticolis. » Ce que M. Turck vient de dire de la position de la tête du malade est également vrai pour celle des laryngoscopes allemands (y compris ceux dont il se sert) dont l'angle d'ouverture n'est pas fixé à 120°.

Quant à la position de la langue, M. Turck engage ordinairement le malade à faire sortir cet organe le plus qu'il peut. Il procède ensuite à l'examen. Il recommande surtout au malade de respirer fréquemment afin de l'empêcher d'interrompre sa respiration au moment où l'on introduit le miroir laryngien. En parlant de cette introduction, l'auteur reconnaît que son spéculum laryngo-pharyngien ovale prend au devant de la luette une position oblique sur deux sens. Or la seconde obliquité dont parle M. Turck est précisément celle qui l'oblige à faire subir à son instrument des mouvements de rotation sur sa tige comme axe. C'est ce que nous appelons des tâtonnements ; c'est ce qui prouve mieux que tous les raisonnements que l'auteur est contraint de chercher *une position* pour son spéculum. Le laryngoscope carré ne présente pas cette difficulté.

Un autre défaut de cette position oblique du miroir par rapport à la ligne médiane du tronc est signalé un peu plus loin (p. 28) par M. Turck lui-même, lorsqu'il dit : *« la position oblique du miroir n'empêche pas d'obtenir des images droites. »* M. Turck reconnaît donc que cette position produit des images asymétriques, c'est-à-dire des illusions d'optique, et que pour obtenir des images droites il faut recourir à des tâtonnements, c'est-à-dire à des expédients.

Dr MOURA-BOUROUILHOU.

La fin au prochain numéro.

Eaux minérales de contrexéville.

Les sources de l'Etablissement ont été déclarées d'intérêt public par Décret impérial du 4 août 1860.

Goutte, gravelle, maladies des voies urinaires, dyspepsie, affections utérines, etc.

Expéditions directes. Ouverture de la saison le 15 mai.

Eau minérales de Pougues (Nièvre). Alcaline-ferrugineuse-iodée

Traitement des dyspepsies, maladie du foie, de la rate et du pancréas ; affections de l'appareil urinaire, telles que gravelle, coliques néphrétiques, catarrhe de la vessie, etc., la goutte, la chlorose, la chloroanémie, les maladies de femmes, la scrofule, etc.

Ouverture de la saison du 15 mai au 15 octobre.

L'usage des Eaux est dirigé par le docteur Félix Roubaud, médecin-inspecteur et auteur de l'*Hydrologie médicale*, 3 vol. in-12.

Un établissement hydrothérapique complet est annexé aux sources minérales.

Pour les pharmaciens . . 65 cent. la bouteille ;
Et. . . . . 60 » »
pour toute demande dépassant mille bouteilles.

Granules au Carbonate ferreux naissant de Garnier Lamouroux, rue Saint-Honoré, n° 213, à Paris Faire naître le carbonate ferreux dans l'estomac est sans contredit le meilleur moyen d'administrer cette précieuse préparation dans toutes les affections se rattachant aux tempéraments lymphatiques ; sous cette forme, non-seulement il est permis de compter sur la pureté du carbonate ferreux, mais il se trouve de plus dans un état de division tel que le praticien ne peut craindre qu'il traverse le canal digestif sans produire d'effet.

« Voici l'opinion de M. le professeur Bouchardat : L'oxyde de fer au *minimum* que contient le *Carbonate ferreux* est une dose puissante, et l'acide carbonique qui lui est associé peut être déplacé sans difficulté par les acides contenus dans les voies digestives. Cette décomposition lui donne également l'avantage sur les autres sels de fer insolubles. On n'a pas à craindre qu'il traverse le canal digestif sans produire d'effet. D'un autre côté, il est souvent préférable aux sels plus solubles, car sa dissolution dans les sucs acides de l'estomac est lente, graduée et laisse peu à redouter l'impression toujours désagréable et parfois dangereuse que produit la dissolution des autres sels ferreux. »

La Scillitine Mandet, ses sirops et ses pilules.

La Scillitine, résumé des propriétés thérapeutiques de la Scille, est un médicament déjà connu et employé par les praticiens. M. Mandet, pharmacien de Tarare a fait une étude spéciale de sa préparation et l'on sait l'accueil que lui a fait l'Académie, lorsqu'elle a été soumise à son approbation.

La Scillitine extraite par le procédé de M. Chevallier se présente à la pratique dépouillée de tout le principe irritant de la plante, et quel avantage dès lors n'offre-t-elle pas dans les cas de maladies respiratoires ou urinaires, contre les quelles le premier soin est celui de ramener la circulation à l'état normal. Nous ne croyons pas utile d'en dire davantage sur son emploi, non plus que sur la spécificité qu'elle possède contre les diverses affections de l'organisme, qu'il nous suffise de dire que l'expérience a démontré que la Scillitine, s'administre généralement aujourd'hui à la dose de dix à vingt centigrammes par jour.

Croyant rendre son administration plus facile, M. Mandet a pensé qu'il était convenable de faire des pilules et un sirop de Scillitine. L'adoption qu'on a faite de la préparation sous ces deux formes a démontré que M. Mandet avait eu raison. Le sirop et les pilules sont employés tous les jours dans les hôpitaux et dans la clientèlle civile.

La Scillitine pure, et les pilules et sirop de Scillitine se trouvent à Tarare chez M. Mandet, pharmacien, et à Paris, chez M. Adrian, pharmacien, successeur de Page, 25, rue Coquillière.

La sève de Pin et son Sirop.

La sève de pin maritime est une heureuse découverte de nos temps modernes pour la médecine des maladies de poitrine. L'extension qu'elle a prise prouve son efficacité. M. Lagasse a eu la bonne idée de concentrer cette substance en un sirop béchique dont l'adoption a été prompte. Les médecins l'ordonnent avec avantage dans les cas de maladies chroniques telles que catarrhes, asthme humide, bronchorrhe, etc, et ses succès ne sont pas moindres dans les indispositions aiguës de l'hiver, telles que rhumes, laryngites, pharyngites et angines.

On a remarqué que ce *Sirop de sève de pin* a aussi une action évidente sur les sécrétions urinaireres, et les irritations inflammatoires de la vessie; il dispense avec avantage de ces préparations de bourgeons de pin, si généralement employés avant la découverte de la sève qui est la substance la plus intime et la mieux élaborée de l'arbre.

Le *Sirop de sève de pin* de M. Lagasse se vend à sa pharmacie de Bordeaux, Cour-d'Albret, 51, et à Paris, chez M. Grimaud successeur à la pharmacie Dorvault, rue Lafeuillade 7, et chez les principaux pharmaciens de France.

PYROPHOSPHATE DE FER ET DE SOUDE, de LERAS, pharmacien, docteur ès-sciences. — Ce nouveau ferrugineux liquide, incolore, sans goût ni saveur de fer, contient, par cuillerée à bouche, 20 centigrammes de sel de fer. Il offre la composition des os et du sang. Seul, il ne précipite pas en présence du suc gastrique et ne provoque jamais de constipation. Il s'administre par cuillerée à bouche une demi-heure avant chaque repas, et peut se prendre en mangeant associé au vin, qu'il ne décompose pas. On en fait aussi un *Sirop* très-blanc et très-agréable, ainsi que des *Dragées*.

Il est toujours parfaitement supporté, et les observations de MM. Aran, Arnal, Barth, Bernutz, Casenave, Debout, etc., publiées par les divers journaux de médecine ont prouvé qu'il a réussi là où le *lactate de fer*, le *fer réduit*, les *pilules* de *Vallet*, l'*eau* de *Bussang*, de *Passy* et de *Spa* avaient échoué. — Prix du flacon, 2 fr. Dépôt à Paris, à la pharmacie 7, rue de la Feuillade, près la Banque. En province, chez tous les pharmaciens.

Eau sulfureuse de Labassère, près de Bagnères-de Bigorre, Hautes-Pyrénées.

« L'eau de *Labassère* est la plus richement minéralisée des sulfu-« reuses sodiques. » (Pétrequin et Socquet.)

« Trois ans d'embouteillage sans altération. » (Ossian Henry.)

« L'eau de *Labassère* se place en tête des eaux propres à l'expor-« tation. » (Filhol.)

« La stabilité des eaux de *Labassère* leur donne, sur toutes les « eaux sulfureuses connues, pour l'exportation et l'emploi loin des « sources, une supériorité incontestable. » (Cazalas.)

Tableau comparatif par M. Filhol.

« Sulfure de Sodium : Labassère, 0,046 ; Eaux Bonnes 0,021 »
« Chlorure de Sodium : Labassère, 0,215 ; Cauterets 0,026 »
« Matière organique : Labassère. 0,145 ; Luchon 0,036 »

« L'eau de *Labassère* peut être employée *avec avantages* dans « toutes les maladies où les eaux sulfureuses sont indiquées. Elle jouit « d'une efficacité spéciale que l'on ne saurait mettre en doute dans « *le catharre chronique des bronches, les toux convulsives, les « congestions passives du poumon, la tuberculisation pulmonaire, « la laryngite chronique et les maladies de la peau.* » (Filhol. Cazalas.)

J. Gertoux, à Bagnère de Bigorre, seul fermier de la source, expédie.

Pour tous les articles non-signés, le Docteur SALES-GIRONS.

Paris. — Imprimerie de Moquet, rue des Fossés-Saint-Jacques, 11.

LA REVUE MÉDICALE
FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.
(15 Juin 1861.)

CLINIQUE ET MEMOIRES.

DE LA NATURE ET DU TRAITEMENT
DE LA SCROPHULE

PAR M. LE DOCTEUR AUGUSTE **Dumoulin**,
Médecin Inspecteur des Eaux de Salins.

(Voir le cahier du 31 Mai).

L'organicisme a cela de particulier qu'il est logique dans ses erreurs : il n'envisage que la matière altérée ; rien de plus naturel que de rapporter à l'état de celle-ci une amélioration ou une aggravation dans l'état du malade. Dans ce système, les vérités de conséquence sont tirées logiquement de vérités de principe qui sont fausses.

Dans les diverses branches des connaissances humaines, que de gens en sont là ! combien en voit-on qui raisonnent très logiquement en partant d'un principe qui est une erreur !

On entend dire souvent : mais expérimentez sur l'homme en santé et vous arriverez à connaître les procédés à l'aide desquels tel médicament guérit. Je suis fort éloigné de nier l'importance de notions très exactes sur l'action physiologique des médicaments ; mais ici il faut distinguer.

En premier lieu, je ferai remarquer que l'emploi de telle ou telle autre substance sur l'homme en santé n'est plus l'emploi d'un médicament, *car il n'y a pas à guérir*. Voici tout ce que j'observe : un corps étranger, plus ou moins assimilable, a été introduit dans l'économie : il est cause occasionnelle de phénomènes morbides : que son action se prolonge, surtout s'il est suffisamment actif, il sera cause occasionnelle de maladies. Mais il ne faut pas conclure de l'homme sain à l'homme malade, par cette raison bien simple que la maladie n'est point un phénomène physiologique, et qu'il n'y a rien de plus op-

posé à l'observation, à l'observation clinique bien faite que de faire rentrer, à l'instar de certaine école qui voudrait bien se voir grandir, la pathologie dans le domaine de la vie. Toutefois, je l'ai dit et je m'empresse de le répéter ; dans une certaine mesure, les notions sur l'action physiologique des médicaments sont utiles. On a ainsi une sorte de critérium, un peu incertain encore il est vrai, de l'action thérapeutique. Là où telle substance donnée pour guérir et administrée convenablement agit physiologiquement, elle n'est plus médicament; elle est corps étranger, elle peut être inerte quelquefois; elle est souvent dangereuse. Dès lors, il ne faut pas prolonger ce qui n'est plus qu'une stérile expérimentation.

Voilà à quoi servent les recherches sur l'action physiologique des médicaments, mais point à autre chose. Elles éclairent le thérapeutiste, mais elles ne lui rendent aucun compte au sujet du mode d'action. En général, il faut savoir borner ses recherches et ne pas vouloir trouver ce qui, de fait, est introuvable. Pour le traitement de la scrophule pas plus que pour le traitement de toute autre maladie, il ne faut donc pas fonder un espoir de succès sur les notions de l'action physiologique de telle ou telle autre substance.

En résumé, le traitement de la scrophule a suivi jusqu'ici les vicissitudes des divers systèmes qui ont dominé la science médicale. Généralement, on s'est proposé pour but de soigner tantôt les lésions des liquides, tantôt les lésions des solides, ces altérations étant, du fait des erreurs médicales, prises pour la maladie elle-même.

Le traitement ne doit pas être dirigé contre une portion de maladie, mais contre la maladie entière. Reste maintenant à savoir quel procédé doit guider dans le choix des médicaments.

Je viens de démontrer que les investigations sur l'action physiologique des médicaments sont sans doute intéressantes, mais qu'elles élucident fort peu la question du traitement : elles complètent les études sur les agents de la matière médicale, et elles sont en réalité du domaine de celle-ci. Encore une fois, il faut les connaître pour juger de l'action des médi-

caments, mais elles n'autorisent point à employer tel ou tel remède dans telle maladie.

Comment donc procéder, et quel guide suivre pour faire la thérapeutique de la scrophule? Il est bien entendu que ce que je dis ici à propos de cette unité morbide, je pourrais le dire au sujet de toute autre maladie.

Il faut se rappeler que l'on est sur le terrain de la pathologie, et il faut y demeurer. L'on a à soigner une maladie et non point une portion de maladie : le traitement doit donc être dirigé contre cette maladie; mais quel traitement? celui qui *paraît convenir le mieux à sa nature pathologique*.

L'expérimentation clinique démontre que des indications spéciales et analogues commandent le traitement des maladies de telle ou telle classe. Pour les maladies constitutionnelles parmi lesquelles se trouve rangée la scrophule, il y a des données à suivre, données qui résultent de l'examen des affections de ces maladies et de la considération de ces maladies elles-mêmes.

Dans la scrophule, comme dans les autres maladies constitutionnelles, je reconnais deux ordres d'indications à remplir :

1° Les unes s'adressent à la maladie elle-même et aux affections qui en dépendent; leur but est rempli par l'emploi des moyens dont le résultat est de guérir l'affection, d'en prévenir les récidives, d'enrayer autant que possible la marche progressive de la maladie; de faire, en quelque sorte, le traitement prophylactique des affections d'une maladie à marche lente, à longues périodes, qui a déjà produit des manifestations, et qui est évidemment en voie d'évolution.

Ainsi, je ne doute pas que chez l'enfant, ce traitement, bien entendu, bien suivi, ne puisse modifier la forme de la scrophule, et ne réussisse à rendre bénigne une scrophule qui semblait devoir affecter la forme commune.

2° Les autres indications, d'un rang moins élevé, si je puis m'exprimer ainsi, n'en sont pas moins très importantes. Elles sont relatives à des éléments morbides qu'on rencontre dans une foule d'affections; ainsi la congestion et l'inflammation.

Ces lésions président fort souvent au développement des produits morbides au sein de nos tissus; elles deviennent quelquefois une complication. Si leur présence n'est point, en quelque sorte, un fait obligé, il est certain qu'elles se montrent dans la plupart des cas, et qu'elles sont alors de véritables causes occasionnelles : elles sont, qu'on me permette l'expression, des agents provocateurs. Ainsi, pour citer un exemple, l'inflammation chronique avec fluxion sanguine habituelle est, sans contredit, dans un grand nombre de cas, une condition très favorable pour la transformation des solides en tissu cancéreux; c'est ce qu'on voit si souvent pour le col de l'utérus. Dans le cours de la maladie, cette inflammation joue un rôle très important ; elle influe sur sa marche. Pour le cancer, elle active le développement des tumeurs, elle est cause de l'augmentation des douleurs ; elle hâte l'ulcération; c'est elle qui détermine l'engorgement des ganglions lymphatiques voisins. L'inflammation est bien loin de produire le tissu cancéreux, comme l'a professé l'école physiologique; mais elle est aussi très éloignée de demeurer étrangère à sa production, et aux diverses phases qu'il devra parcourir. Combattre l'inflammation chronique peut donc être quelquefois le traitement prophylactique de certains produits nouveaux en empêchant leur marche envahissante et leurs progrès plus promptement funestes; c'est, dans tous les cas, un traitement palliatif convenable.

Dans toutes les affections de la scrophule, l'inflammation joue un rôle très évident. Ne la rencontre-t-on pas dans les affections de la peau, dans les ulcères, dans le catarrhe pulmonaire, dans l'ophthalmie, dans l'ozène, dans les engorgements ganglionnaires, dans les affections du système osseux, et même aussi à la dernière période de la scrophule, dans ces épanchements séreux qui se font dans les cavités splanchniques durant la cachexie ? Il faut donc tout faire pour la prévenir et pour la modérer. Qu'on donne, si l'on veut, à ce traitement le nom de *palliatif*, par opposition à celui qui est plus essentiellement dirigé contre la maladie elle-même, et que l'on désigne plus

particulièrement du nom de *curatif*, peu importe; son utilité, pour ne pas être placée en première ligne et rester accessoire, n'en est pas moins incontestable.

Ainsi donc, deux ordres d'indications :

1° Guérir les manifestations de la scrophule, empêcher les récidives, prévenir le développement d'autres affections de cette maladie. Ce but est rempli par le traitement dit *général*, et par les règles sages qui déterminent la mesure dans laquelle doit être compris l'usage des *circumfusa*, des *applicata*, des *ingesta*, des *gesta*. C'est le traitement curatif. On est fort heureux quand il mérite sans réserve ce nom si plein d'espérances.

2° Guérir l'inflammation qui complique presque toujours les affections de la scrophule, et qui souvent est l'occasion de la chronicité. C'est le traitement palliatif : je préférerais l'appeler traitement *auxiliaire* ou *adjuvant*.

Quelle que soit la forme de la scrophule, que celle-ci soit grave ou qu'elle soit bénigne, il y a toujours lieu de chercher à la guérir. L'expérience nous apprend d'ailleurs, que la scrophule même la plus grave peut guérir. Sans doute, les sujets qui en ont été affectés peuvent porter des traces indélébiles de cette terrible maladie, traces qui résultent de lésions qui ont été très profondes; mais il existe un meilleur état de santé. Il peut rester même des altérations de tel ou tel tissu, altérations compatibles avec l'existence. On voit même des cas où des lésions importantes, d'organes essentiels à la vie, guérissent ou s'amendent à tel point, que les malades peuvent se croire guéris. C'est ce qu'on observe dans la phthisie scrophuleuse. Ces heureux résultats, quand on a le bonheur de les obtenir, n'arrivent qu'après un laps de temps très long. Aussi, ne faut-il point se hâter de condamner les malades et de porter un pronostic trop grave. Il faut surtout ne mettre aucune précipitation, et, pour ainsi dire, se garder d'un zèle que l'expérience réprouve, à faire ces affreuses mutilations que réclame fort rarement, à mon avis, une nécessité absolue, et qui font courir aux malades tous les risques des grandes opérations. Une

sage lenteur dans les décisions de ce genre est un devoir. Je n'en veux pour preuve que ce qui se passe tous les jours sous nos yeux. Les mutilations faites pour des lésions de la scrophule sont fort rares, on peut le dire, dans les classes aisées de la société, fort communes au contraire dans les classes pauvres. Pourquoi ? Parce que chez les premiers individus on a soigné la scrophule, l'on a attendu, l'on a suivi patiemment la marche de la maladie, l'on a favorisé des tendances naturelles à la guérison; parce que les malades et leurs parents n'ont rien voulu livrer au hasard. Chez les pauvres, au contraire, l'on envisage surtout la lésion, et, pour la faire disparaître, on la retranche. L'on professe que, dans les classes nécessiteuses, il est préférable de chercher à guérir, même au prix d'une grave opération, parce que les sujets ne sont jamais placés dans des conditions telles, que la scrophule puisse guérir. Je ne saurais partager ce sentiment. En effet, les mutilations suppriment la lésion présente; mais elles n'empêchent pas le retour d'autres affections de la scrophule, semblables ou différentes; autrement dit, elles ne guérissent point la scrophule. Elles sont souvent des causes de mort. Enfin, dans les cas les plus heureux, les sujets ne sont guère plus aptes à apprendre un état, à travailler, munis d'appareils prothétiques qui laissent souvent beaucoup à désirer, on en conviendra, qu'avec leurs membres guéris des lésions dont ils ont été atteints. Je ne voudrais pas qu'on dût conclure de cet exposé que je réprouve l'intervention de toute chirurgie active dans la scrophule. Loin de moi cette pensée. Je tiens seulement à tempérer son zèle : je tiens à démontrer que la chirurgie, dans ces circonstances, ne doit être que l'œuvre de la main au service de la médecine.

Si je m'empresse, avant d'entrer en matière, pour ainsi dire, de poser ces conclusions, c'est que j'estime que dans un grand nombre de cas, le traitement de la scrophule, j'entends le traitement médical, peut être très efficace. De là, un motif sérieux pour éloigner de ma pensée tout traitement chirurgical prématuré qui ne s'adresse qu'à une lésion. Des auteurs qui ont écrit sur la scrofule, les uns ont montré un profond scepti-

cisme au sujet du traitement de cette maladie qu'ils ont déclarée complètement incurable. Quelques médecins contemporains partagent ce sentiment.

Les autres ont préconisé une foule de médicaments, et ils ont été d'avis de les essayer tour à tour, le dernier employé étant la preuve de l'insuccès de tous ceux qui l'avaient précédé. Enfin, d'autres médecins ont cru trouver dans telle ou telle autre substance un spécifique de la scrophule et l'ont administrée à l'exclusion de tous les autres médicaments.

Ces trois manières de faire constituent trois erreurs. En premier lieu, l'on ne saurait prétendre la scrophule incurable : les faits parlent d'eux-mêmes,et chaque jour nous avons sous les yeux des individus guéris d'affections même très graves de cette maladie constitutionnelle. En général, il faut beaucoup se méfier de ce scepticisme qui s'imagine suivre l'admirable méthode de raisonnement indiquée par Bacon en faisant table rase, en niant tout. De cette façon, on démolit l'édifice de la science, et par suite, il n'y a plus d'art comme corollaire, il n'y a plus rien. Des esprits élevés peuvent et doivent, pour l'enseignement de leur époque, vérifier cliniquement bien des assertions, bien des jugements antérieurs ; mais il y a manière pour le faire. En matière de science, les démolisseurs sont d'assez mauvais architectes : soit impuissance, soit satisfaction à contempler des ruines; ils ne veulent rien réédifier ; ils douteraient peut-être eux-mêmes des solides assises de leur édifice. Si le doute sage et prudent de Socrate est indispensable en médecine, ce doute universel qui se formule par de continuelles négations est ridicule et dangereux. L'expérimentation, sur laquelle il s'appuie cependant, donne à ses opinions un démenti formel. Les médecins qui préconisent une foule de médicaments, et qui conseillent de les employer tour à tour égaient fort, et avec raison, il faut le dire, l'humeur critique des sceptiques dont je viens de parler. Quoi de plus ridicule, en effet, que de poursuivre la guérison d'une maladie à l'aide d'une série de médicaments qu'on administre successivement, sans savoir pourquoi celui-ci est donné le premier,

celui-là le dernier, livrant tout au hasard et ne faisant trop souvent qu'autoriser par une signature les préceptes si volontiers fournis par les personnes étrangères à l'art de guérir. Ce traitement, qu'il s'applique à la scrophule ou à toute autre maladie, n'est pas à discuter : il est extra-médical.

Reste le sentiment des médecins qui s'attachent à un seul médicament, le regardent comme un spécifique et le prescrivent dans tous les cas. Cette opinion est certainement moins erronée que les autres ; elle a du moins, pour elle des précédents. Ainsi, chacun aujourd'hui est d'avis que le mercure est le spécifique de la syphilis dans ses deux premières périodes, que l'iodure de potassium est le spécifique des affections tertiaires de cette maladie, que le sulfate de quinine est le spécifique de la fièvre intermittente. Pourquoi n'en serait-il point ainsi pour la scrophule? l'on peut se le demander. Lugol a certainement cru trouver dans l'iode le spécifique de la scrophule. Helvétius a trop recommandé la solution alcoolique de chlorhydrate de cuivre ammoniacal pour qu'on ne pense pas qu'il la regardât comme un spécifique, et ainsi de divers autres médicaments. Je ne partage pas une opinion aussi exclusive. Je pense que l'on ne saurait indifféremment administrer le même médicament à tous les scrophuleux sans distinction d'âge, de forme de la maladie, des affections présentes, etc.

Enfin, ce que je reproche surtout aux nombreuses investigations que l'on a faites dans le but de guérir la scrofule, c'est que les expérimentateurs se sont placés plutôt au point de vue de la matière médicale qu'au point de vue clinique. Je m'explique : Une raison quelconque a engagé tel médecin à employer tel médicament dans la scrofule, et alors il le donne indistinctement dans tous les cas. Ce n'est point ainsi qu'il faut procéder.

Examinons la marche de la scrofule.

Cette maladie a une longue durée; ses périodes sont très prolongées : elle offre des manifestations, surtout dans le jeune âge, mais aussi dans l'adolescence, dans l'âge mûr et dans la vieillesse : son évolution se fait suivant trois formes, dont l'une

est bénigne, l'autre commune, et la troisième grave. Sous l'influence de bonnes conditions hygiéniques et de médicaments qui n'ont jamais passé pour des spécifiques de la scrophule (des toniques, comme le quinquina, les bains sulfureux, etc.), on voit des guérisons se produire, c'est-à-dire les affections disparaître; l'on voit aussi, dans le jeune âge, la maladie se transformer, et, de grave qu'elle semblait devoir être, revenir à une forme moins dangereuse et plus susceptible de guérison. L'art doit favoriser ces guérisons, les provoquer et chercher à les diriger suivant la marche qu'elles prennent lorsqu'elles ont lieu spontanément. Voilà ce qu'il faut pour réussir.

Je ne dis pas qu'il faille imiter la nature dans ses procédés, parce que la nature n'a rien à faire ici, et que cette nature que pouvait comprendre, si elle la comprenait toutefois, la philosophie payenne d'Hippocrate, ne représente plus pour nous qu'un mot vide de sens. Le spiritualisme chrétien ne peut s'en accommoder, et toutes les philosophies dissidentes partagent le même sentiment. Le naturisme d'Hippocrate a été un point dans l'évolution de la science; mais il n'y faut pas retourner. Je reviens à mes guérisons spontanées. La scrofule, comme tant d'autres maladies, je dirai même plus que bien d'autres maladies, est susceptible de voir guérir les affections qui la constituent, de telle sorte que cette maladie constitutionnelle devient compatible avec l'existence. C'est un fait clinique aujourd'hui parfaitement incontestable. Le traitement curatif de la scrofule consiste donc dans l'emploi des meilleurs moyens destinés à modifier la maladie, de telle sorte que ses manifestations soient plus rares et plus bénignes. Cette manière de procéder exclut toute idée d'un spécifique, dans le sens absolu du mot. En effet, on ne saurait toujours indistinctement donner le même médicament, ici à un enfant, là à un vieillard, ici à propos de gourmes ou d'affections des os, de mal de Pott, etc.

Je vais donner un aperçu rapide des divers médicaments qui ont été préconisés dans la scrophule, et puis j'exposerai le traitement médical et chirurgical de cette maladie et des affec-

tions nombreuses qui en dépendent, traitement que j'appelle le traitement curatif, parce qu'il réussit souvent à rendre la scrofule très compatible avec l'existence, parce qu'enfin, il donne tout ce qu'il peut donner. Le point important, c'est de modifier avantageusement l'unité morbide et de guérir les affections qui se sont développées sous son influence.

TROIS CAS D'EXTRACTION
DE CORPS ÉTRANGERS DANS LE PHARYNX
OBSERVATION
DE PHÉNOMÈNES STÉTHOSCOPIQUES PROPRES A CET ÉTAT.

Par M. le Docteur **Danet**.

Dans le moment où le monde médical vient d'avoir connaissance des nouveaux instruments inventés pour l'inspection des parties profondes de la cavité buccale, il me semble opportun d'entretenir vos lecteurs de trois observations qu'il m'a été permis de faire sur des corps étrangers retenus dans le pharynx. Ces observations, intéressantes sous plusieurs points de vue, le sont principalement par un phénomène stéthoscopique qui m'a paru symptomatique de la présence de corps étrangers dans les parties supérieures des voies respiratoires : je veux parler d'un bruit de râle *sui generis*, facile à percevoir, et que l'on n'oublie plus quand on l'a perçu une première fois.

Dans les trois observations ci-jointes, le bruit a été le même, et il m'a servi à reconnaître non seulement la présence du corps étranger, mais de plus, le côté de la cavité pharyngienne où il s'était logé.

Dans les deux derniers de ces trois cas, je me servis aussi d'un moyen explorateur bien simple qui me permit de reconnaître l'objet, de le saisir et d'en faire l'extraction sans autre instrument que mes doigts et une pince à pansement.

Après avoir perçu le bruit dont je viens de vous parler, et qui consiste en un râle à grosses bulles, craquant bruyam-

ment et entendu très clairement au niveau de l'articulation sterno-claviculaire, je me servais de tous les moyens explorateurs possibles à ma disposition, mais sans arriver à entrevoir ou sentir l'objet de mes recherches, quand il me vint à l'idée de saisir vigoureusement la langue et de la déjeter de côté en la tirant à moi ; cette manœuvre me réussit parfaitement.

Dans les deux cas, je vis les muscles pharyngo-staphylins faire saillie dans l'arrière-bouche, l'amygdale restant sur le côté, et la base de la langue se montrant en haut, entraînant avec elle la muqueuse du pharynx sur laquelle se trouvait implanté le corps étranger; je remarquai en outre que le côté où se trouvait le corps étranger, était le côté correspondant à l'articulation sterno-claviculaire sous laquelle j'avais perçu le bruit dont il a été question plus haut.

OBSERVATION Ire.

I. — Au mois d'août 1859, on me présenta un garçon de 7 ans, demeurant rue Saint-Louis au Marais. Cet enfant était soigné depuis trois mois, pour des accidents causés par la présence d'un petit caillou, qu'il avait, dit-on, avalé.

Les médecins consultés avaient fini, de guerre lasse, par proposer la trachéotomie, et en effet, le danger était grand : l'enfant maigrissait à vue d'œil, des bruits anormaux stéthoscopiques, dont la gravité n'était pas douteuse, des hémoptysies fréquentes et abondantes menaçaient les jours du malade.

J'étudiai cet enfant avec beaucoup de soin ; l'auscultation pratiquée sur tous les points de la cavité thoracique, me fit percevoir, non seulement tous les sons de la gamme pathologique du poumon, mais encore, et c'est cela qui me frappa, sans toutefois que j'y attachasse d'abord une très grande importance, je perçus au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite un râle bruyant, clair et sec dans la respiration.

L'état général du malade, le long temps qui s'était passé depuis l'accident qui avait mis l'enfant dans l'état où je le trouvai, me firent attacher peu d'importance à l'histoire du caillou avalé, et je crus devoir faire avant tout mes efforts pour rétablir la santé générale. Je prescrivis des hémostatiques contre les hémoptysies, des moyens dérivatifs à la peau, des toniques amers, des ferrugineux et l'huile de foie de morue. Après trois semaines de ce traitement, il se manifesta un mieux considérable dans l'état du malade qui, à cette époque, fut pris d'une quinte de toux plus forte que de coutume, quinte qui se termina par un vomissement de sang très abondant, au milieu duquel se trouva un caillou de silex, du volume et de la forme d'un gros haricot de Soissons.

Appelé immédiatement, j'arrêtai assez facilement les nouveaux accidents d'hémorrhagie qui venaient de se déclarer ; je fis continuer le traitement ci-dessus, pendant plusieurs semaines, et le malade guérit parfaitement.

OBSERVATION II.

Au mois de mai 1860, je fus appelé près du colonel d'un régiment en garnison à Paris; il était trois heures de l'après-midi. La veille au soir, en dînant, cet officier avait avalé une arête de merlan (*gadus merlangus*). On avait essayé tous les moyens connus pour précipiter ce corps dans l'estomac, et depuis près de 24 heures, le malade souffrait beaucoup et crachait du sang en abondance. Dès mon arrivée, j'explorai l'arrière-bouche sans rien apercevoir, j'auscultai la cavité thoracique et je ne fus pas peu étonné de percevoir au niveau de l'articulation sterno-claviculaire gauche, un bruit de râle bien fort et très-clair, que je reconnus sans peine comme étant de même nature que celui que j'avais perçu l'année précédente chez l'enfant qui avait avalé un caillou. Je diagnostiquai la présence de l'arête à gauche, je fouillai du doigt et des yeux l'arrière-bouche que l'énergie du colonel me permit d'explorer facile-

ment, je ne trouvai rien. Je crus devoir provoquer des vomissements, et j'administrai l'ipeca à haute dose. Dans un effort d'expulsion, le malade ressentit un picotement assez fort, et comme un mouvement de déplacement derrière l'amygdale gauche; je recommençai mes manœuvres exploratrices, lorsqu'en déviant la langue à droite pour toucher le derrière de l'amygdale gauche, j'eus la sensation d'un corps dur derrière cette glande. J'augmentai le mouvement de déviation de la langue, et je pus apercevoir facilement un corps blanc implanté sur la muqueuse du pharynx, où je fus le chercher avec une simple pince à pansement. Je fis de cette façon l'extraction d'une arête de poisson, de forme triangulaire à angles aigus, longue de cinq centimètres, large d'un centimètre à la base; je reconnus cet os comme étant celui qui chez les poissons du genre *gadus* tient lieu de l'omoplate et de la clavicule des mammifères, et auquel vient s'insérer la nageoire pectorale.

Pendant quelques jours, le colonel souffrit d'une pharyngite, résultat de la présence de ce harpon dans l'arrière-bouche, puis tout disparut.

OBSERVATION III.

III. — A la fin de décembre 1860, un monsieur étranger, demeurant rue de l'Arcade, me fit appeler en toute hâte à 7 heures du soir; il se plaignait de souffrances atroces, provenant de ce qu'il avait avalé un morceau d'os mêlé à ses aliments; il y avait dix minutes que l'accident était arrivé lorsque je me présentai. Le malade, dans un état d'angoisses des plus grands, m'expliqua qu'en mangeant du veau, il avait avalé une esquille assez longue. Je visitai la bouche en me servant de l'abaisseur ordinaire et je ne vis rien.

J'eus alors l'idée d'ausculter la partie antérieure de la poitrine, et je reconnus à l'articulation sterno-claviculaire gauche le même bruit que dans les deux observations précédentes, mais moins clair, moins éclatant que chez le colonel. Je ne doutai cependant pas de la présence du corps

étranger dans l'arrière-bouche et à gauche. Saisissant alors vigoureusement la langue, et la tirant à droite et en dehors, je pus facilement voir implanté sur la muqueuse du pharynx un petit corps blanc, long, grêle, dont je fis facilement l'extraction ; c'était un morceau de chiendent, long de quatre centimètres, provenant d'un balai destiné à fouetter les œufs.

Je crus devoir prescrire quelques calmants, et tout fut dit.

Voilà, Monsieur le Rédacteur, des cas assez fréquents dans la pratique, et si ces notes vous semblent dignes d'être mises sous les yeux de vos lecteurs, je serai heureux, par leur publicité, d'avoir pu faciliter les moyens d'exploration toujours douloureux dans les cas dont il est question, et de faire éviter la perte de temps que nécessite la recherche d'instruments spéciaux que l'on n'a pas toujours sous la main.

Agréez, etc. Dr. DANET.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

De M. le Docteur MATTEI.

Hippocrate ayant observé les dangers de l'accouchement lorsque l'enfant vient par les pieds, déclara cet accouchement *contre nature* ; à plus forte raison, il déclara comme tel celui où l'enfant présentait le siége. Par la suite on put voir à plusieurs reprises l'enfant naître vivant par les pieds et on appela ces accouchements *non naturels* ; c'est-à-dire, moins dangereux que s'ils étaient contre nature. L'art était alors utile, nécessaire même, quoiqu'à la rigueur la nature seule pût quelquefois le terminer par ses seules forces. Ces idées ont régné jusqu'à la fin du XVIII^e^ siècle. Jusqu'à cette époque aussi on a considéré comme étant *contre-nature* celui qui se fesait avec une présentation du siége.

Baudelocque et Mme Lachapelle ont changé ce point de

la science; ils ont réuni en une seule présentation celle des pieds et du siége; de plus ils ont déclaré cette présentation naturelle. Ce sont ces idées qui règnent encore aujourd'hui.

Pour prouver l'erreur de ces principes, il suffirait de dire que ces présentations, entre les mains des plus habiles ont donné un enfant mort sur onze, et quand même l'enfant ne meurt pas, il s'en faut de beaucoup que le travail doive être livré à la nature comme le fait supposer le mot *naturel*. Le cas qui va suivre prouvera, au milieu de mille semblables, que sans l'intervention de l'art, ces accouchements seraient bien plus funestes que s'il s'agissait d'une présentation de la tête.

Primipare quoique âgée de trente-cinq ans. — Présentation du siége du fœtus. — Difficultés du diagnostic pendant le travail. — Engagement difficile de l'enfant ; l'obésité de la mère et la rigidité des articulations de son bassin y sont pour quelque chose. — Insuffisance du seigle ergoté. — Tractions sur les aines et sur la tête. — Naissance d'une fille à terme en état de mort apparente et ranimée. — Indurations sous-cutanées sur les points froissés. — Le tiraillement d'un bras simulant une paralysie congénitale. — Le gonflement des seins chez les nouveaux-nés, ses causes. — Rétention d'urine chez les nouvelles accouchées, ses causes. — Guérison de cette femme sans fièvre bien marquée.

Mlle. P. native de Paris et habitant momentanément Chaillot, route de Versailles 40. Commerçante, âgée de 35 ans, taille au-dessus de la moyenne et bien proportionnée, tempérament lymphatico-sanguin, constitution replète et presqu'obèse. Jamais de maladies graves.

Menstruée à l'âge de 15 ans, elle a continué à voir à peu près tous les mois pendant quatre jours. Elle avait depuis sa jeunesse des rapports avec le père de son enfant ; mais comme il n'en était jamais rien résulté, elle ne s'attendait plus à devenir mère, lorsqu'enfin ses règles se sont supprimées.

C'est dans les premiers jours de septembre 1855 que la dernière menstruation a eu lieu, et attendu son âge, Mlle P. ne savait pas si cela tenait à la ménopose ou à une maladie. Les malaises qu'elle a eus la faisaient incliner vers cette dernière cause; mais bientôt le

grossissement des seins, et puis le grossissement du ventre sont venus dénoncer une grossesse.

Les relations de société du père de son enfant et les siennes ne permettant pas que son état fût connu, Mlle P. est alors allée passer *incognito* à Chaillot les derniers mois de sa grossesse. C'est là que M. le docteur Geniez, médecin traitant, lui donnait ses soins.

La grossesse, dans les derniers mois, n'avait offert rien de bien remarquable, si ce n'est un fort volume du ventre, et surtout une procidence qui ont fait naître les soupçons d'une grossesse gémellaire.

C'est dans la nuit du 2 au 3 juillet 1856, que le travail commence. On appelle M. Geniez, lequel constate que la tête n'occupe pas le détroit supérieur, le toucher vaginal ne trouve pas des parties qu'il soit possible de déterminer, et le palper lui fait voir que la tumeur céphalique occupe plutôt la partie supérieure de l'utérus. Le travail a continué le 3, et à 6 heures après midi, la poche s'est percée spontanément. Après cette rupture, le toucher vaginal a permis de constater la présentation du siège.

Les contractions se suivent avec force et avec fréquence, mais comme l'engagement n'a pas lieu, M. Geniez me fait demander.

J'arrive le 3 à 9 heures du soir auprès de la malade que je trouve debout, soutenue par deux personnes et très-fatiguée; ses appréhensions pour la mort de son enfant et pour la sienne propre sont encore plus grandes que sa souffrance. J'examine cette femme, et je suis appelé à me prononcer si en effet c'est une présentation du siége, s'il y a un enfant ou deux, et s'il y aura possibilité d'avoir un enfant vivant.

Le palper abdominal fait sur un utérus contracté et privé des eaux amniotiques n'était pas aisé. On trouve par ce moyen d'exploration une tumeur allongée comme l'est le tronc de l'enfant, dirigée presque transversalement, et un peu inclinée de haut en bas et de droite à gauche. Après avoir redressé l'utérus qui est fortement dévié à droite, cette tumeur est encore plus facile à déterminer, et alors je trouve manifestement un tronc formant la partie inférieure de la tumeur, la partie supérieure et droite est formée par une tête. Le sillon qui sépare celle-ci du premier, sa rondeur, sa dureté, ne me laissent plus de doute, mais je ne sens pas ce que j'appelle le ballottement simple; la tête est fixe à cause de l'écoulement complet des eaux. Le palper donnerait donc une S. I. G. A., cependant la graisse dont les parois abdominales sont couvertes laisse ici plus d'incertitude que dans les cas ordi-

naires. L'auscultation n'a pas été plus certaine; car les bruits du cœur du fœtus s'entendent sur toute l'étendue de la tumeur, et il est difficile de préciser le siége du maximum: ces pulsations disparaissent même parfois. Le toucher lui-même offre des incertitudes; ainsi on sent à l'entrée utérine une tumeur molle qui peut être une joue ou une fesse; mais en allant d'avant en arrière, on arrive bientôt à un sillon au fond duquel est une ouverture ronde et contractile, c'est l'anus. Plus loin existent des tumeurs molles parmi lesquelles je reconnais l'autre fesse, et entre les deux une troisième tumeur molle assez développée que l'on prendrait pour le scrotum.

Je crois donc pouvoir annoncer la présence d'un seul enfant, encore vivant, et situé en S. I. G. A. Je laisse espérer un garçon.

M. Geniez, qui avait eu connaissance des versions céphaliques que j'opère à travers les parois abdominales, croyait qu'on pourrait changer ici la présentation; mais le travail était trop avancé pour cela, et il a fallu accepter la présentation du siége.

Les contractions utérines qui étaient arrivées à la période de 4 minutes, commencent à se ralentir. Nous tâchons de les rappeler en faisant marcher la femme: comme l'utérus s'incline de plus en plus dans la station verticale, et que cette inclinaison contrarie l'engagement, je relève l'abdomen avec une ceinture fortement serrée.

La nuit s'avance sans que les contractions reprennent, et à minuit nous donnons un gramme de seigle en deux fois, moyen dans lequel M. Geniez a foi; mais je lui prédis qu'il sera insuffisant et qu'il faudra agir plus énergiquement. En effet après l'administration de la poudre, les contractions ont un peu repris, mais le médicament a fini par être vomi, et nous sommes tombés au point où nous étions tout d'abord.

Voyant que le siége ne s'engageait pas du tout, je me décide à aller accrocher l'aine avec les doigts. J'y parviens avec difficulté, tant la saillie des organes génitaux externes me gêne, et tant l'arcade pubienne est saillante. C'est l'aine gauche que j'ai saisie avec le médius et l'index après avoir passé entre elle et les pubis de la mère. Les tractions faites pendant la contraction ont produit un peu d'engagement, j'ai pu alors passer les doigts entre les fesses de l'enfant pour mieux saisir l'aine gauche d'arrière en avant, et c'est alors que je me suis aperçu de l'erreur que j'avais commise à propos du sexe. La tumeur mitoyenne que j'avais sentie était une des grandes lèvres fortement gonflée.

L'enfant est du sexe féminin. Les tractions cette fois sont plus faci-

les et cependant elles ne sont guères plus efficaces. Mes doigts sont fatigués, tant je déploie de force, et le siége est à peine arrivé près du plancher. M. Geniez essaie à son tour sans plus de succès. Je me décide alors à aller chercher un crochet mousse, en attendant on donne à la femme un bain général. L'enfant continue à faire sentir les pulsations du cœur.

A 5 heures du matin le 4, je me dispose à accrocher l'aine de l'enfant avec l'instrument, et pour parer aux appréhensions de la femme nous l'éthérisons sur sa demande. Le crochet est passé entre les cuisses de l'enfant et placé d'arrière en avant sur l'aine gauche qui est antérieure. Quelques tractions modérées ont suffi à dégager le siége; les bras se sont défléchis, et il a fallu introduire toute la main pour les dégager convenablement. Le dos dirigé en avant, j'ai attendu un instant pour voir si je pouvais compter sur l'expulsion spontanée de la tête; mais loin de là; aussi je me suis décidé à l'extraire. Elle était trop profondément placée pour pouvoir repousser l'occiput d'une main et appuyer sur les saillies de la face avec l'autre, afin de la fléchir et de la mieux extraire; aussi j'ai accroché la mâchoire inférieure, et sans faire de violence j'ai pu ainsi extraire cette tête.

C'est une fille de volume ordinaire (3,120 grammes) qui est dans un état de mort apparente, mais que nous pouvons ranimer par les excitants ordinaires. Elle a l'aine gauche écorchée et les parties génitales légèrement contuses, mais pas de lésions grave, pas de fracture.

La délivrance est naturelle. Placenta sain.

J'essaie de déterminer après l'accouchement quels sont les diamètres du bassin, et il m'est impossible d'atteindre le promontoire. Le bassin est assez bien fait.

J'aurais voulu, à cause des fièvres puerpérales qui règnent en ce moment, donner encore du seigle à cette femme, mais M. Giniez n'a pas consenti.

Notre confrère continue à la voir, et il paraît que la journée et la nuit ont été assez bonnes; dans la journée du 5 la malade, qui n'a pas uriné depuis l'accouchement, est tourmentée par des envies qu'elle ne peut pas satisfaire, et comme elle le dit, l'urine passe jusqu'à un point, et là elle est arrêtée. Ce n'est que dans la nuit du 5 au 6 que la miction se fait spontanément, et la malade rend plus de trois litres de liquides en une seule fois.

Je la vois un instant le 6, et elle est assez bien; pas de fièvre, quoiqu'elle ait eu ce matin de légers frissons. Dans la journée elle a

eu du malaise, mais qui a disparu après avoir uriné. Aux soins de M. Giniez je n'ajoute que quelques injections vaginales.

Le 7 on m'appelle pour voir l'enfant qui est déjà confié à une nourrice. Les écorchures de l'aine et le nombril lui même sont enflammés, ce qui va céder bientôt à de simples compresses cératées, et à des bains généraux; mais ce qui m'arrête le plus, c'est la faiblesse et presque l'immobilité du bras gauche, lequel reste pendant sur le thorax, tandis que le droit exécute tous les mouvements. J'examine avec soin s'il n'y aurait pas une fracture, une luxation de ce membre ou même une forte contusion et je ne trouve rien. On voit que la déflexion artificielle a fatigué les muscles du bras; aussi je donne de bonnes espérances. Quand on pique ce bras, du reste, l'enfant lui imprime de légers mouvements.

La mère, sous les soins de notre confrère, a continué de bien aller et s'est remise. J'ai revu l'enfant le 13 et j'ai constaté que ses petites plaies étaient guéries. Le bras faible a repris de la force, et fait presque les mêmes mouvements que l'autre, mais je remarque sur le bras malade et sur le cou trois nodosités peu saillantes et grosses comme de petites noisettes. Elles adhèrent à la peau et sont comme roulantes dans le tissu cellulaire sous-cutané. C'est évidemment une induration du tissu cellulaire qui s'est produite sur les points froissés. Je remarque aussi que les deux glandes mammaires de cette enfant sont gonflées et même rouges. J'ordonne du beurre de cacao et du taffetas appliqué sur les nodosités et les mamelles.

Le 17 je revois l'enfant, et les indurations du tissu cellulaire comme les glandes mammaires ont considérablement diminué. Le bras reprend aussi de la force. Depuis ce moment l'enfant est allé de mieux en mieux. Je l'ai vaccinée à six mois et en ce moment elle était très bien portante; mais j'apprends que cette enfant est morte à l'âge de trois ans.

Réflexions. — Le bassin de cette femme était assez bien conformé pour que le travail dût être moins long, mais comme les anciens l'avaient déjà remarqué, les femmes obèses et celles qui commencent tard à faire des enfants accouchent plus difficilement que les autres. A quoi peut-on attribuer cela? Probablement au tissu cellulaire adipeux du petit bassin qui rétrécit le passage, ou à celui qui se trouve entre les muscles expulseurs dont il diminue l'action. Quant à l'âge,

sans dire avec les anciens que les articulations du bassin s'écartent au moment du passage de l'enfant, il faut convenir que leurs ligaments relâchés pendant la grossesse prêtent un peu durant le travail si la femme est jeune, ou si elle a fait des enfants, et ne prêtent pas du tout si elle devient seulement mère à un âge avancé.

Les difficultés qu'a rencontrées ici la présentation du siége et les dangers auxquels elle a exposé l'enfant prouvent combien il est utile de l'éviter en la changeant en présentation du sommet; mais, pour cela il ne faut pas que le travail soit déclaré. Une fois le travail commencé, fallait-il abandonner les choses à la nature comme on le conseille dans ces cas? Si nous avions attendu plus longtemps, je crois que nous y aurions joué la vie de l'enfant, et nous aurions aggravé la position de la mère.

Cet enfant a offert le gonflement des seins dont on a parlé depuis longtemps, mais sans en donner l'explication. Ce mécanisme me paraît être cependant bien simple : c'est qu'après la naissance, une plus grande quantité de sang afflue dans les parois thoraciques et dans les glandes mammaires.

Chez cette femme il y a eu une rétention d'urine, ce qui n'est pas rare chez les nouvelles accouchées; mais le mécanisme n'est pas toujours le même. Quelquefois, c'est une sorte de paralysie, et le seigle que je donne habituellement aujourd'hui après l'accouchement, prévient cet accident. D'autres fois, c'est une véritable contusion de l'urètre qui se gonfle et barre le passage. Chez notre femme, c'est probablement ce dernier cas qui a eu lieu. Si on avait pratiqué le cathétérisme, on aurait trouvé cette sorte de rétrécissement traumatique, tandis que le canal est libre dans le cas de simple paralysie.

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

Journaux de Paris.

Etudes historiques, expérimentales et cliniques sur la cautérisation; par MM. Salmon et Maunoury, chirurgiens de l'hôpital de Chartres. — Corps solides servant à la cautérisation actuelle.

Un très grand nombre de corps solides métalliques ou non métalliques ont été et sont encore usités pour produire la cautérisation actuelle. D'après Fallope, une partie de ceux dont il est fait mention dans Hippocrate (bois cru, champignons, etc.), dans Théophraste (bois de vigne), dans Cælius Aurelianus (bois d'herbe à foulon), dans Ætius (moelle desséchée de bois de noyer), dans Rhazès et dans Albucasis (bois de myrte humide) dans Ali Abbas (chêne et amadou), dans Isaac (bois de chêne vert), etc., etc. Dans l'époque moderne jusqu'à nos jours, les chirurgiens ont nécessairement augmenté ce nombre de tous les produits combustibles que faisait naître chaque découverte nouvelle de la chimie. On a essayé ainsi, parmi les composés crépitants et détonants, la poudre à canon, le coton et le papier imprégnés de nitrate de potasse ou de chlorate de potasse, la poudre-coton (pyroxile); parmi les sels métalliques activant la combustion, le sous-acétate de plomb, le sulfate de cuivre, le bichromate de potasse, etc., desséchés dans les fibres de certains tissus; parmi les métalloïdes, le soufre et le phosphore; parmi les métaux, en outre du fer, du cuivre, de l'argent et de l'or employés de toute antiquité, le platine et le potassium; enfin, le camphre, parmi les composés organiques inflammables.

Occupons-nous seulement des principaux d'entre eux sous la division suivante: 1° cautères solides combustibles ou inflammables; 2° cautères solides ni combustibles ni inflammables, développant de la chaleur par réaction chimique; 3° cautères métalliques ni combustibles inflammables.

Effets de la cautérisation avec les cautères solides combustibles ou inflammables.

Historique. La plus ancienne application à la cautérisation actuelle des substance solides combustibles ou inflammables, lin cru, coton, feuilles desséchées de certaines plantes, etc., a été opérée à l'exemple des peuples barbares de tous les temps et c'est ce genre de brûlure que pratiquaient les peuplades citées par Hérodote et par Hippocrate. On se souvient, en effet, d'après la citation de Prosper Alpin (V. n° 7), que les Egyptiens appliquaient pour se cautériser des bandes de toile qu'ils enflammaient de la pointe à la base. Le même moyen d'adustion était encore mis en usage dans les Indes, en Chine, au Japon, en Turquie : « Je crois, dit Fabrice d'Acquapendente, qu'Hippocrate entend par lin allumé une corde faite de lin cru retors, comme est une mèche de mousquet.

Les Turcs gardent encore cette coutume de cautériser avec un linge retors et replié. » Quand les Portugais pénétrèrent dans les Indes, ils virent que les peuples de ces contrées roulaient ou filaient avec de grands végétaux de petites cordes dont ils faisaient provision et dont ils coupaient des petits bouts quand ils voulaient se cautériser. De là vient peut-être l'origine du mot portugais *moxa*, de *méchia*, *motxia*, *moxia* qui signifient mèches. Or, cette expression était tout à fait inconnue en Occident quand Ten Reyne l'importa sur le continent ; en France, il y a cinquante ans, à peine quelques hommes studieux savaient-ils ce que c'était que le moxa. Pouteau et Desjardins venaient de le leur apprendre après l'avoir appris eux-mêmes de Ten-Rhyne, de Kœmpfer et peut-être du chevalier Temple. »

Les chirurgiens arabes mentionnent la cautérisation avec le lin, les racines d'aristoloche, etc., mais sans indiquer qu'ils en faisaient fréquemment usage. Si l'on prend du bois, dit Avicenne, et qu'on l'allume au feu tant qu'il soit enflammé et qu'on l'approche des verrues, elles seront desséchées.» Il est de même des Arabistes qui préféraient à ces agents, soit les cau-

tères métalliques, soit les cautères potentiels. Guy de Chauliac parle ainsi seulement par exception du traitement qu'on lui fit subir, d'après ce que conseille Henric, à l'aide du soufre allumé : » Quant à la corne qui est aux pieds, Henric conseille (et ainsi opéra mon cordonnier à Paris, contre ma volonté en un orteil de mon pied) qu'on rase et pare ou allise par dessus la corne tant qu'il sera possible ; puis qu'on mette dessus une platine de fer ou de cuir à laquelle il y ait un trou selon la grandeur de la corne, et lors en ce trou soit mise une goutte de soulphre ardent et qu'on le laisse éteindre sur le lieu... et il sera guéri. »

Fallope avait aussi probablement en vue le traitement indiqué par Henric et par Guy quand il indique d'opérer comme il suit dans les fils « acrochordones » et les verrues qui naissent aux mains; qu'on prenne d'abord la moitié de la capsule d'une noix dépouillée de ses parties intérieures, et qu'on la perce d'un trou de la dimension de la verrue à cautériser ; l'appliquer alors sur celle-ci de telle sorte que la partie arrondie de la capsule touche la main; dans la partie creuse verser le soufre qu'on enflammera avec un charbon ou avec une chandelle. Laisser à demeure jusqu'à ce que la chaleur de la capsule commence à se communiquer à la peau ; retirer alors le tout.

Marc-Aurèle Séverin a multiplié dans sa Pyrotechnie chirurgicale l'usage des cautères solides combustibles et inflammables. Un paragraphe entier de son livre traite du choix que le chirurgien doit faire du soufre qu'il emploie suivant les cas. Ainsi il mélange ensemble pour les enflammer « tous les analogues du feu, asphalte, naphthe, camphre,soufre, eau-de-vie, poudre à canon, *pulverum pyrium*. » Si l'on veut unir substances solides à substances liquides, produits végétaux à produits animaux ou minéraux, qu'on mette ensemble lin et coton, avec laine, soie ou toile d'araignée, et qu'on y incorpore soufre, coton, bitume, naphthe et camphre ; c'est avec ces moyens qu'il a coutume « de brûler les ulcères cacoèthes. » On pourrait prendre encore l'huile avec sandaraque, avec encens, avec myrrhe, avec poix, avec gomme, avec toutes les résines,

en un mot, ou encore le beurre avec le soufre, avec le nitre, avec l'esprit-de-vin, etc.

Après ces incroyables exagérations dans le nombre et dans la fabrication de cautères inflammables de toute espèce, il faut arriver pour en retrouver la trace jusqu'à la tentative infructueuse de Prosper Alpin d'abord, puis jusqu'à Pouteau. En effet, Percy, qui a rassemblé les noms des écrivains qui ont vanté les heureux effets du moxa, les a rencontrés seulement en Italie, en Allemagne, en Pologne, etc., où non-seulement on connaissait bien cette adustion, mais où l'on savait encore en user. Il cite ainsi Jean Vesling qui avait voyagé en Egypte, Pechelin en 1661, Bernard Geil, qui publia en 1676 un mémoire « tendant à donner l'éveil aux gens de l'art. » André Cleyer, qui avait séjourné à Java et s'efforçait de prouver à ses confrères que le moxa fait avec la grande armoise du pays était aussi bon qu'on en peut faire avec l'armoise de la Chine. Herman Buschoff (1674), exhortant ses compatriotes de ne pas repousser cet *incomparable* remède, Jean Municks enfin, au commencement du dix-huitième siècle.

Mais en France, la période la plus brillante de la cautérisation actuelle pratiquée avec le moxa eut lieu au commencement du dix-huitième siècle. De 1803 à 1819, quatre thèses furent soutenues à Paris sur ce sujet. En 1809, Larrey écrivit lui-même « en grand praticien » l'article *Moxa* du Dict. en 60 vol. Enfin Percy, dans l'article du même dictionnaire intitulé *Moxibustion* « mode d'action propre aux diverses substances inscibles » regrettait le sujet du moxa qui lui avait été dévolu d'abord dans ce livre, mais qui avait été donné à un autre coopérateur, s'y trouvait traité de telle sorte que personne n'eût pu le saisir et se l'approprier ainsi. Aussi est-ce durant cette période que se sont multipliés les procédés de fabrication du moxa : les uns le faisant avec du phosphore, du potassium, du camphre, de la poudre à canon ; d'autres le préparant comme nous l'avons décrit d'après Græfe (V. n° 71) ; d'autres faisant usage uniquement de moelle du soleil, *helianthus annus* (Percy), de feuilles desséchées ou pilées de bar-

bane, de bouillon-blanc, de tanaisie, du duvet des artichauts, des chardons, de feuilles de vigne; d'autres enfin, incorporant au coton ou aux tissus de fil de nitre, du chlorate de potasse, enfin de l'acétate de plomb, ainsi qu'il sera dit en parlant de la fabrication et de l'application du moxa, etc.

Au point de vue de la question qui nous occupe ici, l'action cautérisante de tous ces divers agents solides combustibles ou inflammables, nous avons dû expérimenter nous-même le plus grand nombre des substances que nous venons tout à l'heure de mentionner, et nous allons transcrire ici le résultat de ces recherches.

2° *Effets de la cautérisation par la poudre à canon.*

La poudre à canon est un très mauvais moyen de cautérisation quand elle est pure; car son inflammation rapide à la surface de la peau laisse à peine à la flamme le temps de produire sur cette membrane une rougeur un peu durable. Mais si la peau est légèrement humide, comme la déflagration est plus lente, on donne lieu fréquemment à une rougeur intense qui dans la soirée ou le lendemain devient le siège d'une phlyctène légère, circonscrite, contenant une sérosité plus ou moins trouble. L'action est encore plus vive si la poudre a été au contraire mouillée; il y a déflagration progressive, action cautérisante, énergique, incrustation abondante dans la peau de charbon et de carbonate de potasse fondu, enfin escarrification extrêmement irrégulière par sa profondeur et par son étendue. Ajoutons que la crépitation de l'agent comburant a déterminé à une plus ou moins grande distance du point cautérisé de nombreuses petites brûlures très-circonscrites, qui ont dans quelques endroits dépassé le second degré.

Les médecins qui ont fait usage de la poudre à canon, l'ont employée de diverses manières. Un d'eux, M. Potel, président du comité médical d'Évreux, employa seulement dans un cas la flamme de la poudre enflammée sur une planche. Mais, dans deux autres cas, il appliqua la poudre à canon directement sur la peau dans une très grande étendue (du poignet au coude, de

la malléole droite au haut de la cuisse), et l'enflamma. Un autre médecin, M. Lablake (de Bellegarde,) imita le même procédé d'adustion avec la flamme, chez une femme frappée de paralysie incomplète du bras, et la malade ayant guéri en fut quitte pour une suppuration d'une quinzaine de jours.

2° *Effets de la cautérisation par la poudre-coton chloratée, le coton nitré ou chloraté, le chanvre nitré ou chloraté.*

La première idée qui a dû venir aux chirurgiens qui ont fait usage du moxa de linge de Prosper Alpin, ou du moxa de coton de Pouteau, a été assurément d'y associer certains sels destinés à en activer la combustion. Ainsi ont pris naissance les premiers moxas de Percy, faits de lin ou de chanvre très-court, fin et bien propre, imprégnés d'une dissolution de salpêtre (60 grammes de sel pour 1000 gr. d'eau); mais suivant la quantité de nitre incorporée dans le moxa, l'action est quelquefois tellement rapide que souvent le moxa brûle et se consume comme une fusée, avec flamme quelquefois et ordinairement avec tant de promptitude qu'il ne détermine presque pas d'escarre, aussi M. Dupuytren les a-t-il à peu près abandonnés. On remarque le même inconvénient avec les moxas de M. Bonafous (de Turin), faits avec de la moelle du maïs, du sureau ou de l'héliante annuelle soumise à plusieurs reprises à une imbibition prolongée dans une dissolution de nitrate de potasse. Toutefois, l'auteur indique, comme moyen de ralentir la combustion si on le désire, d'entourer le cylindre de coton filé qu'on serre avec force. D'après nos expériences, les chirurgiens éprouveraient les mêmes mécomptes en remplaçant le nitrate de potasse par le chlorate de la même base, et le coton ou le papier ordinaire par le piroxile, comme nous l'avons expérimenté ; car suivant le plus ou moins de pureté de ce produit et la plus ou moins grande dose d'humidité dont il se charge facilement, on obtiendrait soit une action extrêmement rapide sans cautérisation réelle, soit une action assez puissante, comme le ferait la poudre à canon mouillée. Signalons en terminant ce paragraphe que le pyroxile pur ne saurait servir de moxa, comme on l'a proposé dans ces derniers temps, puisque en-

flammé sur la peau, non-seulement il ne produit aucune sensation de chaleur, mais encore il laisse un dépôt de gouttelettes, indices certains de la basse température qu'il présente pendant sa combustion.

3° *Effets de la cautérisation avec le coton, le papier, le linge de fil imprégné de sous-acétate de plomb, de bichromate de potasse, etc.*

Percy en terminant son article *Moxibustion* du Dict. en 60 vol., s'exprime ainsi : « Nous ne devons pas laisser ignorer qu'on peut faire des moxas aussi ignescibles et aussi efficaces que les nôtres en imprégnant d'acétate de plomb du coton ordinaire et en le faisant sécher avec précaution. C'est ainsi que depuis quelque temps on prépare des mèches pour l'usage de l'artillerie ; mais le coton en brûlant répand une odeur si nauséabonde et si insupportable qu'il est impossible de s'en servir. » L'expérience a conclu contre l'opinion de Percy, et de nos jours on prépare le plus souvent les moxas d'une manière extemporanée soit avec le sous-acétate de plomb liquide, soit avec une solution concentrée de bichromate de potasse suivant l'indication de M. Jacobson (de Copenhague). M. Marmorat, qui a expérimenté comparativement ces deux espèces de moxas, en les faisant brûler sur un cahier de papier pour juger de la profondeur comparative des escarres par le nombre de feuilles atteintes, prétend que le papier imprégné d'acétate de plomb l'emporte sur tous les autres ; cependant sur la peau, ajoute-t il, la différence est bien moins grande. Ces moxas brûlent d'eux-mêmes quand ils sont en ignition, et cela avec lenteur et régularité. D'un autre côté, il n'est pas exact de dire qu'ils exhalent une mauvaise odeur ; c'est celle du coton ou du papier brûlé.

Enfin on peut se servir du même cylindre pour appliquer plusieurs cautérisations, et l'on produira ainsi, suivant la hauteur où l'on arrête la combustion, soit simplement la rougeur, soit la phlyctène, soit une escarre.

Cette escarre sera superficielle et blanche, laissant toujours intact le tissu cellulaire sous-cutané, si l'on retire le moxa à

l'instant de la rupture de la vésicule, ce dont on est averti par le bruit qui l'accompagne. Au contraire, en laissant le charbon incandescent s'éteindre sur la peau, on déterminera une escarre profonde, ce qui tient au charbon qui forme le résidu de l'opération, et dont le calorique se conserve comme sous la cendre, au milieu de particules métalliques formées de litharge si l'on s'est servi d'acétate de plomb, et d'oxyde de chrome si l'on a fait usage du bicarbonate de potasse.

Ajoutons qu'à défaut de l'une ou de l'autre des dissolutions précédentes, on pourrait employer une solution de sulfate de cuivre, et que le résultat de l'opération serait absolument identique.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie de Médecine.

Rapport sur les épidémies et les eaux minérales. — Coloration noire. — Diphtérite et paralysie consécutive. — Extraction des calculs de l'urètre. — Absorption par les cornées.

Séance du 28 mai 1861. — Présidence de M. Robinet.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un rapport de M. Fabas sur le service médical des eaux minérales de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées) pendant l'année 1859 (Comm. des eaux minérales.)

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Landouzy, qui informe l'Académie qu'il réunira samedi prochain, à la clinique de l'École de Rheims, un certain nombre de pellagreux de l'Hôtel-Dieu et des environs ; 2° une lettre du secrétaire général de la Société d'acclimatation, qui demande à l'Académie de vouloir bien concourir à une souscription ouverte pour ériger une statue à Daubenton ; 3° un mémoire sur le traitement de la fièvre pernicieuse hématurique, par M. de Poyen, médecin à la Guadeloupe (commis. : MM. Louis, de Kergaradec et Beau) : 4° le modèle d'une scie propre à faciliter les résections des os, par M. Mathieu ; 5° un pli cacheté

déposé par M. O. Réveil, contenant une note sur l'influence de divers agents chimiques sur l'action des virus et des venins (accepté); 6° M. Moulin adresse un dessin et une note détaillée (en y joignant les instruments sur un utéroscope et un redresseur utérin qu'il avait fait fabriquer par M. Charrière, il y a plus de vingt ans.

— M. Robert dépose sur le bureau deux communications de M Dépierris (de San-Francisco), l'une relative à un nouveau procédé pour l'excision des polypes utérins, l'autre concernant un cas de bec-de lièvre congénital opéré par la résection du maxillaire supérieur. (MM. Laugier et Huguier.)

— M. Gavarret présente, de la part de M. Francisco de Argilagos, de Cuba, une note sur un nouveau moyen de corriger l'influence fâcheuse que la lumière exerce sur les yeux soumis à l'examen avec l'ophthalmoscope.

— M. Velpeau présente de la part de M. Lauzin, médecin à Arzacq (Basses-Pyrénées), quelques observations ayant pour objet de démontrer la transmission de la syphilis des nourrissons aux nourrices.

— M. Depaul dépose sur le bureau une observation relative à un cas de gangrène inflammatoire à forme serpigineuse, avec destruction complète de l'aponévrose plantaire, survenue chez un sujet diabétique, par M. le docteur A. Favrot.

— M. le secrétaire perpétuel donne lecture de la note suivante, déposée sur le bureau par MM. Cruveilhier, Barth et Beau :

La commission chargée par l'Académie d'examiner le travail de M. le docteur Antoine Cros ayant pour titre : *Mémoire sur un progrès réalisé dans l'étude et la pratique de la percussion médiate par une modification du plessimètre* », sans adopter unanimement toutes les opinions exprimées dans le rapport que M. Piorry a lu sur ce travail, se joint à M. Piorry pour proposer à l'Académie l'adoption des conclusions de ce rapport, qui sont :

1° D'adresser à M. le docteur Antoine Cros une lettre de remercîments pour la communication de son travail;

2° De renvoyer le travail de M. A. Cros au comité de publication.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

— M. Guibourt, au nom de la commission des onze sections, donne lecture d'un rapport qui conclut à ce que l'Académie déclare qu'il y a lieu de faire la prochaine nomination dans la section de pharmacie.

En conséquence, M. le président déclare la vacance dans cette section, et invite les candidats à se faire connaître.

— M. Gibert lit un rapport sur un travail relatif à la chromhydrose (coloration noire de la peau), lu en séance par M. Lasègue, au nom de M. Leroy de Méricourt, le 31 août 1858 :

Le 20 août 1858, dit M. le rapporteur, j'ai déjà eu l'honneur de faire à l'Académie un rapport sur une observation de coloration noire du visage adressée par M. le docteur Bousquet, de Saint-Chinian (Hérault). Aujourd'hui j'ai à vous rendre compte d'un travail beaucoup plus important et beaucoup plus complet sur le même sujet. Il a pour auteur M. Leroy de Méricourt, professeur à l'École de médecine navale de Brest : c'est une véritable monographie, qui résume dix-neuf observations particulières. La coloration noire si étrange, qui défigure les traits, se borne le plus ordinairement aux paupières et à la partie supérieure du visage. La matière noirâtre qui colore la peau peut s'enlever à l'aide d'un linge ou d'une éponge; mais elle ne tarde pas à se reproduire par transsudation.

L'analyse chimique a fait reconnaître dans cette matière la présence du carbone et du fer.

Cette sorte de difformité, d'autant plus désagréable qu'elle n'a été observée jusqu'ici que sur des filles ou sur de jeunes femmes, n'a eu heureusement chez quelques-unes qu'une durée temporaire; mais chez les autres, elle a persisté pendant plusieurs années, laissant seulement dans

plus d'un cas des intervalles de disparition complète qui auraient pu faire croire à la guérison.

Les topiques résolutifs et l'emploi des moyens généraux propres à régulariser la menstruation lorsqu'elle est troublée, ce qui est le cas le plus ordinaire, tel est le traitement qu'il semble naturel d'opposer à cette affection, mais qui jusqu'ici toutefois n'a pas montré grande efficacité.

Notre confrère de Brest était dans l'Inde à l'époque où M. Bousquet envoya son observation à l'Académie, et il ne put en avoir connaissance, non plus que du rapport dont elle a été l'objet. Aussi n'en est-il pas fait mention dans l'historique de l'affection tracée par l'auteur.

M. de Méricourt est arrivé néanmoins aux mêmes conclusions que celles formulées par la commission; il pense, comme nous, que la transsudation noire qui s'opère à la surface de la peau est due à l'exhalation de la matière colorante du sang, et il serait même disposé, pour éviter toute équivoque sur ce point, à remplacer la dénomination de chromhydrose χρῶμα matière colorante, ἱδρώς, transsudation) par celle de chromocrinie, adoptée par M. Gintrac (de Bordeaux).

Comme nous aussi, M. de Méricourt rejette la pensée que cette coloration soit due à une sécrétion particulière des follicules sébacés, et constitue ainsi une variété de l'*acne sebacea*. Au lieu de se montrer de préférence là où abondent les follicules sébacés, la matière colorante a, au contraire, son siége d'élection dnns des points de la peau où cet élément anatomique est extrêmement peu développé.

D'ailleurs, quand on enlève mécaniquement le produit excrété, on n'aperçoit nullement les orifices des follicules qui auraient pu la fournir. M. Hardy, qui pendant un voyage à Brest a pu examiner une des malades de M. de Méricourt, repousse formellement comme nous toute assimilation avec l'*acne sebacea*.

Le professeur de Brest cherche à établir une relation intime entre l'apparition de cette singulière sécrétion morbide

et la menstruation chez les femmes, qui seules jusqu'à présent, en ont offert des exemples. Il serait très important que d'autres observateurs pussent être à même de vérifier ses opinions sous ce rapport.

Quant au nombre très grand relativement de cas de cette affection recueillis à Brest, il convient de considérer ce fait comme un des points les plus curieux de son histoire. Mais on ne saurait sérieusement, comme on a tenté de le faire, y voir la preuve d'une supercherie se propageant par imitation.

L'existence de cette coloration singulière, observée en Irlande, à Angers, à Colmar, à Saint-Chinian, à Nantes, dans les Ardennes, ne saurait désormais plus être contestée, et M. de Méricourt a eu le mérite d'établir définitivement la réalité et les caractères de cette entité morbide, aussi curieuse par son phénomène extérieur que par sa nature intime. A ce titre, le mémoire de M. Leroy de Méricourt présente un intérêt réel. J'espère donc que vous voudrez bien accueillir les propositions suivantes, qui servent de conclusions à ce rapport, et qui sont les mêmes que celles que vous avez déjà adoptées pour le précédent mémoire du docteur Bousquet, savoir :

1° Des remercîments à l'auteur et le renvoi à la commission chargée de dresser la liste de candidature de la demande de M. Leroy de Méricourt, qui aspire au titre de membre correspondant national.

2° Le renvoi de son travail au comité de publication.

M. Depaul n'est pas de l'avis du rapporteur sur les faits communiqués à l'Académie. Il craindrait, si le rapport était adopté dans ces termes, que l'Académie s'engageât trop légèrement à admettre des faits qui ne lui paraissent pas démontrés.

M. Barth exprime également le désir que l'Académie réserve son opinion à l'égard de faits semblables. Il y a quelques années, il a eu l'occasion de voir avec M. Nélaton un fait de ce genre, et, grâce à une surveillance active, il est

parvenu à découvrir qu'il ne s'agissait que d'une supercherie.

M. Gibert. — Dans le fait de M. Leroy de Méricourt, comme dans celui qu'a vu M. H. Hardy, comme dans ceux de M. Billard, d'Angers, et de M. Bousquet, de Saint-Chinian, toutes les précautions imaginables ont été prises pour se mettre à l'abri de la supercherie. D'ailleurs l'Académie, en adoptant les conclusions du rapport, n'engage en rien son opinion.

On demande le vote des conclusions par articles.

Le premier article est mis aux voix et adopté.

Le deuxième article, après une première épreuve douteuse, est rejeté.

En conséquence, la première conclusion est seule adoptée par l'Académie.

— La parole est donnée à M. Bouillaud à l'occasion de la dernière communication de M. Bousquet sur la doctrine des états organopathiques.

M. Bouillaud déclare qu'il a cédé la parole à M. Piorry.

M. Piorry lit un discours en réponse aux attaques dont il avait été l'objet de la part de M. Bousquet dans la dernière séance.

M. Bouillaud renonce à la parole.

M. Chassagny, de Lyon, communique à l'Académie deux observations d'accouchements laborieux : l'une de M. Chappot, médecin de l'Hôtel-Dieu, et l'autre de MM. les docteurs Gubian, Drutel et Coutagne, à l'appui de l'utilité du forceps ou appareil à traction, qu'il a présenté à l'Académie il y a environ trois mois. (Commissaires, MM. Moreau, Danyau, Jacquemier.)

— M. Huguier présente un jeune homme sur lequel il a pratiqué l'ablation d'un polype-naso-pharyngien par la méthode ostéo-plastique.

— La séance est levée à cinq heures.

SEANCE DU 4 JUIN 1861. — PRESIDENCE DE M. ROBINET.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Bourguet, d'Aix, qui demande que son mémoire sur l'uréthrotomie externe soit réservé pour le prochain concours d'Argenteuil (accordé);

2° Une lettre de M. Appia, président de la Société médicale de Genève, qui annonce à l'Académie le décès de M. Rilliet, mort subitement à la suite d'une vive douleur à l'épaule;

3° MM. Mialhe, Lefort et Gobley, informent l'Académie qu'ils se présentent comme candidats à la place vacante dans la section de pharmacie;

4° MM. Robert et Collin, fabricants d'instruments de chirurgie, présentent à l'Académie une canule à trachéotomie.

Cet instrument se distingue de ceux qui ont été faits pour la même opération par une grande mobilité qui lui permet de suivre les mouvements de la trachée. Cette disposition a été obtenue au moyen d'ailettes mobiles, fixées de chaque côté de la plaque de la canule externe.

Les mêmes fabricants présentent également un nouveau dilatateur de la trachée, exécuté d'après les indications de M. le docteur Garnier (du Mans). C'est une pince à branches croisées et à extrémité recourbée, qui, une fois introduite dans la trachée, embrasse par sa concavité la partie supérieure de l'incision trachéale.

— M. le secrétaire perpétuel présente au nom de M. Fusster, de Montpellier, un ouvrage intitulé : Monographie clinique de l'affection catarrhale.

—M. Gibert communique à l'Académie une lettre de M. Leroy de Méricourt, offrant de montrer aux incrédules trois cas de coloration noire de la peau en ce moment dans son service à Brest.

—M. Littré lit une note intitulée : De la diphtherite et de la paralysie consécutive à la diphthérite dans les œuvres d'Hippocrate.

Après un court préambule, dans lequel il justifie cette lecture rétrospective, M. Littré trace un rapide tableau de

la paralysie diphthéritique, d'après les ouvrages les plus récents, puis il ajoute :

Voyons ce que les hippocratiques ont observé dans une maladie qui eut de semblables phénomènes consécutifs, et dont je laisse provisoirement le nom en blanc.

On lit dans le VIe livre des Epidémies (VI. 7, 1) la description d'une maladie qui ne porte aucune dénomination particulière ; l'auteur ne la désigne que sous le nom de la *toux* ou les *toux*. Je l'ai appelée l'épidémie de Périathe, parce qu'elle fut observée dans ce pays.

Voici cette description. Quinze ou vingt jours après le solstice d'hiver il y eut des toux qui d'abord n'offrirent rien de particulier ; mais avant l'équinoxe qui suivit, la plupart des malades eurent une rechute, qui se produisit d'ordinaire le quarantième jour. C'est alors que la maladie prit un caractère inattendu. Trois ordres de phénomènes y apparurent : les nyctalopies, les angines et les paralysies. Quand dans la récidive la toux avait été peu intense ou même nulle, les malades, particulièrement les enfants, furent affectés de nyctalopie. Ces nyctalopies s'établissaient comme celles qui viennent de cause toute autre. Quand, au contraire, la toux de récidive avait été violente et sèche, ou amenant des matières dures et sèches, il se déclarait des angines et des paralysies. Elles attaquèrent beaucoup d'hommes, très peu de femmes libres, et bon nombre de femmes esclaves, et l'on observa que les paralysies frappaient surtout les membres qui avaient ressenti antérieurement par l'exercice le plus de fatigue.

Une fois que j'eus bien saisi le trait essentiel de cette épidémie telle que l'auteur se l'est représentée, c'est-à-dire, une toux et ces paralysies, il me fut possible de découvrir plusieurs passages disséminés qui s'y rapportaient et ajoutaient quelque chose au renseignement.

M. Littré cite cinq observations empruntées au livre I et IV des Epidémies, et établit que ces observations se rapportent à un seul et même état pathologique. A l'époque

où il écrit son livre sur les épidémies, il annonça qu'il ne savait pas à quelle maladie les rapporter, et qu'il fallait ranger cette épidémie parmi celles dont on n'a pas d'autre exemple. (Voir le tome V, p. 265 de la traduction). Aujourd'hui, éclairé par les progrès de la science moderne, il n'hésite pas à mettre à côté l'une de l'autre ces deux affections, et ici se vérifie, ajoute-t-il, que l'interprétation des choses anciennes dépend du progrès actuel des connaissances dans les sciences organiques et inorganiques.

Faisant ensuite l'histoire de ce groupe symptomatique qui caractérise les paralysies consécutives aux angines, M. Littré montre que ces affections ont toujours été observées sans que le lien qui les unit eût jusqu'à ces derniers temps été découvert. Il fait remarquer combien sont importants les caractères fournis par l'historien de l'épidémie de Périathe, et il établit qu'il n'y a pas lieu de confondre cette épidémie avec celle de grippe de Tac ou de Horion que l'on observa en France au quinzième siècle.

Reprenant le parallèle des deux affections, M. Littré ajoute un nouveau trait de ressemblance consistant en un état secondaire aussi de la gorge, lequel ne permettait ni d'avaler commodément ni d'articuler d'une manière distincte.

Cela posé, il n'est plus possible d'hésiter sur le diagnostic rétrospectif qui doit être porté. A part l'épidémie de Périathe méconnue jusqu'à ce jour, ajoute-t-il, et quelques indications aussi brèves qu'obscures, la collection hippocratique ne renferme aucune trace de la diphthérite. Pourtant cette maladie n'a pas été étrangère à l'antiquité. Nous en avons une très suffisante description, sous le nom d'ulcère syriaque, dans Arétée, qui, il est vrai, est postérieur à Hippocrate de quelques siècles. Arétée n'a pas noté la paralysie consécutive, soit qu'il ne l'ait pas observée soit plutôt qu'il ait négligé de mentionner ce symptôme dont il ne put pas voir la collection.

M. Litré, à la fin de ce travail, cherche à caractériser d' une

manière plus précise encore l'analogie des deux affections, et il termine en ces termes :

« En résumé, il y a vingt-deux siècles qu'il régna une épidémie diphthéritique. Cette épidémie eut des paralysies consécutives ; un médecin aperçut la connexité, et cette observation, qui prouve à travers un si long espace de temps la constance des influences extérieures et des réactions organiques, demeura enfouie dans l'obscurité, parce que le nom ne signala pas la chose et parce qu'il ne se trouva plus de longtemps aucun esprit dont l'attention s'éveillât sur la relation entre des effets primitifs et des effets consécutifs.

Sur l'extraction des calculs ou des fragments arrêtés dans l'urètre. — M. Auguste Mercier lit un mémoire dans lequel il partage ces corps étrangers en trois catégories, selon qu'ils peuvent être extraits sans opération préalable, ou bien qu'ils ont un volume trop considérable, et doivent être broyés ; ou bien qu'en raison de ce volume et de leur position, ils doivent être refoulés dans la vessie ou retirés par une voie artificielle.

Il ne propose aucun moyen nouveau contre ceux de la première catégorie, sauf une modification faite, d'après ses indications, par MM. Charrière, du crochet articulé de Ravaton.

Il montre que tous les moyens proposés contre la deuxième catégorie sont ou insuffisants, ou trop compliqués, ou trop difficiles à manœuvrer. Le meilleur de tous, le brise-pierre urétral d'Amussat, est droit, trop volumineux par le bout, passe très difficilement entre les parois du canal et le corps à broyer ; il a les mors plus ou moins obliques, tendant à repousser ce corps, et, quand celui-ci est écrasé, ses débris sont refoulés de tous côtés contre les parois déjà distendues et les blessent ; enfin, on ne retire rien ou presque rien.

M. Mercier a remplacé cet instrument par un autre qui a les avantages d'être courbe, de s'insinuer par une extrémité

mince entre les parois et le corps étranger ; d'avoir les mors perpendiculaires à l'axe, et creusés tous deux d'une poche profonde où les débris se logent et se sont ramenés au dehors.

Quand le calcul distend trop le canal pour donner passage à cet instrument, et ne peut être repoussé dans une région plus large, M. Mercier se sert d'un autre qui a la forme de sa sonde exploratrice à courbure courte et brusque, et moins de volume : celui-ci est formé de deux branches glissant l'une dans l'autre ; c'est un très petit lithotribe. Avec lui il saisit le corps étranger et le broie, non d'avant en arrière, mais d'un côté à l'autre. La manœuvre diffère nécessairement selon qu'on agit dans la portion libre du canal, dans la portion périnéale ou dans l'ascendante.

Quant aux calculs de la troisième catégorie, contre lesquels on était si souvent impuissant, M. Mercier a proposé depuis longtemps déjà contre eux des moyens d'un effet presque toujours certain. Ces moyens sont : celle de ses sondes évacuatoires simples dont le grand canal s'ouvre sur le talon, et son dilatateur du col de la vessie. Il fait voir comment avec ces instruments on peut déloger les calculs nichés dans la région profonde de l'urètre, déraciner même ceux qui sont enchatonnés, et les refouler dans la vessie sans avoir à craindre de se fourvoyer. Quelquefois, quand on se sert du premier, le corps étranger est rejeté par son canal au moment où l'on franchit le col de la vessie ; dans tous les cas, il peut sortir spontanément avec l'urine ; sinon on le retire de la vessie à l'aide des lithotribes ordinaires.

Enfin, quand un corps étranger ne peut être extrait par le méat ni refoulé dans la vessie, on l'amène au dehors par une opération dont il est impossible de donner les règles d'avance. (MM. Velpeau, Hervez de Chégoin et Ségalas.)

M. Gosselin lit un rapport officiel sur un travail de M. L..., pharmacien chimiste à Marseille, ayant pour titre Recherches sur l'absorption des médicaments par les cor-

nées et ses applications à la thérapeutique des maladies des yeux.

M. le rapporteur propose de répondre au ministre :

1° Que l'absorption par les cornées est un fait connu et qu'on a déjà utilisé dans une certaine mesure pour la thérapeutique ;

2° Que rien, dans la communication du sieur L... ne justifierait l'approbation de l'Académie et l'appui de l'autorité supérieure (Adopté).

— La séance est levée à quatre heures et demie.

Institut de France.

Des races de l'Océanie française et de celles de la Nouvelle-Calédonie en particulier. — Opération sous-périostique.

SÉANCES DE MAI 1861. — Présidence de M. MILNE-EDWARDS.

ANTHROPOLOGIE. — M. J. Cloquet lit en son nom et au nom de MM. Serres et Geoffroy Saint-Hilaire un rapport sur un mémoire de M. Bougarel, intitulé : *Des races de l'Océanie française et de celles de la Nouvelle-Calédonie en particulier.*

« Les Néo-Calédoniens, dit l'auteur, appartiennent au type mélanésien ou nègre océanien; ils ont une taille un peu supérieure à celle des Français et un système musculaire peu développé; la couleur de leur peau varie du chocolat au jaune olivâtre foncé; ils ont les cheveux noirs, floconneux et crépus; la barbe noire; le crâne aplati en travers; le front étroit, bombé et fuyant; les yeux ovales, enfoncés sous des arcades orbitaires proéminents, et dirigés horizontalement; le nez large, épaté; les pommettes saillantes; des lèvres épaisses bordant une bouche large de six centimètres; les dents blanches mais proclives; le menton arrondi, un peu proéminent.

L'île est peuplée, selon lui, par deux races distinctes : l'une appartenant au type mélanésien, qui paraît être la race primitive, et l'autre au type polynésien, et qui, d'après les

renseignements pris par l'auteur, a envahi différents points de l'île dans le courant du siècle dernier, en a subjugué les habitants, et plus tard s'est mélangée avec eux, de manière à produire des métis nombreux, qui retiennent des caractères des deux races.

Les habitants de la Nouvelle-Calédonie sont intelligents, mais cupides, fourbes et ingrats; ils ne paraissent susceptibles d'aucun sentiment affectueux; ils poussent la paresse au point que, tout en reconnaissant la supériorité des Européens, et les avantages matériels qu'ils pourraient se procurer en les imitant, ils aiment mieux ne rien faire et supporter les inconvénients de l'oisiveté. Aussi, chez eux, les femmes sont-elles esclaves : ce sont elles qui doivent non seulement s'occuper des travaux domestiques, mais encore se procurer les provisions nécessaires et se livrer même, presque seules, à la culture; aussi la multiplicité des femmes est-elle pour les Néo-Calédoniens une source de bien-être, et l'existence de la polygamie l'obstacle le plus sérieux que rencontre la propagation de la foi chrétienne.

Leurs mœurs sont arrivées au dernier point de dissolution. Le mari ne parle guère à sa femme, n'habite pas avec elle : les hommes se réunissent ensemble, se livrent au plus odieux libertinage, afin de n'avoir pas à nourrir des enfants, dont ils ne s'occupent pourtant pas; d'où résulte une dépopulation rapide du pays.

Leur nourriture se compose essentiellement de végétaux, de coquillages et de poissons. L'usage des boissons fermentées leur est heureusement inconnu. Le bétel n'est point cultivé dans l'île, mais ils ont un goût très prononcé pour le tabac, qui sert actuellement de monnaie pour les transactions.

Les habitations des Néo-Calédoniens sont des plus simples; ce sont des huttes de six à dix pieds de hauteur, formées par une charpente de bois recouverte de paille ou d'écorces et n'ayant d'autre ouverture qu'une porte d'un mètre de haut; comme ils y allument du feu pendant l'hi-

ver, ils s'y trouvent incessamment plongés dans une atmosphère épaisse du fumée qui entretient chez eux des blépharites chroniques, d'où M. Bourgarel croit leur venir l'habitude d'avoir continuellement les yeux à moitié fermés.

Les cases des chefs ont plus d'apparence au dehors, mais elles ne diffèrent de celles du peuple que par la grandeur.

Le climat de la Nouvelle-Calédonie est chaud et humide, la température, très variable, peut monter dans une journée de 10 à 25°.

La scrofule et la phthisie pulmonaire y sont fréquentes, ainsi que les bronchites et les diarrhées; mais la dyssenterie y est rare et sans gravité.

En outre apparaissent souvent des épidémies terribles qui font de grands ravages, mais dont l'auteur ne peut spécifier la nature.

Chose étrange! sur ce sol couvert de marais, par cette température molle et énervante, les fièvres intermittentes sont inconnues. Il est presque inutile de dire que les affections cutanées, surtout la forme pustuleuse, y sont endémiques, de même que les maladies chroniques des yeux et des paupières.

Les circonstances hygiéniques dans lesquelles vivent ces peuples suffisent amplement pour l'expliquer; et comme si ce n'était pas assez de toutes ces influences nuisibles pour décimer la population, les Néo-Calédoniens ont adopté un genre de sépulture qui devient une nouvelle cause d'infection.

Au lieu d'enterrer les morts, ils les exposent dans des bois sacrés, soit à la surface du sol, soit au milieu des branches d'un arbre, après avoir, quand c'est le cadavre d'un chef, détaché la tête, qui est cachée loin de là, dans quelque anfractuosité de rocher, afin qu'un ennemi ne vienne pas la ravir pour s'en faire un trophée.

Les conclusions favorables de ce rapport sont adoptées.

Opérations sous-périostiques. — M. Maisonneuve lit une note sur les opérations sous-périostiques considérées sous le point de vue de leur innocuité et de leur facilité d'exécution.

Indépendamment de la merveilleuse prérogative qu'ont les opérations sous-périostiques de permettre la reproduction des os, dit l'auteur, elles possèdent encore deux autres qualités, moins brillantes peut-être, mais dont l'importance n'est certainement pas moins considérable dans la chirurgie pratique.

Ces qualités sont d'être incomparablement plus simples dans leur exécution et plus innocentes dans leur suites qu'aucune des opérations similaires exécutées par d'autres méthodes.

Déjà les belles expériences physiologiques de M. Flourens laissaient pressentir ce fait ; mais la chirurgie seule pouvait en donner la démonstration, et c'est ce qu'il m'a été donné de constater de la manière la plus complète.

Soit, par exemple, la résection de l'os maxillaire inférieur.

Il y a quelques années à peine, l'extirpation totale de cet os était considérée comme une entreprise tellement difficile et dangereuse, qu'aucun opérateur, même parmi les plus audacieux et les plus habiles, n'avait osé l'entreprendre, et que les auteurs de médecine opératoire le plus justement estimés n'admettaient même pas comme possible le succès de son exécution.

Or, depuis que M. Flourens a posé les bases de la méthode sous-périostique, voici trois fois qu'il m'a été donné de pratiquer cette terrible opération, et trois fois elle a été couronnée de succès.

Quant à la résection du maxillaire inférieur d'un seul côté, la seule qu'eussent osé pratiquer nos prédécesseurs, elle inspirait encore, sous le point de vue des dangers et de la difficulté de son exécution, de si vives craintes, que des

opérateurs tels que Matt (de Philadelphie), Græfe (de Berlin), Gensoul (de Lyon), Walther (de Bonn), et d'autres encore, se croyaient obligés, pour parer aux accidents hémorrhagiques, de faire la ligature préalable de l'artère carotide.

Or cette opération, naguère si redoutable, est actuellement devenue si simple et si facile, qu'elle a, pour ainsi dire, cessé désormais de compter parmi les opérations graves de la chirurgie, depuis qu'on l'exécute par la méthode sous-périostique. Sa durée est à peine de quelques minutes, une simple incision verticale faite à la lèvre inférieure suffit pour l'exécuter, et souvent il n'est pas même besoin de pratiquer une seule ligature d'artère.

Pour faire comprendre une différence aussi radicale, il me suffira de rappeler combien est pénible et pleine de dangers l'extirpation des tumeurs dites adhérentes, que le bistouri doit, pour ainsi dire, sculpter de toutes pièces, en divisant les artères, veines, nerfs, qui rampent à la surface, ainsi que les liens celluleux, fibreux, musculaires; qui vont s'y insérer, et combien, au contraire, est prompte, facile et simple l'énucléation des tumeurs dites enkystées, que le doigt souvent suffit à détacher comme un noyau de fruit.

Or, quand on examine un os revêtu de son périoste, on voit qu'il est précisément dans les conditions de ces tumeurs adhérentes dont la dissection est si laborieuse et si grave, tandis que, sous ce même périoste qui l'enveloppe comme un véritable kyste, l'os se trouve dans les plus parfaites conditions d'énucléabilité. Je me propose de développer plus tard, dans un travail complet, l'histoire de la méthode sous-périostique; pour le moment je crois devoir m'en tenir à ces propositions générales, à l'appui desquelles je me contenterai de mettre sous les yeux de l'Académie : d'une part, le mémoire que j'ai publié en 1839 sur la désarticulation de la mâchoire inférieure; d'autre part, une série de pièces encore fraîches qui proviennent des opé-

rations sous-périostiques que j'ai pratiquées dans le courant de ce mois.

Ces dernières sont au nombre de cinq :

La première comprend une partie considérable des deux os maxillaires supérieurs nécrosés ;

La deuxième et la troisième, deux maxillaires inférieurs gauche atteint de cancer ;

La cinquième, les phalangine et phalangette du troisième orteil du côté gauche.

Or, toutes ces opérations, qui par les méthodes ordinaires, eussent présenté les dangers et les difficultés les plus graves, ont pu être exécutées, grâce à la méthode sous-périostique, avec la plus entière sécurité et une facilité vraiment incroyable (Commission précédemment nommée).

FORMULES RECETTES ET PRATIQUES.

Expériences sur le gaz oxygène, employé comme antidote du chloroforme et de l'éther ; par M. Ozanam. — Sucre contre l'ivresse, par M. Lecœur. — Pommade. — Liniment sédatif contre les douleurs, par M. Ricord.

EXPÉRIENCES *sur le gaz oxygène, employé comme antidote du chloroforme et de l'éther* ; par M. Ozanam. — L'inhalation de l'oxygène semble être le meilleur moyen de combattre l'asphyxie par le chloroforme ou l'éther ; voici des expériences de M. Ozanam qui le prouvent :

Dans les différentes expériences que j'ai faites, dit-il, j'ai constamment vu l'animal se réveiller plus promptement avec l'oxygène qu'avec l'air atmosphérique, et la différence de temps est parfois de plus de moitié.

Les résultats ont été les mêmes, que l'on ait expérimenté avec l'éther ou le chloroforme.

Plusieurs des animaux avaient été chloroformés au point que les battements du cœur étaient imperceptibles, la respiration très affaiblie et la mort imminente ; et cependant, à peine soumis à l'action bienfaisante de l'oxygène, la respiration est devenue forte et régulière ; le réveil a constamment été plus prompt. Enfin, pour rendre le résultat plus net et plus évident, j'ai institué une expérience dans laquelle l'animal respirait à la fois un courant d'éther en vapeur et un courant d'oxygène pur. Je dus employer près de 15 grammes d'éther ; l'animal le respira pendant douze minutes avant de s'endormir, et, au bout de ce temps, le sommeil était si léger, qu'il se réveilla spontanément au bout d'une minute et demie sans qu'on eût continué l'oxygène.

Une seconde expérience fut faite avec un double courant d'oxygène et de vapeurs de chloroforme ; plus de 15 grammes de ce liquide furent employés, et cependant, au bout de huit minutes, l'animal était à peine affaibli, le sommeil n'existait pas, et, quelques instants après avoir cessé les inhalations, l'animal avait repris son état normal.

Ainsi, en faisant respirer à la fois la vapeur anesthésique et le gaz oxygène, l'animal met deux ou trois fois plus de temps pour s'endormir que lorsqu'il respire seulement l'air atmosphérique, qui ne contient qu'un tiers de gaz vivifiant. Ces résultats viennent confirmer les travaux de M. Duroy, entrepris sur le même sujet il y a quelques années.

Tant que la respiration et la vie ne sont plus abolies, l'oxygène se montre impuissant ; on a beau entourer l'animal d'une atmosphère d'oxygène, en faire pénétrer par les narines dans la trachée, la mort est bien réelle : l'effet vivifiant de l'oxygène ne peut plus se produire.

Puisque l'oxygène est de tous les corps le plus efficace pour combattre les effets de l'éther et du chloroforme, il serait bien important que le chirurgien, au moment de faire une opération et de chloroformer le malade, eût toujours à sa disposition une certaine quantité d'oxygène pour ranimer le patient.

Sans doute, on n'évitera pas ainsi tous les accidents, mais on en préviendra un grand nombre, car l'homme résiste plus à l'action du chloroforme que de faibles animaux ; il faut que la respiration persiste, quelque petite et rare qu'elle soit, pour que l'oxygène se montre efficace.

(*Répertoire de pharmacie.*)

SUCRE *contre l'ivresse*, par M. Lecœur. — Après avoir constaté l'efficacité de l'ammoniaque contre l'ivresse, M. Lecœur ajoute :

« Je ne puis omettre de signaler un autre agent neutralisant, bien simple et bien inoffensif, que j'ai parfois conseillé et administré avec avantage, à la quantité indéterminée, vu son innocuité, de cinq, six, dix morceaux de moyenne grosseur, simplement croqués, surtout dans les cas d'ivresse commençant à se développer. Je veux parler du sucre cristallin, du sucre raffiné ordinaire, tel qu'on le sert fragmenté sur nos tables. Je serais bien embarrassé de préciser au juste son action dans ces cas. Probablement, par sa combinaison avec les matières qu'il rencontre dans l'estomac, il modifie, retarde, précipite peut-être, en un mot, change le mode de fermentation qui se passe dans cet organe et la nature des fluides qui tout à l'heure vont être absorbés.

« Peut-être agit-il à la manière de l'ammoniaque, en offrant aux acides que nous supposons, ou mieux, que nous admettons se former dans le ventricule (toujours, bien entendu, comme complication de l'ivresse), une base capable de se combiner avec eux, et de neutraliser leurs effets par la formation de produits nouveaux sans action fâcheuse sur l'économie

« Toujours est-il qu'il m'a semblé avoir, en pareil cas, une influence,

heureuse contre la promptitude et le développement des phénomènes d'intoxication provoqués par l'alcool et ses dérivés. »

(*Répertoire de pharmacie.*)

ERYSIPÈLE. — *Pommade.* — M. Jobert (de Lamballe) emploie la pommade suivante, composée de :

Nitrate d'argent	10 grammes.
Axonge	40 —

Les onctions faites avec cette pommade ont l'avantage d'arrêter l'éruption sur place, de l'éteindre là où elle apparaît ; de plus, elle substitue à la douleur âcre et mordicante de l'érysipèle une douleur artificielle de peu de durée, et suivie de soulagement. Cette pommade a l'inconvénient, il est vrai, de déterminer une coloration noire de l'épiderme et un eczéma superficiel, mais qui ne laisse pas après lui des traces indélébiles comme l'éruption déterminée par la pommade stibiée.

(*Journal de médecine.*)

LINIMENT *sédatif contre les douleurs*, par M. RICORD.

Huile de jusquiame	200 grammes.
Camphre	4 —
Laudanum de Rousseau	4 —
Extrait de belladone	4 —
Chloroforme	4 —

Mêlez. — Ce liniment s'emploie en frictions, plusieurs fois par jour, contre les douleurs névralgiques, les affections rhumatismales aiguës ou chroniques, le rhumatisme goutteux ; enfin, toutes les fois que, dans une maladie l'élément *douleur* domine.

NOUVELLES.

Des lettres de l'île Maurice nous apprennent la mort, par suite d'inhalations de chloroforme, de M. le docteur Mailly, lauréat et médaille d'or des hôpitaux de Paris.

A l'expiration toute récente de son internat, M. Mailly était allé habiter l'île Bourbon, où il occupait une position des plus honorables. Depuis quelques jours, il souffrait d'un violent mal de dent. Il se décida à la faire extraire et se rendit chez un dentiste, muni d'un flacon de chloroforme, qu'il s'administra lui même. Sur un signal donné par lui, le dentiste fit l'extraction de la dent ; mais l'opérateur reconnut bientôt que le docteur Mailly avait cessé d'exister.

— Un affreux événement a plongé avant-hier soir dans la consternation les habitants de la ville de Sommières, dit le *Courrier*

du Gard. M. le docteur Griolet causait, vers cinq heures du soir, dans la rue avec un de ses amis. Celui-ci le quittait à peine que le docteur recevait à la tête toute la charge d'un coup de fusil.

Un malheureux jeune homme atteint d'aliénation mentale, et que le docteur avait saigné le matin pour apporter quelque soulagement à son mal, en attendant que la famille se décidât à l'envoyer dans une maison de santé, avait tiré, de la fenêtre de l'appartement où il était renfermé, sur son médecin et l'ami de sa famille Au bruit de la détonation, on est bien vite accouru pour relever un corps déjà inanimé.

La mort du docteur Griolet a été un deuil pour la ville entière ; c'est que sa science égalait sa charité et qu'il était, pour la plupart des malades qu'il soignait, un bienfaiteur autant qu'un médecin.

— Le *Journal de la Vienne* publie la note suivante qui lui a été communiquée :

L'article 24 de la loi du 19 ventose an XI dispose que les docteurs ou officiers de santé reçus suivant les formes établies par cette loi seront tenus de présenter, dans le délai d'un mois après la fixation de leur domicile, les diplômes qu'ils auront obtenus au greffe du tribunal de première instance et au bureau de la sous-préfecture de l'arrondissement dans lequel ils voudraient s'établir.

L'article 29 impose la même obligation aux sages-femmes reçues dans chaque département. Enfin, les articles 21 et 22 de la loi de germinal an XI exigent aussi l'enregistrement des diplômes de pharmaciens aux préfectures et aux greffes des tribunaux.

Il importe de ne pas laisser tomber en désuétude ces sages dispositions. Les médecins, les sages-femmes et les pharmaciens légalement reçus ont, de leur côté, intérêt à les observer, puisqu'elles ont pour effet, non seulement de protéger la société, mais encore de les garantir eux-mêmes de la concurrence illicite des praticiens non pourvus de diplômes.

L'article 36 de la loi du 19 ventôse an XI punit d'une amende de 100 fr. à 1,000 fr. ceux qui négligeraient d'accomplir ces formalités.

—L'académie royale de médecine de Belgique a jugé digne d'une médaille d'encouragement l'un des mémoires qu'elle a reçus, l'année dernière, en réponse à la question qu'elle avait mise au

concours sur l'*influenza* considérée chez l'espèce chevaline. Cet écrit a pour devise les mots : « *Una est certissimè medicina hominis et veterinaria.* »

La Compagnie a également adopté, dans sa séance du 27 avril dernier, les conclusions suivantes du rapport de la Commission qu'elle avait chargée de juger les neuf mémoires reçus pendant la même année, en réponse à la question mise au concours sur les méthodes thérapeutiques relatives au choléra asiatique :

1. Décerner une médaille de 400 francs, au mémoire ayant pour épigraphe: « *Occasio præceps;* »

2. Accorder une médaille de 200 francs au mémoire portant pour devise : « *Statutum est in theoria et praxi. — In medendi omnis argumentatio vana nisi experientia confirmetur;* »

3. Accorder une seconde médaille de 200 francs au mémoire ayant pour épigraphe : « Μὴ τολμῇ μᾶλλον ἢ γνώμῃ, etc. »

En conséquence, les auteurs de ces écrits sont *de nouveau* priés de faire connaître le plus tôt possible, à M. le président de la Compagnie, s'ils consentent à l'ouverture des plis cachetés joints à leurs mémoires et renfermant leur nom.

Bruxelles, le 6 juin 1861.

Le secrétaire de l'Académie D. SAUVEUR.

— L'autorité municipale de Saint-Pétersbourg a résolu de fonder un hôpital pour les artisans indigents, en commémoration de l'affranchissement des serfs. Il portera le nom d'Hôpital Alexandre.

— Les hygiénistes qui s'occupent de l'application des lois et règlements sur la partie de la science qu'ils cultivent et ceux de nos confrères qui remplissent des fonctions municipales, prendront connaissance avec intérêt d'une décision que vient de prendre la Cour de cassation. On sait que l'autorité municipale est chargée de prendre les mesures nécessaires à la salubrité de la commune qu'elle administre. Usant des droits qui lui sont conférés, elle avait décidé qu'un grand établissement, la papeterie d'Essonne, devait faire construire des fosses d'aisances et ne pas laisser déverser dans la rivière les excréments du personnel de l'usine. Ce grand établissement (chose triste à dire), arguant de ce qu'il était autorisé par arrêté préfectoral, niait à la municipalité le droit de s'immiscer dans son organisation, et le tribunal de simple police de Corbeil avait donné gain de cause à la papeterie d'Essonne.

Mais la Cour de cassation, comprenant mieux l'esprit de la loi et les intérêts de l'hygiène publique, a cassé l'arrêt du tribunal de Corbeil et décidé que : « l'arrêté municipal qui interdit de déverser dans un cours d'eau les matières provenant des fosses d'aisances, et ordonne la construction de ces fosses ailleurs que sur la berge, s'applique même aux usines situées sur ce cours d'eau avec l'autorisation du préfet.»

Des officiers de santé et de leur droit d'exercice.

Le *Moniteur universel* du 24 mars contient, dans le compte rendu de la séance du sénat du 23 mars, le rapport suivant de M. Dumas:

« Cent vingt-huit officiers de santé de Paris demandent que les officiers de santé soient autorisés à pratiquer la médecine dans toute la France, les villes de dix mille âmes exceptées.

« Tout le monde reconnaît que l'état de la législation laisse à désirer en ce qui touche à la pratique de la médecine et à l'exercice de la pharmacie. Les officiers de santé d'une part, et les pharmaciens de seconde classe de l'autre, ont été institués sous certaines conditions de réception et avec certaines restrictions quant au droi de pratique, qui ne sont plus en harmonie avec les moyens d'étude ou de réception mis à leur disposition.

» On ne peut pas dire que le sentiment public réclame pour eux des droits plus étendus L'étude à laquelle se livrent à ce sujet les deux ministères de l'instruction publique et du commerce, chacun en ce qui le concerne, conduit à cette double conséquence qu'il y a plutôt lieu de restreindre qu'il n'y aurait lieu d'étendre le droit d'exercice pour les officiers de santé et pour les pharmaciens de seconde classe qu'on doit leur assimiler complétement.

D'après la loi du 19 ventôse an XI les officiers de santé ne peuvent s'établir que dans le département où ils ont été nommés par le jury. Dans la pratique actuelle où les examens sont faits par les professeurs des écoles préparatoires de médecine, ils ne peuvent s'établir que dans le département pour lequel ils ont été examinés.

» Faut-il en conclure que l'officier de santé qui se ferait recevoir dans tous les départements ou pour tous les départements par autant d'examens successifs serait autorisé à pratiquer la médecine dans toute la France? Cela ne paraît conforme ni à l'esprit ni au texte de la loi, qui déclare qu'ils ne peuvent s'établir que dans le

département où ils ont été reçus, et qui subordonne le fait de la pratique de la médecine au fait du domicile légal et constaté.

» Nous n'avons pas à examiner ici quels motifs de convenance faciles à comprendre ont voulu que l'officier de santé fût astreint à pratiquer la médecine dans un ressort circonscrit, sous l'œil des autorités administratives ou scientifiques dont il importe que le contrôle le suive sans cesse.

« Disons seulement que la question soulevée par les officiers de santé de Paris est très-complexe et très-grave; elle a suscité de longs débats devant la chambre des pairs, et elle devra nécessairement revenir devant les pouvoirs publics.

« Mais on se demande alors:

« 1° Faut-il conserver les officiers de santé?

« 2° Dans le cas de l'affirmative, convient-il de circonscrire, comme on le fait aujourd'hui, leur droit d'exercice par les limites purement administratives du département?

« 3° Ou bien faut-il leur interdire la pratique des villes et les restreindre à exercer dans les campagnes, en étendant au besoin aux départements limitrophes l'autorisation qui leur serait accordée pour l'un d'entre eux plus spécialement?

« 4° Ou bien, comme le demandent les officiers de santé de Paris, faut-il leur interdire les villes et leur livrer les campagnes dans toute l'étendue de l'empire?

« 5° Ou bien enfin comme le voudraient certains médecins eux mêmes, faudrait-il laisser les officiers de santé libres d'exercer partout la médecine, les grandes opérations leur demeurant interdites cependant, comme le prescrit la loi de l'an II?

« Combien de questions! et combien elles sont graves!

« Dans cet état de choses, sachant tout le soin que donnent à leur examen M. le ministre de l'instruction publique et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, votre commission vous propose le dépôt de la pétition au bureau des renseignements.

« Le sénat adopte les conclusions proposées par la commission.»

VARIÉTÉS.

Attributions des officiers de santé et des docteurs; bureaux de bienfaisance; avis en droit. — « Le 22 septembre 1860, à deux

heures du matin, M. le docteur Bachelet, de Belleville, fut prié par une sage-femme de venir au plus tôt chez la femme C..., rue du Pressoir, n° 7, pour terminer un accouchement Notre confrère arrive immédiatement, et constate une présentation de la face au détroit supérieur. Le travail durait depuis longtemps ; déjà il y avait un commencement d'hémorrhagie ; le danger était pressant ; il était nécessaire de pratiquer la version. M. Bachelet se met en mesure d'y procéder, y parvint non sans peine, et amena un enfant bien constitué, parfaitement viable, mais dont un trop long séjour au passage avait déterminé la mort.

« L'opération faite, la femme délivrée, M. Bachelet se retire ; mais auparavant, il s'enquiert près de la sage-femme qui l'avait fait appeler de la position de fortune de la malade. Il apprend, seulement alors, que la femme G... est inscrite au contrôle des indigents, et que la sage-femme a réclamé son secours parce que les médecins du bureau de bienfaisance de la circonscription étant des officiers de santé, privés par la loi du droit de faire les grandes opérations de la chirurgie, elle n'a pu légalement s'adresser à aucun d'eux : leur présence lui eût été inutile, et elle se serait trouvée en contravention.

« Dans cette circonstance, M. Bachelet, qui n'est pas médecin du bureau de bienfaisance, jugeant qu'on n'avait pas le droit de lui demander gratuitement ses soins, et de disposer de lui pour remédier aux conséquences qui pourraient résulter de l'*incapacité légale* des médecins du bureau, incapacité qui est du fait de l'administration qui les choisit, adressa au maire, président du bureau du 20e arrondissement, une demande en paiement d'honoraires, assurément fort modeste (50 francs, croyons-nous).

« Cette demande produisit une émotion assez vive. Après plusieurs incidents qui intéresseraient peu nos lecteurs, un fonctionnaire de la mairie *engagea* la sage-femme, qui, disait-il, n'avait pas qualité pour demander l'assistance d'un médecin étranger au service des secours à domicile, à prier M. Bachelet de retirer sa demande d'honoraires. Fort de son droit, notre confrère non-seulement ne retira pas sa première lettre, mais en écrivit une seconde dans le même sens au maire, qui ne répondit pas. Dans cette seconde lettre, M. Bachelet annonçait l'intention de porter sa réclamation devant qui de droit. »

Le 16 novembre, M. Bachelet recevait officiellement copie de la lettre suivante, adressée par le directeur de l'Assistance publique au maire du 20e arrondissement :

« M. le maire, vous m'avez adressé, pour avoir mon avis à ce sujet, une réclamation d'honoraires qui vous a été faite par M. le docteur Bachelet.

« Ce médecin vous expose qu'il aurait été appelé, dans un cas difficile d'obstétrique, auprès d'une indigente inscrite au bureau, par la sage-femme qui avait été chargée d'opérer l'accouchement. Il expose qu'il a dû se rendre à ce désir, bien qu'il n'eût pas le titre officiel, parce que les médecins du bureau de bienfaisance de la circonscription, n'ayant que le diplôme d'officier de santé, n'avaient pas qualité pour intervenir en pareil cas.

Je reconnais effectivement, M. le maire, que la loi du 19 ventôse an XI, dont excipe M. le docteur Bachelet, interdit aux officiers de santé *la pratique des grandes opérations chirurgicales.*

» Quant aux sages-femmes, les réglements administratifs leur prescrivent aussi d'appeler un médecin dans les cas difficiles que présente la pratique de leur art, et la loi précitée dit aussi, titre V, art. 33 :

« Les sages-femmes ne pourront employer les instruments, » dans les cas d'accouchement laborieux, sans appeler *un docteur « ou un médecin, ou un chirurgien anciennement reçu.*»

« *Car* il est évident que la loi, dans l'énumération très explicite que je viens de rapporter, en appelant un autre *médecin* qu'un *docteur*, n'a pas voulu désigner en cette qualité que les officiers de santé qui portent aussi dans le monde le titre de médecin; qu'elle les a par là autorisés à employer des instruments en cas d'accouchements laborieux où ils seront appelés à seconder les sages-femmes, et a mis ainsi cette pratique *en dehors des grandes opérations chirurgicales* qu'elle leur interdit plus haut de faire.

« Il n'y a donc eu, dans le cas qui nous occupe, aucune raison administrative ou légale qui ait motivé l'intervention du docteur Bachelet, dont les frais doivent être laissés à la charge de la sage-femme qui l'a requis indûment.

« Agréez, M. le maire, etc.

« *Le directeur général de l'Assistance publique.*

« Signé HUSSON. »

Un avocat distingué de la Cour impériale relève l'erreur de M. le directeur général dans la consultation suivante que publie le *Journal des connaissances médicales*.

I. — De la réponse de M. le directeur de l'Assistance publique, il résulte tout d'abord une conséquence utile à noter. L'unique motif du rejet de la demande formée par M. le docteur Bachelet étant que, dans la circonstance, son intervention n'avait été motivée ni par une raison administrative, ni par une raison légale, comme le dit M. Husson, il s'ensuit nécessairement que cette demande eût été accueillie si l'intervention du docteur avait été motivée par l'une ou l'autre de ces raisons.

Cette solution est commandée par les principes généraux du droit.

En effet, les sages-femmes ou les officiers de santé, attachés à un bureau de bienfaisance, sont investis d'un mandat, gratuit ou salarié, peu importe, qu'ils sont tenus de remplir. Si, dans l'accomplissement de ce mandat, ils se trouvent empêchés par certaines incapacités légales, il faut bien qu'ils réclament le concours de ceux que ces incapacités n'atteignent pas : c'est une des conséquences naturelles et nécessaires de leur mandat. Lorsque les personnes attachées au bureau de bienfaisance se trouvent toutes atteintes par ces incapacités, il faut bien aussi qu'ils réclament le concours d'autres personnes. Dans ce cas, comme ils agissent en qualité de mandataires, et pour l'exécution de leur mandat, ils obligent évidemment leur mandant, c'est-à-dire le bureau de bienfaisance, soit à Paris, la direction de l'Assistance publique, sous l'autorité de laquelle ces bureaux sont placés : tout en obligeant leur mandant, ils ne s'obligent pas eux-mêmes, pourvu qu'ils prennent soin de faire connaître à celui dont ils réclament le concours le motif qui le leur fait réclamer : il est, en effet, de principe que le mandataire n'est pas garant vis-à-vis des tiers, quand il leur a fait connaître sa qualité (C. Nap., 1997).

II. Maintenant, dans l'espèce actuelle, l'intervention du docteur Bachelet était-elle motivée par une raison administrative ou légale ?

S'il s'agissait de savoir si l'opération, à laquelle il a procédé, est une grande ou une petite opération chirurgicale, je déclinerais immédiatement ma compétence; mais comme il ne s'agit que de l'interprétation d'un article de loi du 19 ventôse an XI, je puis

examiner si l'interprétation qu'en a donnée M. Husson est admissible.

Je n'hésite pas, sur ce point, à répondre négativement. Que dit cet article 33? Les sages-femmes ne pourront employer les instruments, dans les cas d'accouchements laborieux, sans appeler un docteur ou un *médecin*, ou un chirurgien *anciennement reçu*.

D'après M. Husson, ces mots : *un médecin*, veulent dire un officier de santé. Pourquoi ? Parce que dans le monde les officiers de santé portent le titre de médecins.

Si le monde parlait toujours le langage de la loi, la raison pourrait paraître plausible; mais comme il arrive souvent au premier de confondre dans une synonymie vicieuse ce que la seconde avait soigneusement distingué, il faut rechercher, non pas ce que dit le monde, mais ce que dit la loi.

Le rapprochement des trois premiers articles de la loi du 19 ventôse an XI va nous édifier complétement sur ce point :

Art. 1er. — A compter du 1er vendémiaire de l'an XII (depuis le décret du 18 août 1792, qui avait supprimé les universités, les facultés et les corporations savantes, l'art de guérir était soumis pour toute formalité à la prise d'une patente), nul ne pourra embrasser la profession de médecin, de chirurgien ou d'officier de santé, sans être examiné et reçu comme il sera prescrit par la présente loi.

D'après ce premier article, être officier de santé, c'est être autre chose que médecin.

Art. 2. — Tous ceux qui obtiendront, à partir du commencement de l'an XII, le droit d'exercer l'art de guérir, porteront le titre de docteur en médecine ou en chirurgie, lorsqu'ils auront été examinés et reçus dans l'une des six écoles spéciales de médecine, ou celui d'officiers de santé, quand ils seront reçus par les jurys dont il sera parlé aux articles suivants.

Art. 3. — Les docteurs en médecine et les chirurgiens reçus par ces anciennes facultés de médecine, les colléges de chirurgie et les communautés ou chirurgiens anciennement reçus dont parle l'art. 33), continueront d'avoir le droit d'exercer l'art de guérir comme par le passé.

Comme on le voit, le titre de docteur en médecine ou en chirurgie est une création de la loi de l'an IX ; avant cette loi, on ne

connaissait, légalement au moins que l'appellation de médecins ou de chirurgiens.

Dès lors, rien de plus simple que l'explication de la loi, de l'article 33.

Au lendemain de la loi de l'an XII, le nombre des docteurs ne pouvait être considérable; d'ailleurs, l'art. 3 avait attribué aux médecins et chirurgiens reçus dans les anciennes facultés les mêmes prérogatives. Il était donc naturel que parmi les personnes que l'article 33 imposait à la sage-femme l'obligation d'appeler dans certaines circonstances on comprît non-seulement les nouveaux docteurs, mais encore les médecins ou chirurgiens anciennement reçus.

Ces mots, *anciennement reçus* qui terminent l'art. 33, et auxquels M. Husson paraît ne pas s'être arrêté, révèlent clairement la pensée du législateur.

Cette pensée se révèle encore par la lecture de l'exposé des motifs qui précède la loi de l'an XII En effet, lorsque, dans la séance du 7 germinal an IX, Fourcroy exposa ces motifs au Corps législatif et qu'il énuméra les obligations diverses qui sont imposées aux sages-femmes, il rappela « celle de ne point employer les ins-« truments dans les accouchements laborieux, sans appeler un mé-« decin ou un chirurgien. » Il ne prononça même pas le mot de docteur, ce qui démontre bien que, pour lui, médecin était synonyme de docteur et non d'officier de santé.

S'il en est ainsi, il n'y a point à rechercher, dans l'espèce, si l'opération pour laquelle l'intervention du docteur a été requise était une grande ou une petite opération chirurgicale.

Pour savoir si cette intervention a été justement requise par la sage-femme, il suffit de relire le texte de l'art. 33. S'agissait-il d'un accouchement laborieux? Y avait-il nécessité d'employer les instruments? Si oui, il était de toute nécessité que la sage-femme appelât un docteur en médecine ou un chirurgien, à moins qu'elle n'eût pu rencontrer dans le voisinage un médecin ou un chirurgien dont la réception aurait été antérieure à l'an XII, ce qui est peu probable. En appelant un simple officier de santé, elle eût contrevenu à ses devoirs.

M. Bachelet a donc été, suivant nous, à bon droit appelé, et, à bon droit aussi, il réclame la rémunération de ses soins.

III. — Ces difficultés ne se présenteraient pas si, au lieu de ne

conférer les fonctions de médecins du bureau de bienfaisance qu'à de simples officiers de santé, M. le directeur de l'Assistance publique leur adjoignait un certain nombre de docteurs.

Non pas que, suivant moi, les officiers de santé soient incapables de remplir ces fonctions. Les seules fonctions réservées par l'art. 27 de la loi de l'an XI aux docteurs en médecine ou en chirurgie sont celles de médecins ou chirurgiens-jurés appelés par les tribunaux (voir cependant inst. crim., art. 44), et celles de médecins et chirurgiens *en chef* dans les hospices civils ou chargés par des autorités administratives de divers objets de salubrité publique. Je ne crois pas, qu'à moins de faire violence aux mots, on puisse comprendre le service des bureaux de bienfaisance parmi les objets de *salubrité* publique. D'ailleurs, dans un grand nombre de communes, si l'on ne devait recruter le personnel des médecins de bureaux de bienfaisance que parmi les docteurs, on se heurterait plus d'une fois à l'impossibilité matérielle d'opérer ce recrutement.

Mais là où ces impossibités n'existent pas, les prescriptions et les interdictions de la loi de ventôse exigent impérieusement que, dans le personnel dont nous parlons, les docteurs en médecine ou en chirurgie brillent autrement que par leur absence.

J. BOZÉRIAN,
Avocat au Conseil d'État et à la Cour de cassation.

Nous sommes heureux de pouvoir annoncer que M. Bachelet ayant adressé au maire de Belleville une nouvelle réclamation d'honoraires, le conseil d'administration du Bureau de bienfaisance de cet arrondissement a donné raison à notre confrère, et lui a alloué sur-le-champ les cinquante francs qu'il réclamait.

BIBLIOGRAPHIE.

Méthode pratique de Laryngoscopie.

(Suite et fin).

Pour surmonter « les obstacles que présente la langue à l'introduction du laryngoscope, M. Turck a imaginé ce qu'il appelle un *pince-langue*. « Cet instrument, *en forme de tenailles*, dit-il, est destiné à saisir avec ses deux feuilles l'extrémité de la langue et une partie du corps même de la langue. » L'idée de fixer la langue au moyen d'un

instrument est bonne en elle-même, mais l'instrument en question ne nous paraît pas aussi heureux. Que l'on se représente une paire de ciseaux dont les moitiés tranchantes aplaties s'appliqueraient l'une sur l'autre pour maintenir la langue comme dans un étau, et dont les moitiés digitales se réuniraient à angle droit avec les précédentes, tel est à peu de chose près le *pince-langue* de M. Turck. Nous ne devons pas oublier de dire que la feuille inférieure qui doit se mettre en contact avec la face inférieure de la langue est bifurquée pour recevoir le filet. Cet instrument pourra trouver son emploi dans certaines circonstances. Nous conseillons à notre confrère de Vienne de le transformer, s'il tient à le faire adopter dans la pratique médicale.

A propos des obstacles qu'apportent à la laryngoscopie les diverses parties du gosier, M Turck insiste plus particulièrement sur l'irritabilité fréquente de ces parties. Son pince-langue, dit-il, lui rend souvent de bons services.

Parmi les circonstances qui rendent l'investigation difficile il faut mentionner l'hypertrophie des amygdales. Dans ces circonstances, M Turck se sert de miroirs de petite dimension comme nous. Chez un sujet, il a pu obtenir, dit-il, un écartement permanent de ces organes en le faisant rire pendant l'examen. Il recommande surtout au médecin de surveiller continuellement son malade s'il veut éviter les insuccès. Sa respiration, sa langue, son arrière-bouche, la position de sa tête, celle du miroir laryngien, l'éclairage sont, en effet, autant de circonstances qui rendront l'exploration plus ou moins heureuse.

Dans un second paragraphe intitulé: *mode spécial d'application à chaque cas particulier*, l'auteur passe en revue l'éclairage et l'examen de la base de la langue, de la face antérieure de l'épiglotte, etc. « L'épiglotte est assez fréquemment, dit-il, plus rapprochée qu'à l'ordinaire du dos de la langue; son bord supérieur libre se replie surtout au milieu. En pareille circonstance, la portion de l'épiglotte qui est la plus éloignée du dos de la langue ne s'élève pas, même pour une sortie et un aplatissement très marqué de la langue. » M. Turck parvient à éloigner l'épiglotte du dos de la langue, en déplaçant l'os hyoïde en arrière et en haut. «Avant d'avoir imaginé ce mode de procéder, j'ai obtenu, ajoute-t il, la vue de ces parties en engageant le malade à murmurer la voyelle I, en sifflant, en ayant soin de s'arrêter au moment de l'émettre, en même temps qu'il fait sortir la langue et qu'il fait des efforts concentriques des parois abdominales analogues à ceux que l'on fait pour la déposition des matières fécales,

etc » Nous parvenons assez bien, quant à nous, à obtenir l'éloignement de l'épiglotte de la base de la langue, en fixant celle-ci au dehors. Au lieu de repousser l'os hyoïde en arrière et en haut, nous faisons exécuter à la mâchoire inférieure un mouvement horizontal d'arrière en avant des plus avantageux pour agrandir l'espace bucco-pharyngien et pour éclairer l'angle glotto-épiglottique et toutes les autres parties du larynx M. Turck conseille d'introduire le plus avant possible dans le pharynx le miroir laryngien pour l'éclairage de l'angle antérieur de la glotte dans les cas difficiles. Le miroir se trouve alors dans une position qui se rapproche de la verticale, ainsi que nous l'avons démontré en nous occupant de la *marche des rayons lumineux*. Nous observerons, en passant, que les laryngoscopes dont l'angle d'ouverture est de 120° ne sont pas propres à cet éclairage; cet angle doit être porté à 140° ou 150°.

« L'exploration de la glotte, dit M. Turck, est quelquefois entravée par une altération particulière de l'épiglotte qui est en même temps plus inclinée en arrière qu'à l'ordinaire; cette altération consiste en un rétrécissement que l'épiglotte subit latéralement des deux côtés, et qui est tel que l'épiglotte ressemble alors à un oméga ou à une petite trompe rétrécie. En pareil cas, on peut voir les cordes vocales, mais incomplétement et seulement l'une après l'autre. »

Cet état de l'épiglotte, que nous avons très bien signalé dans notre Cours, n'est pas une altération; c'est une forme naturelle assez fréquente, qui apporte, en effet, des difficultés dans l'exploration de l'appareil de la voix.

L'auteur passe ensuite à l'examen de la trachée au moyen du laryngoscope. De même que MM. les docteurs Elfinger Semeleder, Storck, il a vu la bifurcation trachéale; il a vu de plus *la face antérieure de la paroi postérieure de la trachée jusqu'à la naissance des bronches*

Nous n'avons pas encore été aussi heureux que nos confrères de l'Allemagne. Il est vrai que nous n'avons pas fait de recherches spéciales à cet égard. Nous n'avons vu dans cette exploration de la bifurcation de la trachée qu'un intérêt très secondaire. Nous n'en dirons pas autant de celle des parois du conduit aérien.

« Pour l'exploration de la paroi postérieure de la trachée, il faut, dit M. Turck, donner au miroir une direction un peu plus horizontale. A la paroi postérieure de la trachée, il y a absence de cartilages circulaires. Au moyen de légers mouvements latéraux et d'une position

un peu moins horizontale du miroir, on parvient à voir les cartilages circulaires de la trachée sur ses parois latérales et sur sa paroi antérieure. J'ai pu en outre, par ce procédé, voir plusieurs fois les six *premiers cartilages circulaires des bronches, et même plus*; j'ai réussi à explorer ainsi *la bronche droite toute entière*.» Il est fâcheux que M. Turck se soit arrêté en si beau chemin. Nous sommes persuadé qu'il aurait vu, en continuant son exploration, tout ce qu'il aurait voulu! Nous ne devons pas oublier que l'emploi du pince-langue a, du reste, fréquemment donné à *l'auteur* des résultats *essentiellement favorables*.

Quoi qu'il en soit, nous avons pu examiner nous-mêmes comme M. Turck, toute la paroi pharyngienne postérieure, la face postérieure interne du larynx, et une partie des faces latérales et postérieures de la trachée. Mais dans tout ceci, il faut une grande habitude des instruments et de l'éclairage, une grande soumission de la part des organes explorés.

M. Turck termine le chapitre III par la description de certains déplacements qu'il imprime à l'os hyoïde et au cartilage thyroïde au moment de l'examen laryngoscopique, et par quelques considérations fonctionnelles et pathologiques qui trouveront leur place ailleurs.

Dans le chapitre IV M. Turck s'attache d'une manière toute spéciale à faire connaître à ses lecteurs les modifications qu'il a fait subir au grand ophthalmoscope de Ruete, c'est-à-dire au réflecteur de M. Czermak. Ces modifications ont consisté à donner pour support au miroir réflecteur un mécanisme isolé de l'observateur et qui permît à celui-ci de déplacer à volonté l'instrument. Cet appareil, s'articulant comme le bras, est bon dans un cabinet de médecin. Sa complication ne permet pas d'en faire un instrument pratique, c'est-à-dire de tous les instants, de toute localité et à la portée de tout le monde. Qu'on se représente donc le réflecteur à centre non étamé, fixé à l'extrémité d'une longue tige, susceptible de s'allonger, de se plier et de s'adapter au moyen d'un étau à agrafes, sur un trépied, sur le dossier d'une chaise, sur une table, etc., tel est l'instrument proposé par l'auteur. « Cet appareil, ajoute-t-il, quoique plus coûteux et moins portatif que ceux de Czermak et de Semeleder, » ne nous a pas convaincu de la préférence que l'auteur lui accorde. Les quelques avantages qu'il peut avoir ne compensent pas suffisamment ses inconvénients.

Le chapitre V ne nous offre rien d'intéressant à citer.

Le chapitre VI consacré à l'éclairage du laryngoscope au moyen de la lumière solaire, a perdu beaucoup de son importance depuis que M. Czermak a utilisé la lumière artificielle dans le même but. Aussi n'avons nous pas bien compris pourquoi la presse médicale s'est approprié ce chapitre pour donner une idée de la brochure de l'auteur. Il est vrai qu'il renferme une assez jolie gravure, représentant un malade qui, armé du pince-langue, se soumet à l'éclairage solaire, et cache ses yeux avec sa main gauche.

Dans le § I du chapitre VII, M. Turck décrit la loupe-lunette qu'il a ajoutée à son appareil réflecteur (Voy. chapitre IV). C'est ce qu'il appelle un appareil grossissant. Cette loupe-lunette grossissante se place derrière le trou central du miroir réflecteur, au moyen d'une tige à gaîne qui se fixe plus ou moins bas sur celle de l'appareil. L'idée de grossir l'image des parties éclairées est d'une utilité certaine, ainsi que le prouve notre pharyngoscope grossissant. Seulement elle vient ajouter ici une complication à un appareil qui est déjà peu pratique sous tous les rapports.

Dans le § II de ce même chapitre, M. Tuck fait connaître les recherches auxquelles il s'est livré avec M. le docteur Wertheim pour instituer des laryngoscopes concaves ou grossissants. Ces recherches n'ont produit aucun résultat satisfaisant. Nous espérons présenter aux Académies des laryngoscopes grossissants, fondés sur un principe différent de celui de nos confrères d'Allemagne, et nous avons déjà la certitude que nous arriverons à un résultat tout autre.

Dans le chapitre VIII, notre savant confrère de Vienne donne la description d'un appareil destiné à maintenir le laryngoscope dans une position déterminée. C'est un étau à genouillière, assez lourd, peu facile à manier. Néanmoins, pour les médecins spécialistes, il peut y avoir une certaine utilité à fixer le laryngoscope dans des circonstances déterminées.

Dans le chapitre IX l'auteur donne la description d'un petit tube à tige et à deux échancrures opposées l'une à l'autre. Il a, dit-il, imaginé cet instrument comme perfectionnement de la canule trachéale du docteur Neudœrfer.

Nous avons décrit nous-même cette canule au chapitre V de notre Cours.

Enfin un dernier chapitre est consacré à la description et aux avantages d'un instrument destiné à faciliter l'éclairage de l'arrière-cavité des fosses nasales. Cet instrument, auquel l'auteur donne le nom de

pince luette est formé comme le pince-pierre de Hunter, modifié par M. Civiale. Il consiste en une tige dont une extrémité est divisée en deux branches élargies au bout pour saisir la luette, et dont l'autre extrémité porte un anneau pour l'introduction du pouce. Une gaîne renferme cette tige et rapproche en glissant les deux branches jusqu'au contact

Ce n'est pas une chose facile que de fixer la luette. Non-seulement elle ne permet presque pas qu'on s'approche d'elle ; mais elle s'échappe très-bien encore lorsqu'on croit en être le maître ; elle est au médecin ce que l'anguille est au pêcheur.

M. Turck, lorsqu'il a le bonheur de la saisir avec son instrument, ne lâche pas facilement sa proie. « S'il se manifeste chez le malade des vomituritions, et s'il apparaît, dit-il, une certaine inquiétude, on ne doit pas relâcher tout de suite la luette ; en effet, à force de « *persévérance et d'exhortations, on parvient à calmer le malade.* » M. Turck ne se contente pas seulement de fixer la luette, il trouve encore nécessaire de faire subir une certaine torsion à cet organe si susceptible. « Pour que la vue puisse, dit l'auteur, pénétrer ensuite librement jusqu'au pharynx, on imprime un léger mouvement de rotation à l'instrument et l'on fait passer ainsi les plans des lames dans une position horizontale. »

La Méthode pratique de laryngoscopie de notre confrère de Vienne est, en somme, une bonne fortune pour nous. Il nous a été agréable de la connaître et de l'apprécier, surtout au point de vue pratique.

Avant de quitter notre savant confrère, nous nous permettrons de lui témoigner nos regrets d'avoir renoncé à la publication qu'il nous avait promise sous le titre de : *Recherches cliniques sur les maladies du larynx* (page 6). Si nous sommes bien informé, cette traduction ne paraîtra pas de si tôt. Cela ne nous empêchera pas de nous occuper, quant à nous, de ce sujet avec toute l'attention qu'il mérite.

Dr MOURA-BOUROUILHOU.

Source et Bains d'Alet.

L'eau d'Alet est employée par le corps médical dans le traitement des dyspepsies, de la chlorose, de l'état nerveux, des vomissements et des convalescences. — Prise en bains, elle guérit, en outre, les dermatoses, les maladies de vessie et de matrice. — Quatre sources fournissent 600,000 litres d'eau par 24 heures, à 30 centigrades. Une autre source froide et très riche en phosphate ferreux.

L'Établissement de bains se compose de trois corps de bâtiment, avec 45 chambres bien installées et accessoires ; il a 300 mètres de jardin en terrasse sur la rivière. — Chemin de fer du Midi, par Bordeaux et Lyon, jusqu'à Carcasonne. De Carcassonne à Alet, trois voitures par jour ; trajet en trois heures.

Eaux minérales de Contrexéville.

Les sources de l'Etablissement ont été déclarées d'intérêt public par Décret impérial du 4 août 1860.

Goutte, gravelle, maladies des voies urinaires, dyspepsie, affections utérines, etc.

Expéditions directes. Ouverture de la saison le 15 mai.

Eaux minérales de Pougues (Nièvre). Alcaline-ferrugineuse-iodée

Traitement des dyspepsies, maladies du foie, de la rate et du pancréas ; affections de l'appareil urinaire, telles que gravelle, coliques néphrétiques, catarrhe de la vessie, etc., la goutte, la chlorose, la chloroanémie, les maladies de femmes, la scrofule, etc.

Ouverture de la saison du 15 mai au 15 octobre.

L'usage des Eaux est dirigé par le docteur Félix Roubaud, médecin-inspecteur et auteur de l'*Hydrologie médicale*, 1 vol. in-12.

Un établissement hydrothérapique complet est annexé aux sources minérales.

Pour les pharmaciens . . 65 cent. la bouteille ;
Et. . . . . 60 » »
pour toute demande dépassant mille bouteilles.

Granules au Carbonate ferreux naissant de Garnier Lamouroux, rue Saint-Honoré, n° 213, à Paris. Faire naître le carbonate ferreux dans l'estomac est sans contredit le meilleur moyen d'administrer cette précieuse préparation dans toutes les affections se rattachant aux tempéraments lymphatiques ; sous cette forme, non-seulement il est permis de compter sur la pureté du carbonate ferreux, mais il se trouve de plus dans un état de division tel que le praticien ne peut craindre qu'il traverse le canal digestif sans produire d'effet.

« Voici l'opinion de M. le professeur Bouchardat : L'oxyde de fer au *minimum* que contient le *Carbonate ferreux* est une dose puissante, et l'acide carbonique qui lui est associé peut être déplacé sans difficulté par les acides contenus dans les voies digestives. Cette décomposition lui donne également l'avantage sur les autres sels de fer insolubles. On n'a pas à craindre qu'il traverse le canal digestif sans produire d'effet. D'un autre côté, il est souvent préférable aux sels plus solubles, car sa dissolution dans les sucs acides de l'estomac est lente, graduée et laisse peu à redouter l'impression toujours désagréable et parfois dangereuse que produit la dissolution des autres sels ferreux. »

La Scillitine Mandet, ses sirops et ses pilules.

La Scillitine, résumé des propriétés thérapeutiques de la Scille, est un médicament déjà connu et employé par les praticiens. M. Mandet, pharmacien de Tarare a fait une étude spéciale de sa préparation et l'on sait l'accueil que lui a fait l'Académie, lorsqu'elle a été soumise à son approbation.

La Scillitine extraite par le procédé de M. Chevallier se présente à la pratique dépouillée de tout le principe irritant de la plante, et quel avantage dès lors n'offre-t-elle pas dans les cas de maladies respiratoires ou urinaires, contre les quelles le premier soin est celui de ramener la circulation à l'état normal. Nous ne croyons pas utile d'en dire davantage sur son emploi, non plus que sur la spécificité qu'elle possède contre les diverses affections de l'organisme, qu'il nous suffise de dire que l'expérience a démontré que la Scillitine, s'administre généralement aujourd'hui à la dose de dix à vingt centigrammes par jour.

Croyant rendre son administration plus facile, M. Mandet a pensé qu'il était convenable de faire des pilules et un sirop de Scillitine. L'adoption qu'on a faite de la préparation sous ces deux formes a démontré que M. Mandet avait eu raison. Le sirop et les pilules sont employés tous les jours dans les hôpitaux et dans la clientèle civile.

La Scillitine pure, et les pilules et sirop de Scillitine se trouvent à Tarare chez M. Mandet, pharmacien, et à Paris, chez M. Adrian, pharmacien, successeur de Page, 25, rue Coquillière.

La sève de Pin et son Sirop.

La sève de pin maritime est une heureuse découverte de notemps modernes pour la médecine des maladies de poitrine. L'extension qu'elle a prise prouve son efficacité. M. Lagasse a eu la bonne idée de concentrer cette substance en un sirop béchique dont l'adoption a été prompte. Les médecins l'ordonnent avec avantage dans les cas de maladies chroniques telles que catarrhes, asthme humide, bronchorrhe, etc, et ses succès ne sont pas moindres dans les indispositions aiguës de l'hiver, telles que rhumes, laryngites, pharyngites et angines.

On a remarqué que ce *Sirop de sève de pin* a aussi une action évidente sur les sécrétions urinaireres, et les irritations inflammatoires de la vessie; il dispense avec avantage de ces préparations de bourgeons de pin, si généralement employés avant la découverte de la sève qui est la substance la plus intime et la mieux élaborée de l'arbre.

Le *Sirop de sève de pin* de M. Lagasse se vend à sa pharmacie de Bordeaux, Cour-d'Albret, 31, et à Paris, chez M. Grimaud successeur à la pharmacie Dorvault, rue Lafeuillade 7, et chez les principaux pharmaciens de France.

PYROPHOSPHATE DE FER ET DE SOUDE, de LERAS, pharmacien, docteur ès-sciences. — Ce nouveau ferrugineux liquide, incolore, sans goût ni saveur de fer, contient, par cuillerée à bouche, 20 centigrammes de sel de fer. Il offre la composition des os et du sang. Seul, il ne précipite pas en présence du suc gastrique et ne provoque jamais de constipation. Il s'administre par cuillerée à bouche une demi-heure avant chaque repas, et peut se prendre en mangeant associé au vin, qu'il ne décompose pas. On en fait aussi un *Sirop* très-blanc et très-agréable, ainsi que des *Dragées*.

Il est toujours parfaitement supporté, et les observations de MM. Aran, Arnal, Barth, Bernutz, Casenave, Debout, etc., publiées par les divers journaux de médecine ont prouvé qu'il a réussi là où le *lactate de fer*, le *fer réduit*, les *pilules* de *Vallet*, l'*eau* de *Bussang*, de *Passy* et de *Spa* avaient échoué. — Prix du flacon, 2 fr. Dépôt à Paris, à la pharmacie 7, rue de la Feuillade, près la Banque. En province, chez tous les pharmaciens.

Eau sulfureuse de Labassère, près de Bagnères-de Bigorre, Hautes-Pyrénées.

« L'eau de *Labassère* est la plus richement minéralisée des sulfureuses sodiques. » (Pétrequin et Socquet.)

« Trois ans d'embouteillage sans altération. » (Ossian Henry.)

« L'eau de *Labassère* se place en tête des eaux propres à l'exportation. » (Filhol.)

« La stabilité des eaux de *Labassère* leur donne, sur toutes les « eaux sulfureuses connues, pour l'exportation et l'emploi loin des « sources, une supériorité incontestable. » (Cazalas.)

Tableau comparatif par M. Filhol.

« Sulfure de Sodium : Labassère, 0,046 ; Eaux Bonnes 0,021 »
« Chlorure de Sodium : Labassère, 0,215 ; Cauterets 0,026 »
« Matière organique : Labassère. 0,145 ; Luchon 0,056 »

« L'eau de *Labassère* peut être employée *avec avantages* dans « toutes les maladies où les eaux sulfureuses sont indiquées. Elle jouit « d'une efficacité spéciale que l'on ne saurait mettre en doute dans « *le catharre chronique des bronches, les toux convulsives, les « congestions passives du poumon, la tuberculisation pulmonaire, « la laryngite chronique et les maladies de la peau.* » (Filhol. Cazalas.)

J. Gertoux, à Bagnère de Bigorre, seul fermier de la source, expédie.

Pour tous les articles non-signés, le Docteur SALES-GIRONS.

Paris. — Imprimerie de Moquet, rue des Fossés-Saint-Jacques, 11.

LA REVUE MÉDICALE
FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.
(30 Juin 1861.)

CLINIQUE ET MEMOIRES.

DE LA NATURE ET DU TRAITEMENT
DE LA SCROPHULE

PAR M. LE DOCTEUR AUGUSTE **Dumoulin**,
Médecin Inspecteur des Eaux de Salins.

(Voir les cahiers du 31 Mai et suiv.).

CHAPITRE II.

DES DIVERS MÉDICAMENTS EMPLOYÉS CONTRE LA SCROPHULE.

Le nombre des médicaments qui ont été tour à tour prescrits contre la scrophule est considérable. Une simple énumération de ces agents thérapeutiques serait sèche et stérile. D'un autre côté, je ne saurais entrer avec détails dans une discussion sur chacun d'eux. Je me contenterai de donner sur les plus importants, les seuls que je mentionnerai, une courte explication. Toutefois, il me paraît utile de les réunir autant que possible sous plusieurs classes, non seulement pour être complet dans leur énumération, mais encore parce que plusieurs agents d'une même famille en matière médicale, qu'on me permette cette expression, demandent, dans la description, à ne point être disjoints les uns des autres. Beaucoup de ces médicaments sont utiles, mais à leur heure, en quelque sorte, et dans des conditions données. Le tort de plusieurs auteurs a consisté à faire de l'un ou de l'autre de ces médicaments une véritable panacée. Je vais rapidement les passer en revue :

Les *sulfureux*. — Les composés sulfurés qui ont été employés dans la scrophule sont : les *sulfures d'antimoine*, les *sulfures de mercure*, et le *sulfure de potasse*.

1° Des *sulfures d'antimoine*. — Ces sulfures sont assez

nombreux : le sulfure d'antimoine ou antimoine cru, ou antimoine sulfuré ; la teinture antimoniale, l'élixir aurifique de Rotrou, le soufre doré d'antimoine, et, enfin, le kermès minéral.

Le *sulfure d'antimoine* ou *antimoine cru*, ou *antimoine sulfuré* est la base de la poudre antimoniale de Kœmpfer, des tablettes restaurantes de Kumkel, des pilules restaurantes de Jaser, des pilules antimoniales de Klein. De ces préparations, les deux premières sont peu employées ; les deux dernières sont complétement inusitées.

Ce médicament a eu une grande vogue comme fondant, mais il est très infidèle comme produit pharmaceutique, en raison des quantités différentes de sulfure d'arsenic qu'il renferme. En effet, il n'est jamais pur ; il renferme toujours de l'arsenic. C'est peut-être même à la présence de ce métalloïde qu'il doit la qualité de fondant qu'on lui a reconnue. La *teinture antimoniale* est, pour ainsi dire, un dérivé du médicament précédent. On l'obtient en faisant digérer dans 768 grammes d'alcool, 256 grammes de carbonate de potasse sec, et 192 grammes de sulfure d'antimoine, préalablement fondus ensemble. On ne trouve plus nulle part d'indication de ce médicament justement oublié. C'est une liqueur très irritante. On l'a appelée aussi élixir aurifique de Rotrou réformé, parce qu'elle ne diffère que très peu du remède de Rotrou, mélange d'antimoine et d'un sulfure alcalin.

Le *soufre doré d'antimoine*, qui est un mélange de sulfure d'antimoine, d'acide sulfo-antimonique et d'oxyde d'antimoine, est un diaphorétique. Il n'a point été employé seul et isolé dans la scrophule ; mais combiné avec d'autres produits ; ainsi avec le calomel dans les pilules de Plummer.

Le *kermès minéral*, produit pharmaceutique dont la composition n'est pas toujours identiquement la même, est un sulfure hydraté d'antimoine, en partie mêlé et en partie combiné avec de l'oxyde d'antimoine, et quelquefois avec de l'acide sulfo-antimonique. De plus, il contient une petite proportion de sulfure de potassium combiné avec un peu d'oxyde d'anti-

moine ou avec une partie du sulfure d'antimoine. Ce médicament est, sans doute, fort souvent utile pour combattre les affections des voies respiratoires si communes dans la scrophule ; mais il ne constitue pas, à proprement parler, un anti-scrophuleux : c'est un expectorant très utile dans le catarrhe pulmonaire, mais rien de plus.

Ainsi, des sulfures d'antimoine, aucun ne demeure à titre anti-scrophuleux. Le sulfure d'antimoine ou antimoine cru est encore le seul qui semble avoir une action contre le scrophule. Quelques auteurs l'emploient encore, ainsi M. Sichel dans l'ophthalmie scrophuleuse ; mais, comme je l'ai dit, la présence de l'arsenic dans ce sulfure nous laisse indécis. Est-ce l'arsenic qui agit ? est-ce le sulfure d'antimoine ?

2° Des *sulfures de mercure*. — Des deux sulfures de mercure, l'un, le sulfure rouge ou cianabre, est à peu près exclusivement employé à l'extérieur. Le sulfure noir ou éthiops minéral est le seul qui ait été préconisé comme anti-scrophuleux par Charmeil, Dumoulin et Hufeland. Le premier de ces auteurs l'associait à la ciguë, Dumoulin à l'ipécacuanha, Hufeland l'a plusieurs fois associé à l'antimoine. Il ne s'agit point ici de discuter les théories qui ont conduit ces médecins à employer le mercure dans la scrophule. Il s'agit du fait en lui-même. Quels sont les résultats pratiques qui ont été obtenus ? Baudelocque, ce judicieux observateur qui avait pris à tâche d'expérimenter la plupart des principaux médicaments préconisés avant lui contre la scrophule, employa à son tour le sulfure de mercure ; il l'unit à la ciguë et à la magnésie, et le donna en pilules. Chaque pilule contenait un décigramme de sulfure de mercure, autant de poudre de ciguë, et cinq centigrammes de magnésie. Il prescrivait une pilule le matin et une autre le soir, et il en augmentait graduellement le nombre de manière à en faire prendre dix par jour. Il expérimenta sur sept enfants ; voici sa conclusion : « Quoi qu'il en soit, les résultats que j'ai obtenus sont loin de pouvoir être comparés à ceux dont parle Hufeland. Le sulfure de mercure n'est certainement pas d'un effet aussi nul que le charbon animal. Je

pense qu'il peut quelquefois suffire à la guérison de l'affection strumeuse, quand celle-ci est légère, commençante; mais je dois dire que l'art possède des moyens dont l'efficacité est beaucoup plus grande, beaucoup plus certaine. On l'a accusé, dit Hufeland, d'exciter facilement le ptyalisme. Quant à moi, ajoute-t-il, je puis assurer que je l'ai donné très souvent et d'une manière continue aux enfants les plus délicats, et que je ne lui ai jamais reconnu l'inconvénient qu'on lui reproche. C'est un de mes remèdes familiers; je l'ordonne fréquemment aux enfants, parce qu'il joint à ses vertus anti-scrophuleuses la propriété de chasser les vers intestinaux. » Sous le rapport du ptyalisme, mes observations sont parfaitement d'accord avec celles d'Hufeland. Aucun des sept enfants qui ont fait usage du sulfure de mercure n'a présenté la plus légère menace de salivation. Ce remède a, en outre, été parfaitement supporté par l'estomac. Quant à sa propriété anthelmintique, je ne puis rien en dire. Malgré la fréquence des vers intestinaux chez les enfants scrophuleux, ceux auxquels je l'ai administré n'en ont pas rendu : peut-être n'en existait-il chez aucun d'eux. » (*Études sur la maladie scrophuleuse;* p. 477.)

Huxham unit le mercure au sulfure d'antimoine, comme Plummer y avait associé le calomel.

Le mercure gommeux de Plenck fut employé par Hufeland qui en fit l'éloge. « Le mercure gommeux de Plenck convient spécialement lorsque le vice scrophuleux a son siége dans des organes doués d'une grande irritabilité. Le docteur Ficat rapporte quatre observations d'engorgements scrophuleux très-rebelles, où ce moyen combiné tantôt avec l'opium, tantôt avec le quinquina, a obtenu le plus heureux succès. Il me serait facile de multiplier les faits de ce geure. » (*Traité de la maladie scrophuleuse.* Page 183).

Pour notre part, nous sommes très-éloignés de proscrire le sulfure noir de mercure, et nous croyons que, dans la forme commune de la scrophule, avec affections prédominantes des glandes du cou et des muqueuses, avec ophthalmie, chez des

sujets bouffis, et si les fonctions digestives ne souffrent pas, ce médicament peut être très utilement employé. Je reviendrai sur ce sujet, quand je décrirai le traitement des affections de la scrophule.

3° Du *Foie de soufre*. — Le foie de soufre, proto-sulfure de potassium, communément appelé sulfure de potasse, a été fort recommandé contre la scrophule. Stoll le donnait à la dose de 5 à 10 grains, en même temps qu'il prescrivait les eaux minérales qui en contiennent. Chaussier l'incorporait dans du sirop dont 30 grammes représentaient 40 centigrammes de sulfure de potasse. Mais c'est surtout en bains que ce précieux médicament est usité.

Depuis que les connaissances en hydrologie médicale se sont plus étendues, les eaux sulfureuses ont été très recherchées par les scrophuleux. Elles conviennent surtout dans les affections de la peau de nature scrophuleuse; les eaux salines ont une plus grande efficacité dans les engorgements glandulaires, et en général, dans toute scrophule dont les affections sont graves, ainsi dans les lésions osseuses. Nous aurons à revenir sur ce sujet.

Les *Ferrugineux*. — L'eau ferrée, la limaille de fer, le safran de Mars, le tartrate de potasse et de fer, les eaux minérales ferrugineuses, etc., ont été préconisés dans la scrophule, souvent à des points de vue différents. Beaucoup d'auteurs ont employé ces médicaments. On peut dire, toutefois, qu'on n'en a jamais fait une médication unique, générale. On les prescrivait, mais sans exclure l'emploi d'autres substances. On leur accordait évidemment une action reconstitutive; ainsi, c'était surtout dans les *affections scrophuleuses internes* qu'ils étaient conseillés. Sauvages, Charmetton, Laloutte, Kortum les prescrivaient. Le danger de leur emploi dans certaines circonstances, quand il existe en quelque point du corps une inflammation trop intense, n'avait pas échappé aux observateurs. Cette remarque est généralement fondée. Ces contre-indications ne viennent pas tant de la nature de la préparation ferrugineuse que de l'état des affections présentes

de la scrophule. Je dirai plus loin quels sont les cas où le fer, et en particulier les eaux ferrugineuses, sont le mieux indiqués, ce qu'on doit attendre de leur emploi.

Les *Toniques amers*. — Les principaux sont le quinquina et la gentiane.

Fordyce et Fothergill ont, les premiers, employé le quinquina dans le traitement de la scrophule.

Fothergill donnait la décoction de quinquina avec addition de raisin de Corinthe ou de gomme arabique et d'eau aromatique. Il paraît résulter de ses observations que le quinquina peut être fort utile dans la forme commune de la scrophule; dans cette forme où il y a des adénites cervicales, des ophthalmies souvent rebelles, des affections de la peau. Le quinquina n'aurait aucune action dans la forme grave, dans les affections des os. Sans contredit, ce n'est point, dans ces cas, un moyen curatif; c'est tout simplement un tonique puissant, chez certaines personnes; mais ce n'est que cela. Fothergill avait parfaitement reconnu une contre-indication très précise du quinquina : l'état de fièvre. En effet, il l'augmente et il exaspère les phlegmasies locales si communes dans la scrophule. Le quinquina est en définitive un excellent médicament, mais qu'il faut employer en temps opportun. Je reviendrai sur ce sujet.

Ce que je dis du quinquina, je pourrais le répéter de la gentiane. Cependant, quelques différences les séparent : ainsi, il résulte de mes observations que la gentiane convient mieux aux adolescents et aux personnes d'un âge mur qu'aux enfants; qu'elle réussit mieux que le quinquina dans les affections des muqueuses, dans les cas où il existe des phlegmasies chroniques avec excrétion de pus ou de muco-pus, comme dans quelques variétés de l'ophthalmie scrophuleuse, dans des engorgements glandulaires depuis longtemps en voie de suppuration, dans la leucorrhée et dans quelques engorgements chroniques de la matrice. Mais ce n'est point le moment d'insister sur ce sujet.

Il y a d'autres variétés de la gentiane qui sont égalemen

des toniques amers, mais à un moindre degré que la gentiane jaune ou grande gentiane, celle que l'on recueille généralement en Suisse et en Auvergne et que l'on emploie ordinairement; ainsi la gentianelle ou amarelle, la croisette et la petite centaurée. En Allemagne, l'on utilise beaucoup l'amarelle; on la substitue à la gentiane jaune. Le houblon et le noyer sont également des toniques amers qu'on a beaucoup employés dans la scrophule.

Le noyer est un excellent médicament qui, dans la forme commune de la maladie, a donné des succès si réels qu'on lui a réservé le nom d'antiscrophuleux.

Je ne le cite ici que pour mémoire.

A mes yeux, le quinquina, toutes les gentianes, le houblon, sont des toniques amers fort utiles, des adjuvants qui peuvent même paraître indispensables; mais ils n'ont pas, comme le noyer, une action directe contre la maladie elle-même. Je regarde le noyer comme un *antiscrophuleux*; les autres toniques amers sont des stimulants, utiles, qui placent la nutrition dans de meilleures conditions et qui en activant l'énergie des fonctions, combattent dans l'organisme cette atonie qui est un résultat de la scrophule.

Les *Antiscorbutiques*. — Beaucoup de plantes crucifères sont appelées des antiscorbutiques, mais en particulier les *racines du raifort*, les *feuilles du cochléaria et du cresson*.

Ces médicaments ont été recommandés par Bordeu, Sauvages, Stoll. On les donnait souvent à des époques fixes, ainsi au printemps et à l'automne.

Certaines plantes, appartenant à diverses familles botaniques, ont été, avec plus ou moins de raison, administrées comme des antiscorbutiques, le *lierre terrestre*, *l'ortie blanche* (lamium album, de la famille des Labées), la *grande chélidoine*, vulgairement nommée éclaire, la *chicorée sauvage*, la *saponaire*. Stoll recommandait même dans la scrophule certaines plantes aromatiques, comme la *menthe*, la *sauge*.

Plusieurs de ces médicaments sont assez insignifiants et ne peuvent constituer un traitement de la scrophule; ils ne ser-

vent qu'à relever les forces digestives souvent allanguies, qu'à donner du ton à l'économie. Les espèces anti-scorbutiques seulement (raifort, cochléaria, cresson) en sirop ou en vin, semblent souvent obtenir, en thérapeutique, un but mieux défini. Elles conviennent surtout dans les phlegmasies chroniques de la scrophule accompagnées de suppuration.

Les *mercuriaux*. — Quand j'ai parlé des sulfures, j'ai été amené à faire mention des mercuriaux. Je rappelle ici les principaux :

L'ethiops minéral ou sulfure noir de mercure, le mercure gommeux de Plenck, l'éthiops antimonial d'Huxham, la poudre de Plummer (parties égales de calomel et de sulfure d'antimoine). Le *calomel* tant recommandé par Withe contre le carreau, le *bichlorure de mercure* (sublimé corrosif) employé par quelques médecins à une période avancée de la maladie, dans les cas de cachexie, d'ulcères très anciens, de graves affections des os, le *mercure* violet (sulfure de mercure et sel ammoniaque) autrefois employé.

Des auteurs très recommandables ont été les partisans de l'emploi du mercure dans la scrophule, Warthon, Klaunig, Bordeu, Withe, Kleiser, Hufeland, Hoxham, Rierchen, etc. Quelques uns, et en particulier Warthon et Klaunig, voulaient même que l'on fît saliver les scrophuleux.

Des médecins non moins distingués ont blâmé l'usage du mercure, comme inutile au moins, souvent très dangereux, à moins, qu'il n'y eût complication de syphilis; ainsi Goursand, Cullen, Hunter, Lalouette. Du reste, quelques uns de ceux qui employaient si volontiers le mercure, redoutaient la salivation. et Hufeland en particulier, vantait beaucoup l'éthiops, minéral parce qu'il ne provoquait point la salivation. Ce résultat a du reste été confirmé par Baudelocque, comme nous l'avons dit. Quant à nous, nous sommes fort éloigné de repousser systématiquement l'emploi des mercuriaux. J'ai déjà exprimé mon sentiment sur ce sujet, à propos du sulfure noir de mercure. J'en dirai autant du calomel pour le traitement du carreau. Cependant, les mercuriaux constituent un ordre

de moyens qu'on ne doit utiliser qu'avec circonspection. Je dirai plus loin, quand je traiterai des affections de la scrophule, quels sont les cas qui en réclament l'emploi.

Les *Antimoniaux*. — J'ai déjà parlé des sulfures d'antimoine : je n'y reviendrai pas.

D'autres préparations d'antimoine ont été employées : la poudre métallique, l'eau bénite de Roland, qui n'est autre chose qu'un vin antimonié, le vin antimonié d'Huxham. Ces médicaments sont inusités.

Divers fondants. — On a rangé sous le nom de fondants, un grand nombre de préparations dont voici les principales :

Le *sel de tartre* ou sous-carbonate de potasse.

Le *sel de tartre de Mynsicht* ou tartre de potasse et d'antimoine.

Le *sel ammoniaque* employé par F. Hoffmann.

La *terre foliée de tartre ou terre foliée végétale*, recommandée par Selle; c'est de l'acétate de potasse.

Le *tartre soluble de Neumann*, qui ne serait qu'une combinaison d'acide tartrique et d'ammoniaque.

Le *sel amer cathartique de Glauber*, ou sulfate de magnésie fort recommandé dans le carreau.

Le *sel commun* ou chlorure de sodium. J'aurai l'occasion de parler plus loin des applications du sel marin dans la scrophule, et particulièrement dans les tubercules scrophuleux. Pendant longtemps, on l'a regardé comme un simple excitant de l'économie, comme un purgatif quand il était administré à certaine dose. Depuis les travaux de M. le docteur Amédée Latour et des médecins qui l'ont suivi dans la voie qu'il a indiquée, le chlorure de sodium a pris en thérapeutique un rang qu'il n'avait jamais eu. Le *savon* a été prescrit par divers auteurs comme un fondant, surtout au début de la scrophule ; ainsi par Boerrhaave qui l'utilisait dans le carreau. On l'a donné en pilules, tantôt seul, tantôt uni à la gomme ammoniaque ou à l'antimoine. On en faisait un sirop, ou bien on l'administrait dans une eau aromatique. Le savon peut être un médicament utile dans plusieurs affections de la scrophule,

mais ce n'est point un agent du traitement général de la maladie.

L'eau de chaux a été également conseillée comme fondant; ainsi par Willis et Morton. Ce dernier auteur la recommandait particulièrement dans la scrophule qui se développait à la suite de la rougeole. Ce médicament est aujourd'hui à peu près inusité.

On a accordé à la *ciguë* des propriétés fondantes considérables dans la scrophule. Stoerk est le premier qui l'ait prescrite, même dans les affections graves de la maladie, les tumeurs blanches, le spina-ventosa, les ulcères scrophuleux, les caries. Quelques médecins, après lui, en ont continué l'emploi, Quarin, Leber, Collin, de Haen. Ce dernier auteur en abandonna l'usage dans le cancer pour l'utiliser spécialement dans la scrophule, spécialement dans les adénites. Je n'ai, pour ma part, jamais obtenu de grands effets de la ciguë dans les engorgements glandulaires liés à la scrophule. Je suis disposé à regarder la ciguë comme un sédatif assez puissant et rien de plus. Elle est également sans effet dans le squirrhe. Qu'il me soit permis à ce sujet de donner une courte explication.

(*La suite au prochain cahier*).

MALADIES DE POITRINE

TRAITÉES

PAR LES RESPIRATIONS D'EAUX MINÉRALES

PULVÉRISÉES,

Selon la Méthode du docteur SALES-GIRONS, Médecin-Inspecteur de l'Établissement thermal de Pierrefonds-les-Bains.

La méthode si rationnelle de la pulvérisation des eaux minérales, comme mode d'administration topique dans le traitement des affections respiratoires, vient de subir les efforts d'une critique toute fondée heureusement sur des suppositions; mais les faits de clinique qui se réalisent dans les *salles de respiration* à l'eau minérale pulvérisée restent, néanmoins, avec toute leur valeur devant la science positive.

Tant que cette méthode n'a existé qu'à Pierrefonds-les-Bains, près de Compiègne, où elle a pris naissance, M. le Dr Sales-Girons, inspecteur de ces eaux, et fondateur de cette pratique, a cru devoir s'abstenir, et attendre, pour publier les nombreuses observations qu'il y a recueillies. Aujourd'hui que les témoignages lui arrivent de ses collègues placés à la tête des établissements thermaux qui ont adopté la pulvérisation, il est juste qu'il en fasse son profit.

C'est en cette intention que nous publions les deux observations qui suivent; elles nous sont adressées par un confrère qui a titre et qualité dans l'espèce, faisant partie de l'inspection médicale des eaux du Mont-d'Or.

PREMIÈRE OBSERVATION

Laryngite avec épaississement de la muqueuse glottique, traitée par les Respirations d'Eaux minérales pulvérisées,

PAR M. LE DOCTEUR GOUPIL DE PAILLIERES.

Un enfant âgé de 11 ans, d'une constitution lymphatique et délicate, né à Lima (Amérique du sud), avait eu dans sa première enfance la coqueluche et les éruptions fébriles du premier âge, sans que sa santé fût compromise. Dans l'automne et l'hiver 1858-1859, ce jeune garçon contracta une phlegmasie légère de la muqueuse aérifère portant particulièrement sur le larynx, et se caractérisant par une raucité de la voix fort remarquable et fort souvent par une complète aphonie. L'expectoration était compacte, demi transparente, d'une couleur gris-perle, membraniforme, véritable état rudimentaire des pseudo-membranes ayant la diphtérite pour origine; si j'insiste sur ces caractères des sécrétions bronchiques, c'est, qu'étudiés avec soin, ils peuvent offrir des éléments de diagnostic. La toux était brève, rauque, sans être ni fatigante, ni fréquente; mais ce qui tourmentait moins l'enfant que les assistants, c'était ce bruit perpétuel résultant d'efforts que l'on fait pour chasser, des ventricules, des crachats très-visqueux qui y adhèrent, ou qui sont même attachés aux cordes vocales.

L'examen de la poitrine, était du reste, rassurant, mais le

cœur faisait entendre des bruits éclatants qui, avec un peu de pâleur de la peau et des muqueuses extérieures, indiquaient de la chloro-anémie. Le larynx ausculté fesait entendre une sorte de ronflement particulier, dû à l'engorgement de la muqueuse et au rétrécissement de la cavité aérifère. Cette affection se spécialisait si évidemment dans le larynx, que j'ai dû examiner cet organe avec tout le soin possible. Dans les affections du larynx, l'examen stéthoscopique, je le sais, est loin d'avoir toute la valeur de celui de la poitrine, et j'avoue, qu'en pareil cas, il est plus sûr de porter l'examen sur les troubles fonctionnels de l'organe.

Rassuré sur les antécédents de famille, le traitement fut institué dans la forme suivante :

Eau minérale 360 grammes avec addition de sirop de térébenthine (1); un bain de 40 minutes, à 33 degrés; une douche de même température dirigée sur les épaules, les régions postérieures et latérales du col, et à l'aide d'un tube en caoutchouc vulcanisé, portée sur la partie antérieure du larynx, séjour dans la salle d'aspiration des vapeurs d'eaux minérales pendant trente minutes; pédiluve une heure avant le dîner pendant sept minutes, au point d'émergence de la source même, à la température de 45 degrés. Enfin, l'aspiration pendant 18 à 20 minutes d'eau minérale de la Bourboule pulvérisée à l'aide de l'instrument de notre confrère et collègue, M. le docteur Sales-Girons.

Les premiers jours le cylindre de l'instrument était chargé d'eau du Mont-Dore, que je remplaçai par celle de la Bourboule, dont la minéralisation a beaucoup de puissance. En effet, cette eau contient par litre, 20 milligrammes d'arséniate de soude, et près de 4 grammes de chlorure de sodium; l'eau

(1) Ce sirop est préparé de la manière suivante :

Huile essentielle de térebenthine	5 grammes
Sirop de sucre	500 grammes
Jaune d'œuf	S. Q.

Opérer à froid.

du Mont-Dore ne contient qu'un milligr, 253 d'arséniate sodique, et 0, 583 de chlorure de sodium.

Les premiers jours de traitement ne changèrent rien à la position du jeune malade; mais bientôt les sueurs s'établirent, le système cutané, jadis languissant, et sans fonctions, pour ainsi dire, devint le siège d'une vive excitation, et ses fonctions physiologiques, portées à leur maximum d'action, déterminèrent une véritable crise, l'enfant fut pris d'un peu de toux et d'expectoration, différent de la première par une moins grande plasticité, et par la couleur jaune, et par de l'opacité. Dès le neuvième jour la voix commençait à perdre la fatigante raucité qui la caractérisait, et l'articulation des sons se rapprochait plus de la normale. Au quinzième jour du traitement, la voix avait repris non seulement son timbre naturel ; la voix modulée avait repris sa puissance et sa douceur. La mère assurait que la voix de son enfant n'avait jamais eu cette force, et surtout cette clarté.

La toux avait entièrement cessé, l'hématose se faisait mieux, la pâleur avait disparu, l'appétit avait au moins doublé, l'enfant était comme transformé.

Cette observation me semble remarquable à plusieurs points de vue; d'abord il est évident que la médication thermale seule a dû ramener à leur état normal les replis glottiques si profondément engorgés; que cet effet a été obtenu dans un temps fort court; que l'état chloro-anémique a guéri plus rapidement par le traitement thermal que par le fer qu'on aurait pu administrer en nature; qu'enfin, il est juste d'accorder une action directe et efficace à l'aspiration de l'eau minérale pulvérisée et ainsi déposée sur les parties malades du larynx.

Je ne doute pas que dans des cas analogues on n'obtienne les mêmes effets thérapeutiques en soumettant les malades aux mêmes procédés.

Pendant la saison dernière des eaux du Mont-Dore, j'ai pu, chez douze malades, dans des conditions pathologiques assez diverses, me servir de l'instrument de M. Sales-Girons, ces observations seront pour la plupart publiées, et prouveront

que la pulvérisation est appelée à rendre d'éminents services dans les maladies de l'appareil respiratoire.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Bronchite, accès d'asthme graves. Emphysème peu prononcé.

Madame D..., âgée de trente ans, d'une excellente constitution, mère de trois enfants; parfaitement réglée, jouissant habituellement d'une bonne santé, habite une des villes maritimes du nord de la France. Cette dame fut prise, au mois de novembre 1858, d'une bronchite légère et d'une dyspnée hors de toute proportion avec l'élément phlegmasique. Bientôt cette dyspnée, ou cet asthme, puisqu'il faut l'appeler par son nom, devint la condition pathologique dominante. D'abord apparaissant dans la première moitié de la nuit, les accès finissaient avec elle; ils se caractérisaient par de la toux sèche, sonore, caverneuse; par de la constriction à la base de la poitrine; une vive anxiété, la crainte d'étouffer; la lividité des lèvres, puis de la face; l'impossibilité d'effectuer le décubitus horizontal, et par de l'œdème aux malléoles, mais bientôt les accès duraient non seulement la nuit, mais encore une grande partie du jour, et augmentaient lorsque la malade prenait des aliments. L'absence du sommeil, l'insuffisance de la nourriture et de l'hématose portèrent une atteinte grave à la santé de Madame D..., confiée aux soins de savants confrères, cet état pathologique ne reçut aucune amélioration, et sa famille la conduisit à Paris, où un de nos savants confrères l'adressa au Mont-Dore. Cette dame arriva le 11 août à cette station thermale; l'auscultation fesait entendre des râles sonores et modulés, le murmure vésiculaire était un peu réduit, et la percussion donnait une sonorité trop considérable et trop étendue. Le cœur battait avec violence, mais n'indiquait aucune lésion; la percussion indiquait que cet organe occupait les limites anatomiques.

On avait affaire à une bronchite légère compliquée d'asthme nerveux grave, et d'un commencement d'emphysème. Tel

était le diagnostic rigoureusement établi à Paris et au Mont-Dore. Madame D... commença le lendemain matin le traitement.

(Eau minérale 500 grammes, avec le sirop de térébenthine, demi bain d'abord à 36 degrés, douches de même température sur les parties postérieures du tronc; séjour de 40 minutes dans la salle d'aspiration, pédiluve de 7 minutes malgré l'œdème, aspiration d'eau minérale de la Bourboule pulvérisée).

Dès le quatrième jour la malade éprouve du mieux, elle peut rester deux heures couchée; la respiration est plus calme, les battements du cœur moins tumultueux; elle peut prendre un peu de nourriture sans augmenter la dyspnée; l'expectoration, de filante et écumeuse qu'elle était, s'épaissit, devient jaune et moins difficile. Enfin le mieux se déclare si rapidement, que le neuvième jour Madame D... déclare qu'elle est guérie et me demande l'autorisation de quitter immédiatement le Mont-Dore, ce qui, bien entendu lui fut refusé. De jour en jour les accidents se calmèrent; la toux cessa ainsi que la dyspnée, l'appétit revint, la pâleur et l'injection de la face s'effacèrent; la respiration et la circulation redevinrent normales, l'œdème des pieds cessait, tout ce cortège de symptômes s'évanouit, Madame D... était guérie. Et ce qui me surprit, c'est que cette dame qui, quelques jours auparavant, ne pouvait faire quatre pas dans sa chambre, pouvait maintenant monter, sans trop s'essouffler, les abruptes montagnes du Mont Dore.

Nonobstant ce mieux, la médication thermale suspendue pendant cinq jours, à raison de l'époque menstruelle, fut continuée pendant vingt jours, au bout desquels Madame D... partit guérie avec injonction de revenir à la saison nouvelle. Je dus l'avertir que, si le séjour humide et froid des bords de la mer ramenait des accidents de dyspnée, elle ne devait pas attendre que ces accidents prissent de graves proportions, et qu'il fallait quitter au plus tôt ces dangereuses localités pour habiter des climats plus doux, plus élevés et plus secs.

Cette observation a cela de remarquable, que le traitement thermal, à peine institué, a modifié avec une puissante énergie

les symptômes graves d'un asthme qui, bien que s'accompagnant d'une bronchite initiale, était dominé par l'élément nerveux. Je ne sais si je fais erreur; mais il m'a toujours semblé que l'asthme essentiellement nerveux, et pur de toute phlegmasie bronchique, guérit moins vite et moins sûrement que lorsqu'il est compliqué de bronchite, soit qu'on lui eût opposé le traitement ordinaire, soit que le traitement thermal du Mont-Dore ait été mis en usage.

Une observation, pour être exacte et concluante, surtout lorsqu'il s'agit de déterminer l'action positive d'un agent thérapeutique, veut que l'on tienne rigoureusement compte de la part que les agents thérapeutiques ont pu avoir dans la médication instituée. Il n'est pas toujours facile de déterminer les rapports qui existent entre tel médicament et telle modification de l'organisme, comme si, en dehors de l'action thérapeutique, ce même organisme ne pouvait pas être à chaque instant influencé par toutes les conditions de l'hygiène, par celles du moral, par celles enfin du dynamisme dont le jeu et les oscillations entretiennent la vie.

C'est parce que ces réflexions me paraissent justes que je veux les appliquer à cette observation, afin qu'il n'en puisse sortir que des conclusions rigoureusement exactes. Si j'affirmais que la guérison de Madame D... est exclusivement due à la médication thermale, j'émettrais sans doute une opinion probable; mais la probabilité n'est pas la certitude. En effet, dans quelques circonstances on a vu l'asthme s'amender ou guérir par le changement de localité ou par des impressions morales. Dans l'espèce, Madame D... quittait le bord de la mer et venait habiter une localité d'une altitude considérable, et dans des conditions atmosphériques nouvelles pour la malade. Il n'en fallait pas davantage pour modifier le système nerveux, et faire rentrer ses fonctions en quelque sorte affectées, qu'on me passe l'expression, dans leurs limites physiologiques. Cependant, cette cure s'est faite si rapidement qu'à peine l'organisme a-t-il eu le temps de subir ces influences atmosphériques.

Entre l'enthousiasme et le scepticisme, il est une région où se place l'observateur sensé; mes lecteurs ont le bon goût de s'y placer, qu'ils m'accordent seulement quelque indulgence pour la longueur de cette observation.

Docteur GOUPIL DES PALLIÈRES.

CAS RARE DE DIPHTHÉRITE CHRONIQUE

OBSERVÉE PAR M. LE DOCTEUR **Triponel,** FILS.

(DE ROUFFACH, BAS-RHIN).

L'observation de bronchite croupale, que j'ai l'honneur de vous adresser, m'a paru d'autant plus intéressante, qu'après bien des recherches dans une bibliothèque assez bien munie, je n'ai pu découvrir que l'indication de trois ou quatre cas à peu près analogues à celui qui fait le sujet de ce travail.

Les affections pseudo-membraneuses ont trop occupé le monde médical et ont eu trop de retentissement à l'Académie de médecine, pour qu'il ne me soit permis d'espérer que quelques confrères, en scrutant leurs souvenirs ne veuillent bien donner quelques renseignements sur une aussi rare et bizarre maladie. M. Ernest Schutzenberzer, dans sa thèse inaugurale intitulée : *Recherches sur la composition des expectorations et sur sa valeur séméiotique dans quelques affections de poitrine* (Strasbourg 1858), donne l'indication de deux cas de bronchite croupale. Biermer aussi parle d'un étudiant en médecine de Wurtzbourg qui rejeta pendant très longtemps des arborisations fibrineuses. A la clinique médicale de Strabourg il s'est déclaré, il y a quelques années, un cas semblable. Widman, *De la Bronchite fibrineuse* (thèse de Strasbourg), rapporte que le docteur Clarke; Mémoires de l'Académie de chirurgie, éd. in-4o, t. 5, p. 542), eut aussi l'occasion d'observer un malade qui depuis trois ans rejetait de temps à autre des masses fibro-plastiques, provenant des bronches. Nicholls, donne l'observation de son propre père qui était asthmatique, et qui pendant

une série d'années, rejeta par les crachats des masses fibrineuses.

Les observations des auteurs qui ont traité le croup chez l'adulte, n'ont pas de rapport avec celle que nous allons citer : l'évolution et la durée de la maladie étant tout autres.

M. J....., instituteur, âgé de 30 ans, né de parents sains, tempérament mixte, constitution bonne, n'a jamais été malade. Au milieu du mois de novembre 1857, sans cause appréciable, il est pris de légères quintes de toux, l'expectoration est complètement nulle pendant deux jours; le troisième, M. J..... rejette des concrétions blanches qu'il compare à des vermicelles. Ces produits sont expulsés sans liquide, et ne nagent pas dans les mucosités; il ne consulte pas de médecin; pour tout traitement, il prend de la décoction de lichen d'Islande. La guérison est, dit-il, complète au bout de quinze jours.

En 1858, au mois de novembre dernier, sans pouvoir indiquer aucune cause prochaine, M. J... recommence à tousser, toux sèche, d'abord, comme l'année précédente, au bout de quelques jours, apparaissent de nouveau des filaments blanchâtres, leur expulsion nécessite de grands efforts ; il prend pendant une quinzaine de jours du thé d'Islande, mais n'en éprouve aucune amélioration; les fausses membranes sont devenues plus grasses. Il vient à notre consultation; voici l'état dans lequel nous le trouvons :

Point de fièvre, facies bon, santé générale excellente, toutes les fonctions s'exécutent bien, un peu moins d'appétit cependant, qu'autrefois.

Le matin, vers quatre heures, il s'éveille; un chatouillement dans la gorge le fait tousser et la toux ne s'arrête qu'après le rejet d'une fausse membrane de la grosseur d'une plume d'oie et de la longueur de cinq à sept centimètres, figurant une arborisation semblable aux divisions du tube aérien.

Vers neuf heures du matin expulsion avec toux de nouvelles fausses membranes. A deux heures de l'après-midi, même accès à six heures et dix heures du soir nouvel accès. Le malade a fait la remarque que les accès viennent régulièrement deux heures après les repas. Quand, par suite d'une

cause quelconque, la toux est plus fréquente qu'à l'ordinaire, ce ne sont pas des cylindres pseudo membraneux qu'il rejette, c'est un liquide blanc laiteux. « Il me semble, disait-il, que c'est la même substance liquide au lieu d'être solide qui n'aurait pas eu le temps de s'organiser ?

Ces fausses membranes sont enroulées sur elle-mêmes et sortent sous forme de petits paquets. Ce qu'il y a de particulier, c'est qu'elles sont toujours expulsées sans mucosités.

N'était l'inquiétude de sa famille et les efforts considérables qu'il est forcé de faire pour ses leçons, M. J... ne se serait pas occupé de cette indisposition. Il a remarqué que les accès sont plus fréquents et les fausses membranes plus nombreuses quand il se fatigue à parler à l'école.

Nous avons examiné la gorge, l'arrière-gorge, la couleur est normale; pas la moindre trace d'inflammation.

La percussion pratiquée avec beaucoup d'attention et bien des fois ne nous a rien révélé, la poitrine est très sonore, pas de matité même relative en aucun point.

A l'auscultation, l'expansion se fait très bien dans les deux poumons, et malgré le soin que nous avons mis tous les jours pendant plus d'un mois, il nous a été impossible de constater aucun signe vraiment anormal.

Comme l'année dernière, le lichen d'Islande lui a procuré une guérison rapide; le malade en use largement avant de venir nous trouver et pendant le traitement que nous prescrivons.

Outre un régime assez sévère, nous donnons d'abord pendant quinze jours le chlorate de potasse à haute dose, persuadé que nous étions que le succès ne pouvait nous faire défaut avec un médicament dont on a tant prôné les vertus en pareil cas.

Au bout de quinze jours, pas la moindre amélioration, nous avons alors recours aux pilules de térébenthine, un à deux grammes par jour, au bout de quinze jours, l'amélioration est sensible, les accès sont moins fréquents, les fausses membranes plus petites et moins nombreuses. Depuis ce temps, le malade

se refuse à tout traitement, l'amélioration procurée par la térébenthine s'est soutenue, il y a encore deux ou trois quintes par jours, mais moins pénibles qu'autrefois, et rejet à chacune d'elles d'une arborisation de moitié moins épaisse qu'autrefois.

Cette modification nous fait prévoir le résultat final du traitement, si rien d'accidentel ne vient y faire obstacle.

Cette observation remontant à deux ans de date, nous prions l'auteur de nous donner des nouvelles du malade qui en fait le sujet. Le cas est très intéressant par lui-même et inspire le désir d'en connaître la terminaison en bien ou en mal. (*Note du Rédacteur.*)

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

Journaux de Paris.

Les établissements de bains de feuilles de pin en Allemagne. — Constitution médicale actuelle. — Érysipèles. — Nouveau mode de traitement topique par les alcooliques.

Les établissements de bains de feuilles de pin en Allemagne.

Les principaux établissements d'Allemagne pour les bains de feuilles de pin, tant en décoction qu'en vapeur, se trouvent à Humbolts-Au et Karlsruh (Silésie); Wolfach en Bade (Kinzigthal); Blankenburg (Schwarzburg); Berka; Ilmenau et Ruhla (Saxe-Weimar); Schmalkalden (Electorat de Hesse). Toute la vallé du Rhin en contient dans sa partie moyenne; nous n'en citons pour exemple qu'une, celle de Nassau, sur la Lahn, dirigée par le docteur Haupt, qui emploie le traitement par la gymnastique suédoise et l'électricité. Le traitement aux bains de feuilles de pin, soit en décoction, soit en vapeur, est tellement répandu que la plupart des directions d'eaux minérales les ajoutent au moyen médicateur dont la nature les a dotées. Il est vrai que la mode y a été au commencement pour beaucoup; mais, depuis une quinzaine d'années, l'usage de ce bain s'est énormément répandu, et on ne saurait nier que la disposition maladive du siècle actuel, avec ses leucophlegmaties et la prédominance des

maladies nerveuses, a dû très bien faire venir un remède comme celui-là. On peut dire que ces bains balsamiques sont tout-à-fait entrés dans les habitudes des malades, et constituent un véritable accroissement du trésor balnéothérapeutique dont l'Allemagne est déjà si riche. Nous pensons qu'un avenir égal pourrait leur être réservé chez nous.

Les feuilles de pin sont choisies parmi les plus jeunes et les plus fraîches du *Pinus sylvestris*. Ces feuilles contiennent, d'après les analyses les plus récentes, à côté de beaucoup de substances indifférentes, principalement une huile éthérée. *Oleum Pini æthereum*, isomère avec l'huile de térébenthine, de la résine, du tannin, de l'acide formique ou plutôt de la kératine. Ces substances volatiles, contrairement aux ingrédients ordinaires, peuvent entrer par l'épiderme dans l'économie, et joignent ainsi à l'action générale des bains une action médicamenteuse spéciale qui explique la grand efficacité de ces bains.

Le liquide pour bains se prépare au moyen de la distillation à la vapeur. Ce liquide, qu'on appelle *Kiefernadebalsam* (baume de feuilles de pin), obtenu tous les matins à l'état frais, est d'abord transparent, ensuite d'une couleur blanc jaunâtre. Après quelques heures, sous l'action du calorique, il prend une couleur vert brunâtre, et possède une odeur prononcée de résine aromatique; sa saveur est un peu amère et astringente, et ses parties constituantes sont l'acide formique, des huiles essentielles, du tannin et des substances résineuses amères.

On prépare les bains en versant dans la baignoire, suivant la constitution ou la maladie de l'individu, le liquide balsamique dans la proportion de 1 à 15 ou 20 litres par 300 litres d'eau. Il y a des personnes qui, en commençant par 6 ou 7 litres, finissent par monter jusqu'à 30 et même 40 litres.

M. Helfft, dans sa *Balnéothérapie*, 3e édition, rapporte que, dans 1000 parties du liquide pour les bains, on trouve, par exemple à Ilmenau, en Thuringe :

Résine balsamique.	16,3
Matière extractive et gomme.	22,7
Chlorophyle.	5,0
Acides malique, acétique, formique, oxalique, humus, chlorure de potassium, malate de chaux (traces), sulfate et phosphate de chaux, ensemble.	23,8
Eau.	932,0
Total.	1000

La température des premiers bains est basse, de 22 à 24 degrés Réaumur; on y reste 15 minutes, jamais au-delà de 40 minutes, et ce n'est que pour des affections invétérées et des constitutions torpides que l'on monte jusqu'à 40 minutes et 30 degrés Réaumur.

Nous entrerons, pour citer un exemple, dans quelques détails sur un établissement de ce genre, celui du docteur Haupt, à Nassau, près d'Ems.

Dans une maison vaste et bien située, entourée de beaux sites, pour lesquels le pays est célèbre, appropriée aussi pour recevoir des malades, se trouve au rez-de-chaussée un réservoir d'eau pour alimenter, avec l'eau venant des montagnes, deux grands cylindres de cuivre, dont l'un se rend dans les baignoires, et l'autre est surmonté, à la manière des chaudières des machines à vapeur, d'un cylindre plus petit contenant environ 40 livres de feuilles de pin finement hachée. La chaudière est remplie de deux tiers d'eau; on la ferme hermétiquement, et après une cuisson de quelques heures on retire une décoction foncée rouge brunâtre, qui possède une odeur aromatique et douce, indiquant que l'eau est saturée des matières extractives des feuilles de pin.

A la partie supérieure du cylindre, se trouve un tube qui passe dans les boîtes fumigatoires, dans les appareils d'inhalation et à douches de vapeur, et dans la serpentine d'un appareil de réfrigération. De ce dernier, l'eau distillée, très aromatique et couverte d'huile volatile de pin, est conduite dans un réservoir fermé. Le cylindre est rempli trois ou

quatre fois par jour pour suffire à quatre-vingts ou cent bains. En face se trouvent une piscine, le bain d'onde, les douches et les bains de siége à eau courante. A côté des deux robinets, dans les baignoires, s'en trouve un troisième, qui fournit de la vapeur de feuilles de pin, ainsi que d'autres douches latérales et verticales. Plus loin sont les boîtes à transpiration, qui peuvent être graduellement alimentées par la vapeur aromatique. Près de chacune, un appareil pour la pluie froide.

Les malade peuvent descendre directement, par une machine, dans les cabinets, pour éviter les courants d'air des corridors. Une construction à part contient les appareils de gymnastique suédoise. Une rotonde permet de rester toujours à l'air, et donne le soleil du matin et l'ombre de l'après midi, Le jardin de trois arpents occupe une des plus jolies parties de la vallée de la Lahn tout près d'Ems.

Les bains se préparent le plus souvent, à Nassau, par une addition à l'eau du bain de 4 litres de décoction, auxquels on joint un litre du produit de la distillation, ce qui représente l'ensemble des substances contenues dans les feuille de pin.

Ces bains agissent comme excitant sur la peau avec une température moyenne de 26 à 27 degrés Réaumur. Ils la rougissent, et produisent même quelquefois un exanthème miliaire; ils agissent sur la muqueuse du vagin, du rectum et de l'urèthre, avec laquelle on les met en contact au moyen du spéculum ou de sondes cribriformes; ils activent la circulation, la respiration et la sécrétion de l'urine, qui devient en même temps plus saturée, surtout d'urates, contracte une odeur quelquefois désagréable, et devient parfois violacée.

L'action consécutive et secondaire de ces bains pris en cuve est tonique et excitante à l'égard des téguments extérieurs; elle dérive la masse du sang des organes centraux; elle vivifie tout l'organisme; elle calme et procure du sommeil. L'échange des matières, le tourbillon organique (le

Stoffwechsel) est augmenté; la résorption s'active, l'appétit se déclare, et la globulisation du sang s'élève.

Des sécrétions habituelles qui ont cessé, hémorrhoïdales, menstruelles, spermatiques, etc., reviennent souvent. Ces bains peuvent, par leurs différentes applications, tantôt agir comme anti-spasmodiques et calmer des douleurs, et tantôt être très efficaces contre des paralysies récentes.

En augmentant la proportion de la décoction qui contient principalement la résine et le tannin, la puissance astringente prévaudra, tandis qu'en donnant aux bains une plus forte dose de l'huile volatile du pin avec sa part d'acide formique, on fera dominer l'effet excitateur du bain.

Les bains de vapeur aux feuilles de pin sont plutôt des fumigations, car la tête reste en dehors de l'action des vapeurs. Ils agissent d'une manière analogue au bain de cuve, mais bien plus fortement, en rougissant la peau et en produisant une transpiration profuse. Les battements de cœur et la respiration augmentent, sans pour cela causer des congestions dangereuses. On permet souvent aux malades l'usage de compresses imbibées d'eau froide : on les laisse aussi boire de l'eau fraîche.

Le bain de vapeur a plus d'influence sur l'action réflexe de la moelle épinière; mais il excite aussi davantage et cause des transpirations souvent débilitantes, que l'on pourrait encore augmenter par le séjour ultérieur au lit, en enveloppant le malade dans des couvertures de laine ou même de laine de bois (résidu fibreux et très flexible de la décoction mentionnée plus haut). Beaucoup de sujets ne prennent les bains de vapeur que tous les deux jours et se baignent en cuve le jour intermédiaire. Aussi les individus faibles sortent-ils de la vapeur pour se mettre sous la pluie froide sans transpirer sous les courvertures.

Les inhalations se font au bain ou hors du bain ; elles ont pour but d'augmenter la proportion des substances absorbées, ou d'agir sur les muqueuses du nez, de la trompe d'Eustache, du pharynx, du larynx, des bronches et des vé-

sicules pulmonaires. Les douches s'emploient quand on désire une action du médicament plus intense, mais localisée.

On boit aussi la décoction et la partie aqueuse du produit de la distillation, et on les mêle souvent avec différentes eaux minérales. On fait aussi un extrait, une huile, une essence et du savon de feuilles de pin, qui sont très recherchés en Angle-terre, ainsi que les couvertures dites de laines de bois (*pine leaf-wool*).

Quant aux maladies contre lesquelles sont recommandés les différents modes d'emploi de la médication, nous trouvons mentionnées : les altérations du sang qui se manifestent par l'anémie, la chlorose et les scrofules ; les maladies de la peau, principalement ce qu'on appelle en Allemagne faiblesse épidermoïdale, dont les principaux symptômes sont la propension aux refroidissements et aux transpirations profuses et abondantes ; le rhumatisme et la goutte à l'état chronique, ainsi que la convalescence des attaques aiguës de ces deux affections ; les névroses de la motilité et de la sensibilité ; les catarrhes chroniques des muqueuses, surtout dans les organes des sens ou de la respiration et dans l'appareil génito-urinaire.

Le régime, dans les établissements, est fort simple, je dirai même trop simple pour un habitué de Paris ; on s'expose à l'air toute la journée ; on fait beaucoup d'exercice, même de la gymnastique. On se lève à six heures du matin et l'on se couche à dix heures du soir. On permet, à quelques exceptions près, le vin, la bière, le café, et la viande domine sur la table où l'on s'assied ordinairement en commun.

(*Gazette hebdomadaire*)

Constituition médicale actuelle ; érysipèles ; nouveau mode de traitement topique par les alcooliques — On sait que depuis plusieurs mois, il règne dans les hôpitaux et dans la ville une sorte d'épidémie d'érysipèles aussi bien spontanés que traumatiques. Pour ces derniers, ils sont tel-

lement nombreux et suivis quelquefois de conséquences si funestes que les chirurgiens n'osent, en quelque sorte, pratiquer en ce moment que les opérations les plus indispensables et les plus urgentes.

Il y a peu de jours, M. Nélaton entretenait ses auditeurs des cas de ce genre qui existent dans les salles de l'hôpital des cliniques de la Faculté, et faisait remarquer que partout, à Paris, il en était de même.

Il racontait qu'à la Charité, en particulier, il en existait beaucoup; M. Velpeau lui signalait, il y a peu de jours, le fait malheureux et rare en même temps, d'un malade qu'il avait opéré d'une cataracte, par abaissement croyons-nous, et qui avait succombé à un érysipèle ambulant survenu après l'opération.

Nous pourrions, ajoutait le professeur, multiplier ces citations et dire combien nous sommes malheureux, depuis plusieurs mois, de ces dangereuses complications. Parmi les derniers faits, il a cité le suivant, dont le sujet est encore dans les salles.

Il s'agit d'une jeune femme qui s'est présentée à l'hôpital pour se faire traiter d'un abcès du sein, profond, parenchymateux. Elle était déjà dans le service depuis quelque temps, et on lui avait fait une simple ponction; l'abcès se vidait bien, et tout faisait espérer que dans un bref délai tout serait terminé; lorsque le 21 mai, elle fut prise de phénomènes généraux précurseurs de l'érysipèle, malaises, vomissements, fièvres. En même temps, on vit paraître sur le sein une plaque d'un rouge subflavescent, avec élevure de la peau, bords festonnés, s'élevant d'une manière abrupte, enfin, caractères tout à fait pathognomoniques.

M. Nélaton, après avoir insisté sur les dangers qui peuvent résulter pour cette malade de la complication survenue après une plaie de peu de gravité en elle-même, rappelle qu'une foule de moyens ont été conseillés contre l'érysipèle, vantés avec enthousiasme, comme souverains et complétement abandonnés les uns après les autres. Cet abandon

prouve le peu d'efficacité de ces prétendus spécifiques, et cependant le profeseur pense que, malgré le peu de bonheur que l'on a eu jusqu'à présent, il ne faut pas se tenir pour battu. L'érysipèle est une affection curable dans beaucoup de circonstances. Tous les jours nous en sommes témoins ; il n'est donc pas impossible de mettre un jour la main sur un remède dont les effets seront plus satisfaisants que ceux essayés jusqu'ici.

C'est là la raison qui a décidé M. Nélaton à tenter l'emploi d'un moyen qui donnera peut-être de bons résultats, mais qui, dans tous les cas, est incapable d'avoir le moindre inconvénient ; nous voulons parler de l'emploi des acides alcooliques.

Dans le cas actuel, et dès la première apparition de la rougeur érysipélateuse, il fit mettre sur le sein de larges plaques d'agaric, imbibées d'alcool à 36 degrés, renouvelées trois fois par jour. Ce matin, c'est-à-dire, après 24 heures seulement de ces applications, on a regardé attentivement la partie malade, et le chirurgien n'a pas été mécontent du résultat, sans qu'il prétende cependant affirmer d'une manière absolue que l'amélioration survenue soit l'effet du médicament seul. C'est là un simple essai, et qui devra être encore plusieurs fois recommencé.

Mais la plaque érysipélateuse était continue et parfaitement unie. Aujourd'hui, dans les points les plus voisins des centres, l'érysipèle commence à se fragmenter, si l'on peut s'exprimer ainsi ; quelques portions de la peau ont repris leur coloration normale, et l'expérience a fait connaître à tous les chirurgiens que, lorsqu'un érysipèle se dissémine par petits îlots séparés, cette disposition indique une guérison prochaine.

Chez cette malade, l'érysipèle a fait un peu de progrès vers l'espace qui sépare les deux seins ; il a un peu marché, mais extrêmement peu ; c'est tout au plus si une zône de 2 centimètres a été envahie ; la lenteur de cette marche est une raison d'espérer.

Quant à l'effet produit sur la malade, elle ne se plaint nullement que ces applications soient douloureuses ; elle s'est même dite un peu soulagée ; l'état général n'est pas plus mauvais qu'il n'était la veille, sans que l'on puisse cependant noter un amendement extrêmement marqué.

C'est une méthode à expérimenter, a conclu M. Nélaton, et nous n'y manquerons pas. D. A. Foucart.

(*France médicale.*)

JOURNAUX DES DÉPARTEMENTS.

De la cautérisation sulfurique et de son application au traitement des névralgies.

Nous trouvons dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, l'article dont on va lire le résumé. Il s'agit de la cautérisation sulfurique appliquée à la cure des névralgies, en général et des sciatiques, en particulier. L'auteur du Mémoire est M. Sentex, interne de la clinique de M. Henri Gintrac, à l'hôpital Saint-André de Bordeaux.

Un coup d'œil jeté sur le titre des dix observations qui composent cette étude, donne de prime abord l'idée que cette cautérisation sulfurique est une innovation pleine d'avenir et de succès; elle fera honneur à celui qui l'aura introduite dans la science. Laissons parler M. Sentex.

L'emploi de la cautérisation sulfurique dans le traitement de certaines maladies ne date que de quelques années; c'est du moins ce qui semble résulter des renseignements assez incomplets que fournissent les Traités classiques de pathologie et les recueils périodiques de la presse médicale.

On lit dans le *Bulletin de Thérapeutique*. (t. XXX, p. 303), qu'en 1846, M. Robert avait employé avec avantage, chez trois malades affectés d'arthrite chronique du poignet, des cautérisations transcurrentes à l'aide de l'acide sulfurique.

En 1848, l'*Union médicale* (t. II, p. 513), rendant compte du service de M. Legroux à l'hôpital Beaujon, signalait les

succès que ce médecin, à l'instigation de Mayor, avait obtenus dans l'arthrite chronique. C'était en qualité d'agent résolutif et sédatif que la cautérisation sulfurique était mise en usage; elle remplissait parfaitement cette double indication.

Encouragé par les bons effets de cette méthode, guidé par les travaux de Valleix, qui venait de préconiser la cautérisation transcurrente au fer rouge contre les névralgies, M. Legroux étendit l'application de la cautérisation sulfurique à ce dernier genre d'affection. Il publia en 1852, dans le *Bulletin de Thérapeutique* (t. XVIII, p. 250), une Note sur la cautérisation sulfurique contre les arthrites chroniques et les névralgies. Dans ce travail, le médecin de l'hôpital Beaujon indique avec détail le mode opératoire, établit la valeur du nouveau révulsif, assigne les conditions propres à en assurer l'efficacité, puis il rapporte quatre exemples de guérisons de sciatique.

Malgré tous ces succès, cette médication semblait tombée dans l'oubli, lorsqu'en 1860, M. Legroux présenta à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, dans la séance du 22 février, deux malades atteints de sciatique et un autre de rhumatisme, guéris rapidement par la cautérisation sulfurique. Ces Observations, insérées dans les Bulletins de cette Société savante, démontrent d'une manière évidente l'action puissante de cet agent thérapeutique, puisqu'il ne fut employé qu'en dernier lieu et dans des cas qui s'étaient montrés réfractaires à une série de remèdes plus ou moins actifs, en particulier, aux injections hypodermiques de sulfate d'atropine.

Quelques mois plus tard, le 27 juin 1860, M. le docteur Dubourg, médecin de l'hospice de Marmande, adressait à cette même Société deux observations de sciatique dont le même agent thérapeutique avait promptement triomphé.

Valleix, dans le *Guide du Médecin praticien*, à propos du traitement de la sciatique, a bien signalé l'emploi de la cautérisation sulfurique, mais il ne paraît pas l'avoir lui-même

expérimentée; il n'en parle pas dans son *Traité sur les névralgies.*

Enfin, je dois mentionner la thèse inaugurale de M. Loiseau, soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 7 novembre 1860; elle est intitulée : *Du traitement des névralgies par la cautérisation sulfurique.* Cette thèse, faite probablement sous les inspirations de M. Legroux, renferme cinq nouveaux exemples de guérison de sciatique.

La cautérisation sulfurique a été employée dans le service de M. Henri Gintrac à l'hôpital Saint-André, dans un certain nombre de cas de névralgies et de rhumatismes. Témoin, avec les élèves qui suivaient la clinique, des heureux résultats obtenus par ce moyen, j'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de les faire connaître, afin de vulgariser un mode de traitement qui peut être considéré comme un véritable progrès thérapeutique.

Ire Observation.

Bronchite, ipécacuanha; névralgie sciatique gauche, cautérisation sulfurique : guérison.

Dupérier (David), âgé de cinquante-cinq ans, marin, est d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin. A l'âge de vingt-cinq ans, il eut une pneumonie droite; plus tard, à la suite d'un voyage sur mer, il fut atteint d'un rhumatisme qui parcourut presque toutes les articulations, et s'accompagna même de palpitations de cœur.

Vers le milieu de décembre 1860, Dupérier s'exposa à l'impression du froid, son corps étant couvert de sueur. Le jour même il éprouva un malaise général, de la toux et des douleurs lancinantes qui occupaient le membre inférieur dans toute sa longueur, seulement sur la face externe; il avait, en outre, de l'oppression et de la fièvre. Les jours suivants, les douleurs persistèrent, l'oppression devint plus forte, la toux s'accompagna d'une expectoration abondante et verdâtre.

Entré à l'hôpital le 7 janvier 1861, le malade présente l'état suivant :

Visage coloré, céphalalgie intense; peau chaude, pouls plein à 92 pulsations, un peu de dyspnée; toux quinteuse, accompagnée d'une expectoration muqueuse verdâtre abondante; percussion sonore, râles muqueux et sibilants dans tout le thorax, tant en avant qu'en arrière; bruits du cœur profonds, réguliers, matité précordiale non exagérée.

Douleurs lancinantes, partant du creux poplité, suivant la partie externe de la jambe gauche, ainsi que le bord externe du pied; les points spécialement douloureux sont : la partie moyenne du creux poplité, le bord postérieur de la malléole, la partie moyenne du coude-pied; la marche est pénible, elle ne peut s'effectuer qu'à l'aide d'un bâton. (Ipécacuanha, 1,50; tartre stibié, 0.05).

8. Vomissements et évacuations alvines abondantes, moins d'oppression et de toux, expectoration facile, râles muqueux et sibilants. (Looch avec kermès, 0,25.)

13. La toux e t rare, l'expectoration peu abondante, les râles muqueux ont diminué, le bruit respiratoire est libre; quant aux douleurs de la jambe, elles persistent avec la même intensité. (Frictions avec le chloroforme.)

17. Il ne reste plus de trace de bronchite; les douleurs névralgiques sont tellemeet vives, que le malade est obligé de garder le lit et qu'il lui est impossible de dormir la nuit. (Cautérisation sulfurique depuis le creux poplité, le long de la face externe de la jambe, jusqu'à deux centimètres au-dessus de la malléole.)

18. Les souffrances produites par la cautérisation ont duré deux heures environ; les douleurs névralgiques ont disparu sur les points touchés par l'acide; elles persistent ailleurs. Aussi le malade réclame-t-il une nouvelle application du liquide caustique. Cautérisation sulfurique en arrière de la malléole et sur la partie moyenne du coude-pied.)

19. Le malade ne ressent plus de douleur; il marche sans difficulté. Les surfaces cautérisées présentent une traînée jaunâtre à bords rouges; des piqûres et des excitations de

tout genre faites sur ces surfaces, ne déterminent aucune sensibilité.

25. La guérison de la sciatique s'est maintenue. Avant de quitter l'hôpital, le malade désire prendre un bain, qui lui est accordé. Dès le lendemain, les surfaces cautérisées, qui jusqu'alors avaient présenté une teinte jaunâtre, deviennent d'un gris foncé; elles s'entourent d'un lizeré rouge. (Cataplasmes émollients.)

29. En quelques points les escarres commencent à se détacher; elles sont dures, épaisses; leur chute n'est complète que le 10 février, et leur cicatrisation définitive le 1er mars. Le malade quitte l'hôpital le 7 mars, guéri de ses douleurs. Il y revient le 12 du même mois; il avait travaillé trop tôt, le pied gauche s'était tuméfié; quelques jours de repos ont suffi pour dissiper cet engorgement.

Les autres observations, dont l'auteur fait suivre son travail, confirment amplement le succès obtenu dans celle-ci. Les réflexions dont l'auteur les accompagne, indiquent, entre autres choses, le mode d'emploi et le degré d'énergie du médicament.

Les médecins qui ont préconisé la cautérisation sulfurique se sont servis pour son application de pinceaux de formes diverses. M. Legroux emploie une petite éponge fixée par des tours de fil à l'extrémité d'une baguette de bois. M. le professeur Trousseau préfère une baguette de bois divisée à un des bouts suivant sa longueur, et dans une étendue d'un centimètre et demi environ, en filaments déliés de façon à y former un chevelu assez résistant. Ces pinceaux me semblent avoir quelques inconvénients. Celui de M. Trousseau doit répandre le liquide caustique d'une manière irrégulière; quant à celui de M. Legroux, il est formé d'une substance animale qui est facilement attaquée par l'acide. Le pinceau dont nous nous servons à la clinique est composé de filaments d'amiante réunis en faisceau, qu'on introduit dans un petit tube de verre. Ce pinceau me paraît offrir quelques conditions

avantageuses; il est formé d'une substance molle, non altérable au contact de l'acide, et qui par sa disposition permet une égale répartition du liquide. On promène ce pinceau sur la partie que l'on veut cautériser; une fois la traînée terminée, on absterge le liquide avec de la charpie, puis on recouvre la surface cautérisée avec une plaque de ouate pour éviter le contact de l'air.

C'est l'acide sulfurique monohydraté, marquant 66° au pèse-acide, que nous avons employé; son action est sûre, prompte et énergique. L'acide sulfurique du commerce, que nous avons également expérimenté, produit des effets moins rapides et moins puissants.

Au moment de l'application du liquide caustique, le malade éprouve une cuisson, bientôt après une sensation de brûlure. Celle-ci atteint au bout d'un quart-d'heure son maximum d'intensité; elle diminue ensuite d'une manière graduelle, et disparaît complétement après deux heures environ; mais je ferai remarquer que cette sensation n'a été très-violente qu'une seule fois; qu'elle a presque toujours été moindre que la douleur névralgique; qu'elle a été d'autant plus vive que l'acide sulfurique était plus concentré, et qu'elle n'a jamais nécessité, pour être calmée, l'usage de l'eau froide que recommande M. Legroux.

La peau, sous l'influence de la cautérisation, subit des modifications qu'il nous a été facile d'étudier. Immédiatement elle devient rouge dans une assez large étendue; puis, sur la surface cautérisée, l'épiderme prend une teinte blanche, s'affaisse et se parchemine; il présente à ce moment une coloration jaunâtre qui plus tard passe au brun. Au bout de deux ou trois septenaires, l'épiderme se détache sous forme de squames, et la peau conserve encore quelque temps une teinte d'un brun rougeâtre.

Lorsque la cautérisation est plus profonde, c'est-à-dire lorsqu'une faible partie des couches superficielles du derme est atteinte, l'escarre est plus foncée, et dès les premiers moments elle prend une coloration brunâtre que dans le

cas précédent elle n'acquiert qu'au bout d'un temps assez long. Une observation digne d'être signalée, c'est que dans aucun de ces cas il n'y a de suppuration; celle-ci ne survient que si le caustique a agi sur les couches profondes du derme.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

Journaux Belges.

De l'emploi du caoutchouc térébenthiné dans le traitement de la phthisie, par M. le docteur J. Hannon, professeur à l'Université de Bruxelles.—Du caoutchouc très-pur est découpé en lanières très-minces et très-étroites, on le plonge dans l'huile essentielle de térébenthine (une partie de caoutchouc pour deux parties d'huile essentielle). On laisse macérer. Le caoutchouc gonfle peu à peu, s'imprègne de térébenthine, les lanières se rapprochent, se réunissent et finissent par se confondre pour disparaître enfin dans la térébenthine.

La solution ainsi obtenue est brune et d'une consistance sirupeuse.

Versé, sous cette forme, dans l'eau, le caoutchouc se sépare de la térébenthine et reprend sa forme solide; aussi ne faut-il point le prescrire en potion; car sous la forme de flocon solide, il est inerte, ne digère pas et ne peut produire d'effet.

Employer la dissolution térébenthinée pure est impossible, la saveur en est trop désagréable.

Le moyen qui m'a le mieux réussi et qui permet au malade de prendre le médicament sans trop de répugnance, est d'en confectionner un électuaire. Je le prescris sous la forme suivante :

Pr.	Caoutchouc térébenthiné.	1,0
	Rob de sureau.	30,0
	Huile essentielle d'amandes amères. .	III gouttes.

M. f. s. a. élect.

La dose de caoutchouc peut être augmentée peu à peu, suivant que le malade s'accoutume à la saveur de l'essence de térébenthine, saveur qu'atténue du reste l'addition de l'huile

essentielle d'amandes amères, qui agit à la fois comme correctif et comme adjuvant.

En faisant prendre au malade quatre cuillerées à café par jour de l'électuaire, deux dans la matinée, deux dans l'après-dîner, à deux heures d'intervalle chacune, on peut insensiblement augmenter la dose de caoutchouc térébenthiné, jusqu'à 5 et 6 grammes par 30 gr. d'électuaire.

L'administration du médicament doit être quotidiennement continuée jusqu'à disparition des symptômes de la phthisie pulmonaire. Je n'en abandonne pas même l'usage ; mais alors je le donne à dose moindre.

Le caoutchouc administré à l'état solide est inerte; il ne se digère pas; il traverse le tube intestinal sans avoir subi d'altération ; après avoir été désagrégé, au moyen de l'huile de térébenthine, il est digéré facilement, ne trouble point le travail de la digestion et paraît favoriser considérablement l'hématose.

Aucun *aliment respiratoire* ne peut lutter avec le caoutchouc sous ce rapport ; sa composition chimique l'explique suffisamment (C^{o} H^{o}). Nul corps n'est relativement plus riche en carbone et en hydrogène ; ces éléments à eux seuls constituent le caoutchouc.

Administré chez les phthisiques, on voit, sous l'influence du caoutchouc térébenthiné, l'expectoration diminuer rapidement, l'oppression cesser, les sueurs nocturnes disparaître, les selles et la fièvre s'arrêter; on voit les forces renaître et l'embonpoint reparaître peu à peu.

Outre son action comme aliment respiratoire, le caoutchouc térébenthiné jouit de propriétés médicatrices très-prononcées : la rapidité avec laquelle l'amélioration survient le prouve. La toux est le premier symptôme qui disparaît.

La médication par le caoutchouc térébenthiné ne s'oppose en aucune façon, du reste, à ce qu'on prescrive tels autres agents que l'on juge convenables, d'après les sympômes observés, mais il est indispensable de la continuer pendant toute la durée du traitement. J'ai eu, plusieurs fois, l'occasion d'ob-

server la puissance de cette médication et entre autres dans le cas suivant.

M. F..., à Ixelles, avait été condamné comme phthisique par son médecin; les personnes qui le connaissaient avaient de lui l'opinion qu'il devait prochainement succomber. Ses pommettes saillantes, d'un rose vif, sa face pâle, amaigrie, son nez effilé, ses conjonctives bleuâtres, transparentes, ses lèvres amincies et rétractées, ne faisaient que trop présager sa mort prochaine. Au moindre pas, il était oppressé. Les côtes étaient saillantes, les espaces intercostaux, concaves, les omoplates ailées, la poitrine rétrécie.

A l'auscultation, le sommet du poumon gauche présentait, pendant la toux surtout, le gargouillement caractéristique; elle était caverneuse quand l'expectoration avait eu lieu; la respiration présentait le même caractère. De la bronchophonie et de la pectoriloquie pouvaient s'observer de temps à autre.

Pendant un mois j'essayai tous les moyens employés dans la phthisie, et nonobstant cela, sueurs, selles, hémoptysie, fièvre continuèrent. Le malade dépérissait de jour en jour, les ongles se recoubaient, jaunissaient de plus en plus, les articulations augmentaient de volume, le corps maigrissait à vue d'œil; je crus à mon tour le malade condamné.

Je prescrivis le caoutchouc térébenthiné. *Trois jours* après, le malade déclara éprouver du *mieux*. Je crus d'abord à une de ces illusions si fréquentes de phthisique, mais le *mieux* se continua, et depuis, ce mieux ne se démentit point. Aujourd'hui il est guéri.

Chez ce malade, l'expectoration avait cessé peu à peu; les sueurs nocturnes, excessivement abondantes d'abord, avaient été arrêtées, la diarrhée avait cessé, l'amaigrissement avait fait place à l'embonpoint; le malade avait cessé d'être oppressé, il fumait, se promenait et mangeait comme d'habitude. Le malade se prétendait *guéri*.

A l'auscultation, on trouvait le sommet du poumon gauche imperméable à l'air, il était mât; on aurait dit que la caverne

était oblitérée. Il s'était formé un tissu cicatriciel. Dans tous les cas, le travail de la phthisie avait cessé. Trois mois de traitement suffirent pour en arriver à ce résultat. Son état de santé est parfait aujourd'hui.

La guérison de la phthisie n'est point au-dessus des forces de la nature; beaucoup d'exemples le prouvent; peut-être le caoutchouc térébenthiné ne sera-t-il point étranger à ce résultat; une douzaine d'observations me le font espérer.

Dans tous les cas, je préconise le caoutchouc térébenthiné combiné aux autres traitements préconisés contre la phthisie, avec la certitude que par ce moyen on arrivera à d'heureux résultats.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT DE FRANCE.

Uréthrotomie. — Recherche toxicologique du phosphore.

SEANCE DU 10 JUIN 1861. — PRESIDENCE DE M. MILNE-EDWARDS. — M. Maisonneuve lit sous ce titre un mémoire dont voici un extrait :

« Je demande à l'Académie la permission d'appeler son attention sur un nouveau et radical perfectionnement apporté à l'uréthrotomie interne dans les cas de rétrécissement de l'urèthre. Ce perfectionnement consiste dans l'application d'un nouveau principe à la construction de la lame tranchante destinée à la division des parties rétrécies.

« D'après ce principe, la lame tranchante n'a plus besoin d'être protégée par une gaine ; le chirurgien peut, sans précaution aucune, lui faire parcourir toute la longueur du canal sans que les parties saines puissent être lésées, et néanmoins avec la certitude de diviser complétement et à la profondeur voulue tous les rétrécissements. Grâce à cette méthode, l'uréthrotomie, dont l'exécution, naguère encore si difficile et si compliquée, n'était accessible qu'à un petit nombre de chirurgiens exceptionnellement habiles, est

devenue tellement simple, facile et sûre, qu'elle peut être pratiquée par tous les praticiens.

« Mais ces qualités ne constituent cependant que la moindre partie des avantages de la nouvelle méthode. En mettant à l'abri de toute lésion des parties saines de l'urèthre, en limitant d'une manière rigoureuse l'incision aux points rétrécis, c'est-à-dire aux tissus envahi par le travail inodulaire, elle évite précisément les causes essentielles de ces accidents terribles désignés sous le nom de fièvre uréthrale.

« Le principe nouveau dont l'application produit de tels résultats est d'une extrême simplicité ; il consiste à donner à la lame tranchante la forme d'un triangle isocèle rectangle dont le sommet, le bord postérieur et le cinquième supérieur du bord antérieur sont émoussés et arrondis. Avec une pareille disposition, il est impossible que la lame puisse blesser les parois du tube membraneux, pourvu que les dimensions du tube soient en rapport avec celles de la lame ; d'autre part, il est également évident que si sur le trajet du tube il se trouve des points rétrécis, c'est-à-dire plus étroits que les dimensions de la lame, ils seront inévitablement divisés, et cela à la profondeur strictement indiquée par la hauteur du tranchant. Je puis d'ailleurs produire à l'appui de cette démonstration théorique une série de preuves expérimentales des plus concluantes.

« *Première expérience.* — Prenez un tube en peau de gant d'un centimètre de calibre ; placez à son intérieur le tube cannelé de l'instrument ; faites, au moyen d'un fil fort, un, deux, trois ou quatre rétrécissements ; introduisez ensuite la lame dans la cannelure, et faites-la glisser dans l'intérieur de l'urèthre artificiel, vous verrez successivement tous les fils constituant les rétrécissements divisés avec la plus complète facilité, sans que les parois du canal soient intéressées autrement que par une moucheture indiquant le lieu du rétrécissement.

« *Deuxième expérience.* — Prenez un tube de même

espèce que le premier, faites sur le trajet de ce tube trois ou quatre trous avec un poinçon ; à travers ces petits trous passez le conducteur cannelé, de manière que celui-ci entre dans le tube, puis en sorte pour y rentrer encore comme pour un point de faufil. Faites ensuite glisser dans la cannelure du conducteur la lame tranchante, celle-ci passera par tous ces trous étroits, en les incisant tout juste de la dimension nécessaire pour son passage, rien de plus, et les parois du tube resteront intactes dans l'intervalle.

« *Troisième expérience.* — Prenez une peau de gant, pliez-la en trois ou quatre doubles, percez ces quatre doubles avec un poinçon, passez dans ce trou le conducteur cannelé ; faites glisser la lame sur ce conducteur ; pendant que la peau de gant sera maintenue ferme par un aide, la lame traversera les quatre doubles en faisant une incision nette de sa dimension exacte.

« Enfin, on trouvera dans mon mémoire un exposé de résultats cliniques desquels il résulte qu'un grand nombre de fois il m'a été donné d'employer cette nouvelle méthode dans les cas les plus graves, tant à ma Clinique de l'hôpital que dans ma pratique civile, et que les résultats ont dépassé toutes les prévisions : les rétrécissements les plus durs, les plus compliqués, ont été guéris avec une facilité et une promptitude incroyables, et cela sans avoir eu jamais à déplorer un seul accident. »

(Commissaires, MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert de Lamballe),

— M. Blondlot présente un mémoire sur la recherche toxicologique du phosphore par la coloration de la flamme.

Lorsque le phosphore introduit dans l'économie animale, dit-il, s'est plus ou moins oxydé, le seul moyen d'en constater sûrement la trace est de s'attacher à découvrir la présence de l'acide phosphoreux qui en résulte. Dans ce but, M. Dussard avait proposé, il y a quelques années, de mettre à profit la propriété que possède le phosphore et tous les composés oxygénés de ce métalloïde inférieurs à l'acide

phosphorique, de donner, dans l'appareil de Marsh, de l'hydrogène phosphoré, reconnaissable à ce que la flamme, écrasée par une plaque de porcelaine, produit un reflet vert émeraude. Cette réaction est des plus sensibles ; car, avec la pâte phosphorée d'une allumette, on peut obtenir la coloration de la flamme pendant plus d'une heure. Toutefois, appliquée à la toxicologie, cette méthode d'investigation présente, à côté d'incontestables avantages, des inconvénients, de plus d'un genre, que j'ai cru devoir signaler, ainsi que les moyens propres à les éviter.

Le premier reproche à adresser à la méthode dont il s'agit est son excessive sensibilité, d'autant plus dangereuse que le corps dont elle accuse la présence est aujourd'hui très-généralement répandu. De plus, la manifestation du phosphore reposant sur un simple phénomène qui peut être plus ou moins net, et que beaucoup de circonstances accidentelles peuvent modifier, il importait d'étudier plus qu'on ne l'a fait l'influence qu'elles peuvent exercer.

Une des plus importantes de ces circonstances modificatrices, est sans contredit l'action exercée par la lumière extérieure sur la coloration de la flamme produite par le phosphore.

Une autre remarque non moins essentielle concerne la pureté du zinc à employer. Or j'ai constaté que presque tout le zinc du commerce recèle des traces de phosphore suffisantes pour colorer la flamme en vert dans un lieu plus ou moins obscur.

Déjà M. Dussard avait remarqué que l'acide sulfhydrique met obstacle à la coloration verte de la flamme phosphorée, et qu'il faut s'en débarrasser préalablement au moyen de la potasse. J'ai constaté un autre fait plus important encore au point de vue des recherches toxicologiques : c'est qu'un grand nombre de matières organiques empêchent l'hydrogène phosphoré de brûler avec sa coloration caractéristique. Tel est d'abord l'alcool, mais surtout l'éther et les essences, dont quelques gouttes suffisent pour empêcher,

pendant des heures entières, la flamme de se colorer, alors même qu'il y aurait dans l'appareil une proportion relativement considérable de la préparation phosphorée. La plupart des matières animales solubles produisent aussi cet effet d'une manière plus ou moins prononcée ; ce qui est un inconvénient d'autant plus grave, que la plupart des matières suspectes soumises à l'examen des experts sont constituées par des produits de ce genre.

Si la plupart des matières animales empêchent l'hydrophosphore de brûler avec une flamme verte, l'urine fait à cet égard une exception remarquable, susceptible d'une application directe à la toxicologie. En effet, ayant recueilli l'urine de plusieurs malades qui prenaient 25 centigrammes d'hypophosphite de soude par jour, il m'a suffi d'introduire directement la valeur d'un centimètre cube de cette urine dans un appareil à hydrogène, pour obtenir une flamme verte des mieux caractérisée. Malheureusement, si l'on diminue la dose, et que les malades n'en prennent que moitié, aucune trace de phosphore n'apparaît dans l'urine ; ce qui semble indiquer que l'économie animale a le pouvoir de faire passer à l'état d'acide phosphorique une proportion déterminée d'acide phosphoreux, et ne se débarrasse par la voie des urines que de la portion excédante. Telle est probablement la raison pour laquelle j'ai vainement cherché la trace de l'acide phosphoreux dans l'urine de malades qui prenaient chaque jour un centigramme de phosphore en dissolution dans l'huile, ainsi que dans celle d'un chien empoisonné par la pâte phosphorée. Toutefois, l'expérience n'ayant pas dit son dernier mot sur ce point, je crois que jusqu'à ce qu'elle se soit prononcée il sera désormais convenable, dans les cas d'empoisonnement, de soumettre l'urine à la méthode en question. (Commissaires, MM. Chevreul, Rayer et Frémy).

Académie de Médecine.

Rapport sur les épidémies et les eaux minérales — Matière colorante de la sueur bleue. — Morphine. — Contagion nerveuse. — Circulation du sang.

Séance du 11 juin 1861. — Présidence de M. Robinet.

M. le ministre transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1860 dans les départements des Basses-Pyrénées, du Nord, de la Meuse et de la Haute-Loire (comm. des épidémies); 2° le rapport de M. Allard, sur le service médical des eaux minérales de Saint-Honoré (Nièvre), pendant l'année 1859 (comm. des eaux minérales).

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Buignet, agrégé à l'Ecole de pharmacie de Paris, qui se présente comme candidat à la place vacante dans la section de pharmacie; 2° une note écrite en anglais sur le traitement de l'urémie dans le choléra, par M. le docteur James Ratton (comm. du choléra) ; 3° M. le docteur Alexandre Mayer adresse une lettre dans laquelle il signale des modifications introduites par lui dans son appareil à inhalation.

M. Ch. Robin lit une note sur la matière colorante de la cromhidrose ou sueur bleue.

Après avoir cité un extrait d'une lettre de M. Leroy de Méricourt, décrivant les procédés employés pour recueillir la matière colorante sur un sujet de son service atteint de chromocrinie, M. Robin rend compte du résultat de son examen, et constate tout d'abord l'homogénéité de cette substance, homogénéité qui éloigne à elle seule l'idée de la présence d'une matière colorante artificielle, telle que le bleu de Prusse ou l'indigo.

M. Robin rapproche cette substance de la matière des urines bleues, cyanourine de Braconnot. Celle-ci se dépose également à l'état de granules, corpuscules solides au fond des vases contenant l'urine, en laissant toutefois à celle-ci

une coloration d'un brun verdâtre ou bleuâtre, plus ou moins foncée. Cependant, ainsi que M. Robin a pu le constater plusieurs fois, ces corpuscules, formés de cyanourine, sont ordinairement d'un bleu indigo plus franc que celui de la matière envoyée par M. Leroy de Méricourt.

Des nombreux caractères différentiels que M. Robin a reconnus à la matière colorante de la chromhidrose, il y a donc lieu de conclure que cette substance n'est pas étrangère au corps humain, et qu'elle est analogue à la cyanourine. Pour ceux qui ont vu quel est le nombre des glandes sudoriques plongées dans le tissu adipeux sous-cutané; pour ceux qui ont examiné comment le conduit s'ouvre à la surface du corps, après avoir traversé le derme et l'épiderme, il ne peut rester douteux, en face des observations de MM. Bousquet (de Saint Chinian), Leroy de Méricourt, etc., que c'est de l'orifice de ces glandes qu'ils ont vu sourdre les gouttelettes noires, se séchant bientôt à la manière d'un vernis à la surface de la peau des paupières et des joues.

La production pathologique de ce principe colorant, dit en terminant M. Robin, ne saurait être contestée, et sa formation par les glandes de la sueur n'est sous aucun rapport plus étonnante que celle de la cyanourine Quant au mécanisme intime et aux conditions essentielles de sa formation il serait prématuré de les rechercher, fût-ce par expérience et à plus forte raison par hypothèse, tant que nous ne connaîtrons pas au moins les particularités correspondantes relatives à la production de la biliverdine dans le foie et d'autres matières colorantes normales encore. On ne peut donc que regretter de voir les Mémoires de l'Académie privés du travail le plus complet qui ait été publié sur cette forme remarquable de chromocrinie.

— M. J. Lefort, candidat à la place vacante dans la section de pharmacie, lit un mémoire intitulé: *Etudes chimiques et toxicologiques sur la morphine, suivies d'observations sur son passage dans l'économie animale*. Des faits consignés dans ce travail l'auteur conclut :

1° Que dans aucun cas on ne doit se servir de charbon pour décolorer les liqueurs dans lesquelles on se propose de chercher la morphine.

2° Que le mode opératoire indiqué par M. Stas pour isoler les alcalis végétaux n'est pas applicable à la morphine, celle-ci n'étant pas soluble dans l'éther.

3° Que la réaction de l'acide nitrique sur la morphine ne peut acquérir de valeur qu'à la condition de corroborer d'autres résultats plus concluants.

4° Que les sels de sesqui-oxide de fer sont des réactifs très sûrs pour découvrir la morphine, mais seulement lorsque l'alcaloide est solide ou en solution concentrée.

5° Que l'acide iodique employé seul n'est pas un réactif certain pour déceler l'existence de la morphine; mais si on fait intervenir en même temps l'ammoniaque, on obtient des colorations qui n'appartiennent qu'à cette cette base végétale.

6° Que l'acide iodique et l'ammoniaque accusent la morphine dans un liquide qui n'en contient que 10,000.

7° Que l'emploi du papier sans colle présente l'avantage d'obtenir la morphine à l'état solide disséminée sur une large surface, et de mettre plus en évidence les réactions qu'elle produit avec les divers agents chimiques servant à la caractériser;

8° Que la morphine ingérée d'une manière continue, à dose élevée comme à dose faible, peut se retrouver dans l'urine, tandis que la sueur n'en présente pas de trace. (MM. Briquet, Wurtz et Bouchardat.)

— M. Bouchut lit un mémoire ayant pour titre : *de la contagion nerveuse et de l'imitation.* L'auteur traite, dans ce mémoire, de la contagion nerveuse dans ses rapports avec l'hygiène publique et avec la pathologie. En traitant des causes de la contagion, dit-il dans son préambule, j'ai admis une contagion *virulente*, une contagion *miasmatique*, une contagion *purulente* et une contagion *parasitaire*. Il y a lieu d'admettre encore une contagion *nerveuse*, compre-

nant ce qui est relatif à la transmission des névroses convulsives et spasmodiques. C'est ce qu'il s'est proposé d'établir par un certain nombre de faits nouveaux déjà mentionnés dans sa *Pathologie générale*, mais encore peu connus. M. Bouchut, à propos des causes de la contagion nerveuse, s'exprime en ces termes :

Des causes de la contagion nerveuse. — A côté des contagions virulentes, miasmatiques, purulentes et parasitaires, doit prendre place par analogie une *contagion nerveuse* nécessaire pour expliquer le mode de propagation de certaines maladies du système nerveux. On voit, en effet, des personnes subir involontairement, et d'une façon irrésistible, l'influence pernicieuse de certains malades affectés de convulsions. Avec Esquirol, Georget, Ferrus, etc., chacun admet que la vue de l'épilepsie peut engendrer l'épilepsie, et les témoignages de l'his, toire établissent qu'il y a eu des chorées contagieuses épidémiques. Par le contact, ou plutôt par les rapports de la vie commune, s'explique le développement d'un grand nombre de névroses convulsives, telles que les paniques d'une assemblée ou d'une armée ; les monomanies religieuse, incendiaire, régicide, suicide, etc., constatées au moyen âge, sous la Restauration et de nos jours. Mais ici, à l'encontre des autres modes de contagion, on ne connaît rien du principe contagieux, pas plus de ce principe, si tant est qu'il en existe un, que du véhicule dans lequel il serait enfermé.

Il est facile de faire des suppositions à cet égard; mais il est impossible de rien démontrer, et l'hypothèse des émanations nerveuses morbiques, admises par quelques auteurs, n'est pas plus facile à justifier que celle des émanations pestilentielles de quelques maladies ; elle ne repose que sur des conjectures que la science ne saurait encore accepter. Admît-on, d'ailleurs, ces émanations comme cause de la propagation de *certaines névroses convulsives*, où l'action est irrésistible et involontaire, que cela n'expliquerait pas

la propagation des *névroses mentales* qu'engendre le spectacle de ces névroses ou un récit imprudemment dramatisé. Ici l'*imitation* est seule en cause; le malade a vu un tableau, lu un livre ou observé un exemple qui lui servent de modèles, et il s'agit d'un phénomène de *contagion morale* beaucoup plus que d'une action physique. La nature du principe contagieux des névroses est donc encore complétement inconnue, et si, dans quelques cas, on peut invoquer l'hypothèse d'une émanation morbide nerveuse, ailleurs c'est chose absolument impossible. Par ses effets, on en reconnaît l'existence. La médecine ne saurait aller plus loin, et elle ne peut voir dans ces phénomènes qu'une cause expérimentale de plus à introduire dans l'histoire des maladies nerveuses.

Son action est extrêmement puissante et presque sans limites. Elle s'exerce sur l'homme, sur les animaux, à tous les âges, principalement dans la jeunesse, et son influence est plus grande chez la femme que chez l'homme. Elle tient à la fois de la contagion par l'apparence d'un agent contagieux, et de l'imitation par son caractère moral et mental. Mais, principe matériel inconnu, ou, comme je pense, force d'imitation irrésistible, c'est absolument la même au point de vue des résultats justiciables de l'hygiène, puisque dans l'une et dans l'autre hypothèse des névroses redoutables se transmettant d'un individu à un autre, peuvent affecter tous les habitants d'une maison, d'une localité ou d'un pays, et qu'il est du devoir de l'administration de prévenir le développement de ces épidémies, ou de les arrêter après leur apparition. Ici, comme aux autres genres de contagion, s'applique la phrase de M. Littré, dont s'est inspiré votre savant collègue M. Tardieu pour formuler le régime sanitaire qui convient aux maladies épidémiques : Les maladies pestilentielles n'ont pas leur origine dans des circonstances que l'homme puisse préparer ; là tout est invisible, mystérieux, et tout est produit par des puissances dont les effets seuls se révèlent. »

M. Bouchut termine en posant la question du lazaret moral, seul moyen, dit-il, de s'opposer à la propagation de certaines affections nerveuses ; et il résume son mémoire par les conclusions suivantes :

1° Il existe une contagion nerveuse qui a pour origine l'imitation;

2° La contagion nerveuse constitue un cinquième genre dans ces maladies épidémiques, les quatre premiers étant formés par les contagions virulente, miasmatique, purulente, et parasitaire;

3° A la contagion nerveuse se rapportent les épidémies de névroses convulsives et la propagation de certaines névroses mentales;

4° La contagion nerveuse réclame de l'hygiène un régime sanitaire spécial renfermant deux ordres de prescriptions, les unes personnelles aux malades et les autres relatives à la société d'où ils sortent ;

Les moyens applicables à l' individu sont l'isolement et l'intimidation.

6° Les mesures relatives à la société sont essentielle, ment prophylactiques, et consistent dans l'intimidation exercée sur les gens qui ne sont pas malades, enfin dans la restriction apportée à la publicité non scientifique de nos infirmités morales.

Séance du 18 juin 1861. — Présidence de M. Robinet.

M. le ministre transmet : 1° Des rapports sur différentes épidémies, par MM. les docteurs Dehoey (de Saint-Girons), Lafont (de Torcy), et Carré (de Chambéry). (Commission des épidémies).

Rapport de la circulation du sang dans les membres et dans la tête chez l'homme.— M. Ch. Robin, au nom d'une commission composée de MM. Gavarret, Briquet, et Robin, rapporteur, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Sucquet, ayant pour titre : De la circulation du sang dans les membres etdansla tête chez l'homme. Ce mémoire renferme plusieurs ordres de données distinctes. Ce sont :

1° Des faits anatomiques nouveaux, relatifs à la manière dont les artères des membres et de la tête se continuent avec les veines correspondantes ;

2° Des observations et des expériences sur la voie que suivent les injections poussées dans les artères des membres et de la tête pour revenir dans les veines, expériences qui ont été le point de départ de la découverte des faits précédents, et dont à leur tour ceux-ci viennent rendre compte ;

3° Des applications de ces données à la physiologie, à l'étude de la circulation de la tête et des membres aux divers âges, dans diverses conditions naturelles ou accidentelles.

M. le rapporteur examine successivement ces divers ordres de faits.

Après un historique des principaux travaux relatifs à ce point d'anatomie, depuis ceux de Malpighi en 1661, jusqu'aux derniers travaux de M. Cl. Bernard sur la circulation du foie, M. le rapporteur s'exprime en ces termes :

Nos connaissances anatomiques en étaient là, lorsque M. Sucquet a reconnu que des communications assez volumineuses existaient des artères aux veines en certains points déterminés et spéciaux de la peau des membres et de la tête. Ces communications ont lieu à l'aide de vaisseaux qui, au lieu de continuer à se subdiviser, comme le font ailleurs les artères d'un volume semblable, se jettent dans les veines. Le volume de ces vaisseaux n'est pas fixé dans le travail de M. Sucquet; mais sur les pièces et sur des injections pratiquées par le rapporteur, ce dernier a constaté que ces conduits de communication des artères aux veines ont un volume qui varie de 6 à 12 centièmes de millimètre,et parfois un peu plus. Ce sont, par conséquent, pour la plupart, des vaisseaux visibles à l'œil nu. Ce diamètre est, pour les plus petits de ces vaisseaux, du double au moins plus considérable que les conduits qui forment les réseaux capillaires proprement dits. Le diamètre de ces vaisseaux est d'au-

tant plus important que ce sont les vaisseaux de ce volume qui offrent, par rapport à leur largeur, la couche de fibres musculaires la plus épaisse.

Les principales dispositions anatomiques d'après lesquelles ont lieu les communications des artérioles du volume en question avec les veines, sont les suivantes :

1° Une artériole d'un dixième de millimètre environ, du volume de celles qui dans le voisinage se subdivisent encore, se recourbe et forme directement une veine ; celle-ci revient parallèlement au vaisseau efférent, offre d'abord la même largeur, mais devient bientôt plus large par suite de la jonction d'autres veines avec elle. C'est une inosculation d'artériole à veinule, comme il y en a d'artère à artère et de veine à veine.

2 Une artériole et une veinule satellite ou voisine de celle-là, et de même volume ou à peu près, communiquent ensemble par un rameau transversal et direct aussi gros qu'elles, bien que cette artère et cette veine offrent encore au delà des subdivisions bien plus fines. C'est le mode de communication décrit dans la peau des batraciens par M. Frédéric Dubois; mais jusqu'à présent ce n'est que par analogie qu'on l'admettait chez l'homme.

3° Une artériole du volume indiqué plus haut se jette sur le côté d'une veine beaucoup plus grosse qu'elle, qui peut ne rien offrir de particulier d'autre part, mais qui aux doigts et au nez en particulier présente souvent des varicosités ampullaires dans le voisinage de cet abouchement.

4° Un cas particulier du précédent est celui dans lequel une de ces veines variqueuses reçoit une artériole dans cette ampoule même.

5° Enfin une de ces veines variqueuses, plus grosse que les artères voisines, commence parfois par une ampoule dans laquelle s'ouvre une des artérioles précédentes. C'est surtout chez les adultes et les vieillards à la pulpe des doigts et au nez, riches en veines ampullaires et volumineuses, que cette particularité s'observe.

Ces divers modes d'origines veineuses et surtout de communications avec les veines artérioles non encore réduites en capillaires proprement dits ont été observés par M. Sucquet : 1° Dans le derme des doigts, de leurs extrémités unguéales surtout, de l'éminence thénar et du poignet ;

2° Dans celui de la région olécrânienne du coude ;

3° A la surface des expansions aponévrotiques des tendons extenseurs, à la surface des ligaments et caps ules articulaires de la main, du poignet, du coude, et autour de la tête, des os du coude ;

4° Dans le derme des orteils, de leur extrémité unguéale surtout et de la plante du pied ;

5° Dans celui de la région antérieure du genou, au devant et autour de la rotule où abondent des artères filiformes accompagnées de veines avec lesquelles elles communiquent souvent par des branche, transversales directes ; il en est encore ainsi dans le moignon des amputés de la jambe au lieu d'élection ;

6° A la surface des ligaments et capsules articulaires de ces régions, de l'articulation tibio tarsienne, de celle du genou et autour de la tête des os du genou ;

7° Dans le derme de la peau des lèvres, du nez, des paupières, des régions surcilières et des oreilles ;

8° Dans la muqueuse des cornets et de la cloison des fosses nasales ;

9° Enfin dans celle de la pointe de la langue.

Tels sont les faits anatomiques relatifs au mode de continuation des artères avec les veines qui ont paru nouveaux à la commission, du moins pour les parties du corps humain énumérées ci-dessus et au point de vue de la détermination précise des régions des membres et de la tête sur lesquelles on les observe à l'exclusion des autres. Il importait beaucoup, fait remarquer M. le rapporteur, de savoir exactement où ont lieu ces communications et où elles n'ont pas lieu, pour arriver à faire d'utiles et réelles applications de ces données anatomiques à la physiologie.

En conséquence de l'ensemble des recherches que nous venons d'exposer, et dont l'importance ne saurait être mise en doute, la commission propose :

1° D'adresser à l'auteur une lettre de remercîment pour sa remarquable communication ;

2° De renvoyer son travail et les planches qui en font partie au comité de publication.

La séance est levée à cinq heures.

FORMULES RECETTES ET PRATIQUES.

D'UN NOUVEAU MODE D'ADMINISTRATION *de l'iodure de potassium* ; par M. le docteur MOREL SAINT-AMAND. — L'iodure de potassium, qui fait aujourd'hui le fonds d'une médication spéciale dont la pratique retire les meilleurs résultats, est une de ces préparations rares qui ont le mérite de leur réputation ; mais comme peu de médecins l'ignorent, les préparations iodées, en général, et l'iodure de potassium, en particulier, exercent une action topique irritante ; du reste, presque tous les agents excitants et substitutifs, lorsqu'ils sont ingérés *seuls* dans l'estomac ou introduits dans le rectum, le canal de l'urèthre, ou mis en contact avec la membrane muqueuse de l'œil, provoquent une inflammation locale assez nettement caractérisée.

Il y avait lieu d'aviser à ces inconvénients, et de rechercher pour le médicament qui nous occupe, au moins comme le plus employé et le plus utile, les moyens que pouvaient fournir la science et l'art, afin de modifier les effets de son contact physiologique sur les muqueuses digestives.

Nous apprenons que M. Gagnière, pharmacien de Paris, préoccupé de ce soin, vient de trouver un mode de préparation et d'administration qui rend l'iodure de potassium inoffensif en lui conservant toutes les propriétés actives dont il est doué. Il l'a préparé en biscuits, contenant chacun 20 centigrammes d'iodure : ce qui permet d'en doser facilement la quantité voulue pour le traitement dont il s'agit. On assure que, sous cette forme, l'agent se trouve divisé à l'infini ; par conséquent, digéré, intimement mêlé à l'économie, et subissant avec l'aliment qui lui sert de véhicule tous les degrés du travail assimilateur ; de plus, sa conservation et son inaltérabilité sont parfaites.

Toutes les autres préparations pharmaceutiques dont l'iodure de potassium est la base offrant, outre les dangers que nous avons signalés, le double inconvénient d'avoir une saveur désagréable, et d'être trop rapidement éliminées par les urines, on comprend combien ces biscuits devront être recherchés par nos confrères, puisqu'ils permettent en toute assurance à l'économie de s'assimiler lentement les vertus de l'iodure de potassium, dont les indications fourmillent dans la pratique de notre art : aussi tenions-nous à signaler ce nouveau procédé thérapeutique.

L'iodure de potassium, qui fait aujourd'hui le fonds d'une médication spéciale dont la pratique retire les meilleurs résultats, est une de ces préparations qui ont pour elles à la fois la vogue et le mérite.

NOUVELLES.

Programme d'un concours pour l'admission aux emplois de médecin stagiaire à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaire, à Paris.

I. *Conditions d'admission.* — Le concours, qui doit s'ouvrir en exécution du présent programme, aura lieu :

A Strasbourg, le 21 octobre 1861 ;

A Montpellier, le 30 *idem*.

A Paris, le 5 novembre.

Les conditions d'admission aux emplois de médecin stagiaire à l'École impériale du Val-de Grâce ont été ainsi déterminées par l'art. 2 du décret du 13 novembre 1852 :

1° Être né ou naturalisé Français ;

2° Etre docteur en médecine de l'une des trois facultés de l'Empire. (Les élèves qui ont subi les cinq examens pour le doctorat seront admis à concourir, s'ils s'engagent à produire le diplôme de docteur avant le 15 janvier 1862; ils ne seront commissionnés en qualité de stagiaires qu'après avoir satisfait à cette condition);

3o Etre exempt de toute infirmité qui rende impropre au service militaire ;

4o N'avoir pas dépassé l'âge de 28 ans à l'époque de l'ouverture des concours (cette limite d'âge est absolue, et nul ne pourra être admis à la dépasser que dans la proportion de services militaires antérieurs, et pouvant être compris dans la liquidation d'une pension de retraite);

5° Avoir satisfait à des épreuves déterminées par le Ministre de la guerre;

6 Souscrire un engagement d'honneur de se vouer pendant cinq années, au moins, au service militaire.

Les candidats auront à requérir leur inscription sur une liste ouverte à cet effet, dans les bureaux de MM. les Intendants des 1re, 6e et 10e divisions militaires. La clôture de cette liste aura lieu, dans chaque localité, six jours avant l'ouverture des concours.

Les candidats des concours de Strasbourg et de Montpellier, reconnus admissibles, recevront, pour se rendre à Paris, une feuille de route de médecin sous-aide, avec indemnité.

II. *Formalités préliminaires* — En exécution des dispositions qui précèdent, chaque candidat doit déposer dans les bureaux de l'intendance militaire :

1 Son acte de naissance dûment légalisé;

2° Le diplôme de docteur en médecine ou le certificat de réception au cinquième examen (cette pièce pourra n'être produite que le jour même de l'ouverture des épreuves);

3o Un certificat délivré par un médecin militaire ayant au moins le grade de major, et constatant qu'il est apte au service militaire;

cette aptitude pourra d'ailleurs être vérifiée par le jury d'examen;

4° L'indication exacte de sa demeure, pour qu'il puisse être convoqué en temps utile aux épreuves du concours;

5° Pour les candidats comptant des services militaires, les pièces constatant ces services.

L'entrée à l'Ecole du Val-de-Grâce des candidats admis aura lieu du 1er au 10 janvier 1862.

III. *Nature des épreuves.* — 1° Une composition sur une question de pathologie et de thérapeutique médicale;

2° Une épreuve orale d'anatomie des régions, avec application à la médecine et à la chirurgie pratiques;

3° Une épreuve orale de chirurgie, suivie de l'application de deux appareils ou bandages.

Ces épreuves auront lieu devant un jury composé d'un inspecteur du service de santé militaire, qui le présidera, et de deux professeurs à l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires désignés par le ministre.

Après la dernière épreuve, le jury procède en séance particulière au classement des candidats par ordre de mérite.

Le classement général de tous les candidats a lieu à Paris.

Ce classement général sera établi d'après les chiffres d'appréciation obtenus par les candidats; en cas d'égalité de deux candidats, il est fait une nouvelle lecture de leur compositions en séance du jury, qui prononce sur le rang définitf de chacun d'eux.

IV. *Mode d'exécution des épreuves.* — Il est accordé quatre heures pour rédiger la composition écrite, sans livres, ni notes, sous la surveillance d'un membre du jury; la question est la même pour tous les candidats.

Pour traiter la question orale d'anatomie des régions, il est accordé quinze minutes de réflexion.

Au commencement de la séance, chaque candidat tire sa question, qui est numérotée par le président, dans l'ordre que le sort a fixé pour son audition; elle lui est remise dans le cabinet de réflexion quinze minutes avant l'épreuve.

La durée de l'épreuve orale de chirurgie, suivie de l'application de deux appareils ou bandages, est fixée à vingt minutes, dont cinq à huit, au gré du candidat, pour l'épreuve.

V. *Stage à l'Ecole impériale du Val-de-Grâce.* — La durée de ce stage ne peut dépasser une année, et peut être abrégée si les besoins du service l'exigent. Pendant leur séjour à l'Ecole, les docteurs admis sont exercés à l'examen des malades, aux prescriptions d'après le régime et le formulaire des hôpitaux militaires, aux opérations, aux pansements, aux analyses de chimie usuelle dans l'armée, aux expertises d'hygiène et de médecine légale militaire, à la connaissance et à l'application des lois et réglements qui concernent le service de santé militaire.

Ils sont soumis aux obligations de la discipline militaire, et reçoivent, pendant leur séjour à l'Ecole, les appointements de l'an-

cien grade de chirurgien sous-aide, augmentés du supplément de Paris, soit 2160 francs par an.

Ils ont droit, en outre, à une indemnité de première mise d'habillement fixée à 500 francs, et payable : 250 francs au moment de leur admission à l'Ecole, et après avoir souscrit l'engagement dont il est question ci-dessus, et 250 francs après qu'ils ont satisfait aux examens de sortie.

Au terme de leur temps de stage, ils obtiennent, sous la réserve de ces examens de sortie, le brevet du grade de médecin aide-major de deuxième classe, et ils jouissent, à partir de ce moment, des priviléges inhérents à la position d'officiers. Après deux ans de grade, ils passent de droit aides-majors de première classe.

— Par divers arrêtés de M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, les nominations suivantes ont lieu dans les inspections médicales des établissements thermaux :

M. le docteur Vidal est nommé médecin-inspecteur à Aix (Savoie);

M. le docteur Rieux est nommé médecin-inspecteur à Evian (Savoie) ;

M. le docteur Payen est nommé médecin-inspecteur à Saint-Gervais (Savoie).

— M. Guignard, professeur adjoint de clinique interne à l'Ecole préparatoire de Poitiers, est nommé professeur de pathologie chirurgicale à ladite Ecole, en remplacement de M. Quotard, décédé.

— La Société allemande de psychiatrie et de psychologie judiciaire propose un prix de 100 thalers pour le meilleur mémoire sur la question suivante : « Quelle est la classification des maladies mentales la plus utile au point de vue de la médecine pratique ? » Les travaux devront être adressés, avant le 31 décembre 1861, à M. le docteur Erlenmeyer, secrétaire de la Société, à Bendof, près Coblence.

— La société des Sciences, des arts et des lettres du Hainaut met au concours pour 1861 cette question : De la goutte et de son traitement et spécialement de l'action du colchique dans cette maladie. Prix : une médaille d'or. Les mémoires doivent être remis franco, avant le premier septembre 1861, chez M. le secrétaire général de la société à Mons.

Source et Bains d'Alet.

L'eau d'Alet est employée par le corps médical dans le traitement des dyspepsies, de la chlorose, de l'état nerveux, des vomissements et des convalescences. — Prise en bains, elle guérit, en outre, les dermatoses, les maladies de vessie et de matrice. — Quatre sources fournissent 600,000 litres d'eau par 24 heures, à 30 centigrades. Une autre source froide est très riche en phosphate ferreux.

L'Établissement de bains se compose de trois corps de bâtiment, avec 45 chambres bien installées et accessoires ; il a 300 mètres de jardin en terrasse sur la rivière. — Chemin de fer du Midi, par Bordeaux et Lyon, jusqu'à Carcasonne. De Carcassonne à Alet, trois voitures par jour ; trajet en trois heures.

Eaux minérales de Contrexéville.

Les sources de l'Etablissement ont été déclarées d'intérêt public par Décret impérial du 4 août 1860.

Goutte, gravelle, maladies des voies urinaires, dyspepsie, affections utérines, etc.

Expéditions directes. Ouverture de la saison le 15 mai.

Eaux minérales de Pougues (Nièvre). Alcaline-ferrugineuse-iodée

Traitement des dyspepsies, maladies du foie, de la rate et du pancréas ; affections de l'appareil urinaire, telles que gravelle, coliques néphrétiques, catarrhe de la vessie, etc., la goutte, la chlorose, la chloroanémie, les maladies de femmes, la scrofule, etc.

Ouverture de la saison du 15 mai au 15 octobre.

L'usage des Eaux est dirigé par le docteur Félix Roubaud, médecin-inspecteur et auteur de l'*Hydrologie médicale*, 1 vol. in-12.

Un établissement hydrothérapique complet est annexé aux sources minérales.

Pour les pharmaciens . . . 65 cent. la bouteille ;
Et. . . . . 60 » »
pour toute demande dépassant mille bouteilles.

Granules au Carbonate ferreux naissant de Garnier Lamouroux, rue Saint-Honoré, n° 213, à Paris. Faire naître le carbonate ferreux dans l'estomac est sans contredit le meilleur moyen d'administrer cette précieuse préparation dans toutes les affections se rattachant aux tempéraments lymphatiques ; sous cette forme, non-seulement il est permis de compter sur la pureté du carbonate ferreux, mais il se trouve de plus dans un état de division tel que le praticien ne peut craindre qu'il traverse le canal digestif sans produire d'effet.

« Voici l'opinion de M. le professeur Bouchardat : L'oxyde de fer au *minimum* que contient le *Carbonate ferreux* est une dose puissante, et l'acide carbonique qui lui est associé peut être déplacé sans difficulté par les acides contenus dans les voies digestives. Cette décomposition lui donne également l'avantage sur les autres sels de fer insolubles. On n'a pas à craindre qu'il traverse le canal digestif sans produire d'effet. D'un autre côté, il est souvent préférable aux sels plus solubles, car sa dissolution dans les sucs acides de l'estomac est lente, graduée et laisse peu à redouter l'impression toujours désagréable et parfois dangereuse que produit la dissolution des autres sels ferreux. »

La Scillitine Mandet, ses sirops et ses pilules.

La Scillitine, résumé des propriétés thérapeutiques de la Scille, est un médicament déjà connu et employé par les praticiens. M. Mandet, pharmacien de Tarare a fait une étude spéciale de sa préparation et l'on sait l'accueil que lui a fait l'Académie, lorsqu'elle a été soumise à son approbation.

La Scillitine extraite par le procédé de M. Chevallier se présente à la pratique dépouillée de tout le principe irritant de la plante, et quel avantage dès lors n'offre-t-elle pas dans les cas de maladies respiratoires ou urinaires, contre les quelles le premier soin est celui de ramener la circulation à l'état normal. Nous ne croyons pas utile d'en dire davantage sur son emploi, non plus que sur la spécificité qu'elle possède contre les diverses affections de l'organisme, qu'il nous suffise de dire que l'expérience a démontré que la Scillitine, s'administre généralement aujourd'hui à la dose de dix à vingt centigrammes par jour.

Croyant rendre son administration plus facile, M. Mandet a pensé qu'il était convenable de faire des pilules et un sirop de Scillitine. L'adoption qu'on a faite de la préparation sous ces deux formes a démontré que M. Mandet avait eu raison. Le sirop et les pilules sont employés tous les jours dans les hôpitaux et dans la clientèlle civile.

La Scillitine pure, et les pilules et sirop de Scillitine se trouvent à Tarare chez M. Mandet, pharmacien, et à Paris, chez M. Adrian, pharmacien, successeur de Page, 25, rue Coquillière.

La sève de Pin et son Sirop.

La sève de pin maritime est une heureuse découverte de nos temps modernes pour la médecine des maladies de poitrine. L'extension qu'elle a prise prouve son efficacité. M. Lagasse a eu la bonne idée de concentrer cette substance en un sirop béchique dont l'adoption a été prompte. Les médecins l'ordonnent avec avantage dans les cas de maladies chroniques telles que catarrhes, asthme humide, bronchorrhe, etc, et ses succès ne sont pas moindres dans les indispositions aiguës de l'hiver, telles que rhumes, laryngites, pharyngites et angines.

On a remarqué que ce *Sirop de sève de pin* a aussi une action évidente sur les sécrétions urinaireres, et les irritations inflammatoires de la vessie; il dispense avec avantage de ces préparations de bourgeons de pin, si généralement employés avant la découverte de la sève qui est la substance la plus intime et la mieux élaborée de l'arbre.

Le *Sirop de sève de pin* de M. Lagasse se vend à sa pharmacie de Bordeaux, Cour-d'Albret, 31, et à Paris, chez M. Grimaud successeur à la pharmacie Dorvault, rue Lafeuillade 7, et chez les principaux pharmaciens de France.

PYROPHOSPHATE DE FER ET DE SOUDE, de LERAS, pharmacien, docteur ès-sciences. — Ce nouveau ferrugineux liquide, incolore, sans goût ni saveur de fer, contient, par cuillerée à bouche, 20 centigrammes de sel de fer. Il offre la composition des os et du sang. Seul, il ne précipite pas en présence du suc gastrique et ne provoque jamais de constipation. Il s'administre par cuillerée à bouche une demi-heure avant chaque repas, et peut se prendre en mangeant associé au vin, qu'il ne décompose pas. On en fait aussi un *Sirop* très-blanc et très-agréable, ainsi que des *Dragées*.

Il est toujours parfaitement supporté, et les observations de MM. Aran, Arnal, Barth, Bernutz, Casenave, Debout, etc., publiées par les divers journaux de médecine ont prouvé qu'il a réussi là où le *lactate de fer*, le *fer réduit*, les *pilules* de *Vallet*, l'*eau* de *Bussang*, de *Passy* et de *Spa* avaient échoué. — Prix du flacon, 2 fr. Dépôt à Paris, à la pharmacie, 7, rue de la Feuillade, près la Banque. En province, chez tous les pharmaciens.

Eau sulfureuse de Labassère, près de Bagnères-de Bigorre, Hautes-Pyrénées.

« L'eau de *Labassère* est la plus richement minéralisée des sulfu-« reuses sodiques. » (Pétrequin et Socquet.)

« Trois ans d'embouteillage sans altération. » (Ossian Henry.)

« L'eau de *Labassère* se place en tête des eaux propres à l'expor-« tation. » (Filhol.)

« La stabilité des eaux de *Labassère* leur donne, sur toutes les « eaux sulfureuses connues, pour l'exportation et l'emploi loin des « sources, une supériorité incontestable. » (Cazalas.)

Tableau comparatif par M. Filhol.

« Sulfure de Sodium : Labassère, 0,046 ; Eaux Bonnes 0,021 »
« Chlorure de Sodium : Labassère, 0,215 ; Cauterets 0,026 »
« Matière organique : Labassère. 0,145 ; Luchon 0,036 »

« L'eau de *Labassère* peut être employée *avec avantages* dans toutes les maladies où les eaux sulfureuses sont indiquées. Elle jouit d'une efficacité spéciale que l'on ne saurait mettre en doute dans « *le catharre chronique des bronches, les toux convulsives, les « congestions passives du poumon, la tuberculisation pulmonaire, « la laryngite chronique et les maladies de la peau.* » (Filhol. Cazalas.)

J. Gertoux, à Bagnère de Bigorre, seul fermier de la source, expédie.

Pour tous les articles non-signés, le Docteur SALES-GIRONS.

TABLE

DU TOME 1ER DE L'ANNÉE 1861.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES ET DES AUTEURS.

A

Abcès du foie, (traitement et guérison des). 524.
Accouchements (observations cliniques d'). 280. 654
Aconit (empoisonnement par l'). 307.
Adet de Roseville. 306.
Adrian. 48. 286.
Aéroscope, pour voir les miasmes. 571.
Agrandissement de l'hôpital de la Charité, de Paris. 248.
Albuminurie, dans l'état de grossesse (étude sur l'). 385. 461. 524.
Albuminurie (traitement curatif de l'). 220.
Aliénés (réformes dans le service des). 56.
Analyse des Eaux Bonnes. 442.
Andral (Paul). 186.
Andrieux, de Brioude. 601.
Anémie consécutive à des pertes utérines, par l'hydrothérapie. 551.
Anesthésie (la circulation en l'état d'). 301.
Anesthésie au sulfate d'atropine, dans la névralgie dentaire. 564.
Anesthésique (nouvel agent) 243.
Anévrismes poplités (un mot sur les). 176.
Anévrisme de l'humérale, par la compression. 242.
Angines, par la respiration des liquides poudroyés. 12.
Annuaire des sciences médicales. 309.
Anselmier. 444.
Apoplexie (l') et l'hippocratisme à l'Académie. 321.
Apoplexie (l') et l'épilepsie comparées (discussion sur). 74. 106. 109. 166. 170.
Apoplexie du pédoncule du cervelet. 303.
Aran (mort du docteur). 249. 312.
Armand. 307. 369. 501.
Atmosphère des ouvriers en cuivre. 343.
Asiles d'aliénés (visite aux). 566.
Association contre l'usage du tabac. 632.
Auphan. 215 558.

B

Bade et ses thermes. 581. 572.
Baillarger. 138.
Bains de vapeur et d'acide carbonique. 499.
Balnéation à l'eau pulvérisée. 95
Barbaste, de Romans. 524.
Barthez. 12.
Batailhé. 35. 91.
Battements (deux) pour une pulsation à l'artère radiale. 442.
Blache. 536.
Beau. 170.
Bernard (Claude) membre de l'Académie de médecine. 295.
Boinet. 98.
Bonnafont. 305.
Bonnefous. 348.
Bouillaud (le professeur). 5. 42. 65. 166. 175. 235.
Bourguet, d'Aix. 642.
Bousquet. 335. 647.

Brandicourt, d'Amiens. 335.

C

Caoutchouc térébentiné. 738.
Cachexie pellagreuse (étude sur une forme de). 193. 517. 470.
Calculs, arrêtés dans l'urèthre (extraction des). 677.
Camphre et Ether, nouvel anesthésique. 243.
Canon (influence du) sur le temps. 456.
Canule à trachéotomie. 674.
Carbonate ferreux naissant. 441.
Castan. 15.
Cautères et cautérisation (historique des). 664.
Cavasse. 309.
Cérébrales (indépendance des fonctions). 497.
Césarienne (opération). (Discussion). 481. 490. (Voir opération).
Champouillon. 449.
Chassigny, de Lyon. 293.
Chassagnac. 244.
Chauveau. 365.
Chine (lettre sur l'expédition en). 507. 569. 504.
Chloroforme (mort par le) 57.
Chlorate de sodium (sirop de) 52.
Chromhydrose (cas de). 670.
Cicatrices de variole (moyens préventifs des). 222.
Circulation (la), la sensibilité et l'anesthésie. 301.
Cisticerques (métamorphose dans l'homme des). 101.
Citrouille (graine de) contre le tænia. 33.
Clinique obstétricale (observation, de). 289.
Coagulation de l acétate de chaux, par l'alcool. 306.
Coaltés (linges et charpies). 405.
Colonisation (médecins de). 511.
Coloration noire de la peau (observation de). 670.
Concours à Strasbourg. 567. 756.
Congestion cérébrale apoplectiforme (discussion sur la). 74. 106. 109. 228. 235. 295.
Congestion apoplectiforme (définition de la). 256.
Congestion cérébrale apoplectiforme (existe-t-il une)? 223.
Contagion nerveuse.
Convulsion des muscles de la vie animale, par l'excitation mécanique. 563.
Cornée artificielle. 251.
Corvisart (Lucien). 289. 419.
Cosmétiques, au point de vue de la police et de l'hygiène. 627.
Créosote en gargarisme. 52.
Cristallin (appareil) 418.
Critiques de la pulvérisation des Eaux minérales. 548.
Cros. 611.
Croton tiglium (mode d'administration du). 441.
Croup et Angine (traitement du), par les liquides pulvérisés. 12.
Cuisse double chez un adulte. 108.
Césarienne (opération) post mortem; devoir de la pratique. 48.

D

Danet. 650.
Découvertes les plus célèbres (date des). 438.
Déglutition et digestion extraordinaires. 442.
Demarquay. 98.
Demeaux (de Puylévêque. 403).
Depaul. 428. 481. 555.
Deschamps, d'Avalon. 269.
Désinfection, par l'acide phénique. 421.
Désinfection (théorie de la) par le coaltar. 405.
Devergie. 109. 295. 490.
Diabète sucré, par le sucre à haute dose. 413.
Diathèse lymphatique et tuberculeuse. 577.
Diday, de Lyon. 223.
Diète respiratoire (rapport sur la). 5. 43. 65. 129. 449. 601.
Diète rsspiratoire (critique et réponse). 449.
Diète respiratoire (résumé théorique et pratique de la). 601.
Digestion (la) et la fonction du pancréas. 289. 419.
Diphthérite et paralysie consécutive dans Hippocrate. 674. 721.

Discussion sur la congestion cérébrale (note sur la). 257.
Doctrine des états organo-pathiques. 617.
Douleurs (liniment contre les). 688.
Droits des médecins requis par l'autorité (consultation sur les). 691.
Dubois, d'Amiens. 53. 116.
Duchartre. 301.
Dumas (le professeur). 689.
Dumoulin. 577. 641.
Duval, de Chaillot. 551.
Dyspnée (pilules de noix vomique et d'ipécacuanha, contre la) 177.

E

Eaux Bonnes (sur la ferme des). 121.
Eaux Bonnes, leur analyse. 442.
Ecrevisses (cataplasme d'). 189.
Electricité (l') sur la sécrétion lactée. 306.
Enchâtonnement (rétroversion par). 627.
Enfants trouvés, envoyés dans les campagnes. 568.
Epilepsie (l') et l'apoplexie, diagnostic différentiel de. 74. 106. 109. 138.
Erysipèle (pommade contre l'). 686.
Exophthalmie (note sur l'). 98.
Exorbitisme ou exophthalmie. 98.
Expédition en Chine (lettre sur l'). 307.
Extraction de corps étrangers dans le gosier. 630.

F

Fabas, de Saint-Sauveur. 668.
Fécondité (cas rare de). 124.
Fièvres continues et rémittentes (note sur les). 15.
Figuier (Louis). 251.
Filhol (le professeur). 142. 609.
Flourens. 574. 497.
Foie (abcès du) (traité des). 524.
Fonctions cérébrales (indépendance des). 497.
Forceps, attraction soutenue et progressive. 293.
Forget (le professeur). 577.
Fractures du radius (mécanisme des). 61.
Froid intense (effets singuliers d'un). 575.

G

Gargarismes créosotés. 52.
Garnier. 411.
Gavarret (le professeur). 611.
Gazogène portatif. 611.
Gendron (mort du docteur). 59.
Gerçures du sein (traitement des). 414.
Gibert. 521. 555. 670.
Giraud-Teulon. 418. 426.
Gérard de Cailleux. 173.
Gosier (extraction de corps étrangers du) 630.
Goudron, effets de ses émanations sur l'oxygène. 163. 269. 400.
Goudron et oxygène, reconnaissance de leurs effets réciproques. 362.
Gosselin (le professeur). 612.
Gougenot des Mousseaux. 633.
Griolet (mort malheureuse du Dr). 687.
Grossesse et l'albuminurie. 385. 461. 524.
Guggert, de Bade. 572.
Guibourt (le professeur. 361. 400.
Guy de chêne (notice sur le). 362.

H

Hamon. 485. 561. 524.
Harmonie (l') chez les fous. 250.
Hatin (Félix). 118. 567.
Hépatique (colique) formule contre la). 434.
Hernie inguinale, par le seton. 500.
Hippocratisme et la congestion cérébrale à l'Académie. 521.
Hippocrate et l'angine diphthéritique, 674.
Hôpital de la Charité de Paris (projet sur l'). 122.
Hoquet (moyen contre le) 564.

Huile de pétrole, pour les plaies suppurantes. 455.
Hydrothérapie contre l'anémie consécutive aux pertes utérines. 551.
Hypertrophie du pharynx, par les douches à l'eau minérale pulvérisée. 556.
Hypertrophie des grandes lèvres. 335.
Hystérotomie *Post mortem* de la femme. 109. 428.
Hystérotomie *Post mortem* (conclusion académique sur l'). 561.

I

Ielsinesky. 157.
Intérêts professionnels (discours sur nos). 186.
Iodure de potassium contre les ulcères. 244.
— Nouveau mode. 755.
Ivresse, traitée par le sucre. 685.

J

Jeannel (le professeur). 165.
Joire, de Lille. 193. 257. 470. 517.
Joulin. 426.

K

Kergaradec. 48. 560. 428. 493. 513. 559. 561.
Kuchenmeistre. 101.

L

Lagneau fils. 514.
Lambron. 556.
Lame de couteau dans le cerveau pendant deux ans. 348.
Landouzy, de Reims. 668.
Laryngoscopie (étude sur la). 240. 447.
Laryngoscopie dans ses rapports avec la physiologie. 202. 273. 338.
Legroux. 51.
Lemaout. 456.
Leroy de Méricourt. 670.
Lescellière-Lafosse. 188.
Liquides pour conserver les préparations microscopiques. 242.
Liseré gingival, signe de tuberculisation. 219.
Littré. 674.
Longet (le professeur). 57.
Longévité comparée. 438.
Lukomski. 157.

M

Magie (la) au XIVe siècle. 633.
Maisonneuve. 422. 682.
Mallez. 434.
Martin (de Narbonne). 569.
Matico et copahu, en capsules. 563. 628.
Mattei. 85. 280. 627. 654.
Maunoury. 661.
Médecin (le) et le garde champêtre. 58.
Médecins de colonisation à Alger. 58.
Mélancolie (étude sur les causes de la). 360.
Ménière. 50.
Mercier. 677.
Merveilleux (histoire du) dans les temps modernes. 251.
Métamorphose du ver solitaire. 101.
Méthode pratique de laryngoscopie. 654. 696.
Miasmes virulents vus au microscope. 571.
Monstre autositaire. 361.
Morphine. 747.
Morsures des vipères (traitement des) 478.
Mort apparente (faits de). 445.
Mort par le chloroforme. 686.
Moura-Bourouillou. 24. 202. 273. 338. 536. 654. 696.
Moynier. 567.
Muqueuse utérine durant la grossesse. 628.
Mutations et suppléances. 573.

N

Narbonne (topographie médicale de) 579.
Névralgies, par les cautérisations sulfuriques. 51.
Nitro-benzine (préparation de la). 52.
Noix vomique, contre la dyspnée. 177.
Nonat. 303.
Note historique de l'anesthésie. 244.

Nouvelles diverses. 56. 121. 186. 247. 311. 373. 440. 507. 565. 631. 686.

O

Obstétrique (observation cliniques d'). 85. 654.
Occhiombra (appareil pour protéger la vue. 123.
Officiers de santé (des) et de leurs droits d'exercice. 689.
Opératian sous-périostique. 682.
Opération césarienne *post mortem* de la femme. 48 170.
Opération césarienne (discussion) sur l'). 481. 490. 554. 559. 561.
Opération césarienne *post mortem* (coup d'œil sur la discussion académique). 513.
Ophthalmoscope (nouvel). 426.
Organes laryngés (étude des). 338.
Os, (régénération des). 574.
Oxygène, antidote du chloroforme et de l'éther. 684.
Oxygène, comme désinfectant, et désasphyxiant. 551.
Oxygène (emploi de l') contre l'asphyxie. 594.
Oyxgène (l') modifiée par les vaqeurs de goudron. 165. 269. 562. 400.
Ozanam. 684.

P

Pancréas (le) et sa fonction durant la digestion. 289. 419.
Papalexopoulos (le Dr) ministre de l'Intérieur en Grèce. 569.
Pellagre (la) des aliénés, à l'asile Sainte-Gemme. 559.
Pellagreuse (cachexie). 193. 470. 517.
Pellagreux à l'Hôtel-Dieu de Reims. 668.
Pemphygus du col (note sur le). 426.
Pénétration des poussières dans les bronches. 175. 345.
Perchlorure de fer (solution officinale de). 48. 286.
Périoste générateur de l'os. 422.
Périostiques(opération sous-).682.
Perron. 345.
Pharmaciens (instruction des). 125.
Pharynx (corps étrangers dans le). 650.
Pharyngoscope (histoire et description du). 536.
Phénique acide, pour la désinfection. 421.
Phlèbite utérine (formule contre la). 177.
Phosphore (contre-poison du). 115.
— Recherche du. 745.
Phthisie pulmonaire, sa nature et son traitement. 577.
Physiologie de la Diète respiratoire. 449.
Piétra Santa (de). 426. 607.
Piorry (le professeur). 109. 551. 611.
Plaies suppurantes, par l'huile de pétrole. 455.
Plessimétrisme. 611.
Pluie (la) et le son du canon. 456.
Pneumonie (traitement nouveau de la). 453.
Poivre blanc (sophistication du). 655.
Poudre antidyspeptique. 115
Pougues et ses Eaux. 380.
Poumon farci de poussières de charbon. 175.
Poussières solides et liquides pénétrant dans les bronches. 175. 345.
Poussière et vapeurs de l'Eau minérale comparées. 215.
Prix Monthyon. 508.
Prix de la Société de médecine de Bordeaux. 512.
Prix de l'Académie de Bruxelles. 687.
Prix et concours à la Société médicale de Lille. 249.
Prix de la Société des hôpitaux. 58.
Prix de la Société de médecine d'Amiens. 512.
Prix de la Société du Hainaut. 758.
Propylamine contre les rhumatismes. 242.
Psoriasis, maladies des gens robustes. 176.

Pulvérisation des liquides contre le croup. 12.
Pulvérisation des liquides (effets thérapeutiques de la). 558.
Pulvérisation des Eaux minérales (critique de la). 907.
Pulvérisation des liquides. 426. 714.
Pulvérisation des liquides (la) appliquées aux bains. 95.
Purpura hemorrhagica, par le perchlorure de fer. 407.

R

Races de l'Océanie (étude sur les). 679.
Radius (fracture du) (note sur la). 35.
Rage (individus réfractaires au virus de la). 509.
Régénération de l'os par le périoste. 422.
Régénération des os mise au concours. 574.
Réponse aux critiques de la pulvérisation des liquides. 549.
Respiratoire (diète). 5. 65. 129. 42.
Résultats de la discussion académique sur l'apoplexie et l'épilepsie. 257.
Rétroversion utérine (note sur la). 627.
Réveil. 627.
Rhumatisme, par la propylamine. 242.
Rhumatisme cérébral, par les sangsues derrière les oreilles. 178.
Richard (éloges de). 53. 116.
Rigodin (de Buzançais). 111.
Robert (Aimé) de Strasbourg. 381. 572.
Roubaud (Félix). 380.
Rougeole (traitement de la) et formules. 367.
Rouille des instruments (procédé contre la). 437.

S

Sales-Girons. 5. 42. 65. 129. 377. 403. 449. 513. 549. 572. 601. 609.
Salles de spectacle (hygiène des) 505.
Salmon. 661.
Scrophule (nature et traitement de la). 593. 641. 705.
Sécrétion lactée, par l'électricité. 306.
Seton contre la hernie inguinale. 500.
Sciences médicales (Annuaire des. 509.
Synoviales (traitement des tumeurs). 628.
Sondes (nouvelles). 434.
Spectacle (hygiène des salles de). 505.
Statistique des lits dans les hôpitaux de Paris. 125. 179.
Statistique des médecins français. 574.
Suc gastrique sur la fonction du pancréas. 289.
Sucre, contre le diabète sucré. 413.
Sucre contre l'ivresse. 684.
Sueur bleue. 746.
Sulfurique (acide) en cautérisation contre les névralgies. 51.
Surdité (nouvelle forme de). 50.
Surdité nerveuse (pommade contre la). 629.
Syphilis, par la vaccination. 137.
Syphilitiques (maladies) du système nerveux. 514.

T

Tabac (mesure contre l'usage du) dans les colléges. 632.
Taches de sang, moyen de les distinguer. 178.
Tampier. 577.
Tardieu. 179. 188. 297. 487.
Tétanos (singulier traitement du). 440.
Thérapeutique (la) et la diète respiratoire (lettre sur la). 609.
Thérapeutique (principes de). 377.
Thymus (le) chez les grands enfants. 177.
Tissot de Dijon (le professeur). 580.
Trachéotomie (Canule à). 647.
Trébuchet. 553.
Trousseau (le professeur). 74. 100. 112. 228. 256.
Trastour. 244.

Tumeurs synoviales (traitement des 628.
Tuberculisation pulmonaire (la) et le liseré gingival. 249.
Typhus des bestiaux (moyens préservatifs du). 500.
Tœnia (formule contre le). 177.
Tœnia, par les semences de citrouille. 33.

U

Uréthrotomie externe (nouvelle méthode d'). 642. 741

V

Vaccin nouvellement découvert. 489
Vaccination (la) vaccination chez les Kabyles. 437.
Vaccination (la) comme traitement antisyphilitique. 457.
Vapeurs de goudron et leur effet sur l'oxygène de l'air. 400.
Vapeurs et poussière d'Eaux minérales comparées. 215.
Vases et sels de cuivre pour conserver les aliments (prohibition des). 247.
Vers solitaire, par la graine de citrouille. 33.
Ver solitaire (métamorphose du). 401.
Vie (la) dans l'homme ou étude du principe vital. 580.
Vigoureux. 301.
Vipères (morsures des) traitement. 478.

Paris, Imp. Moquet, rue des Fossés-St-Jacques, 11.