

**Beudoin, Simon François. -  
Questions : 1° De la dyspepsie. 2° De  
l'éclampsie après l'accouchement ;  
diagnostic et terminaison des  
trombus ou tumeurs sanguines de la  
vulve. 3° Des os qui sont le plus  
disposés à contracter des soudures  
séniles. 4° Comment reconnaître si...**

**1840.**

**Paris : Rignoux**

**Cote : Paris 1840 n°263**

# THÈSE

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

*Présentée et soutenue le 14 août 1840,*

Par SIMON-FRANÇOIS BEAUDOUIN,

né à Angoulême (Charente).

- I. — De la dyspepsie.
- II. — De l'éclampsie après l'accouchement ; diagnostic et terminaison des trombus ou tumeurs sanguines de la vulve.
- III. — Des os qui sont le plus disposés à contracter des soudures séniles.
- IV. — Comment reconnaître si le lait a été falsifié par de l'eau, par de la farine ou par des jaunes d'œufs.

(Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.)

PARIS.

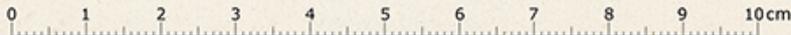
IMPRIMERIE ET FONDERIE DE RIGNOUX,

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

Rue des Francs-Bourgeois-Saint-Michel, 8.

1840

1840. — Baudouin.



*Professeurs.*

M. ORFILA, DOYEN.	MM.
Anatomie.....	BRESCHET.
Physiologie.....	BÉRARD (ainé).
Chimie médicale.....	ORFILA.
Physique médicale.....	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale.....	RICHARD.
Pharmacie et Chimie organique.....	DUMAS.
Hygiène.....	ROYER-COLLARD.
Pathologie chirurgicale.....	MARJOLIN.
	GERDY.
Pathologie médicale.....	DUMÉRIL, Président.
	PIORRY.
Anatomie pathologique.....	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	ANDRAL.
Opérations et appareils.....	
Thérapeutique et matière médicale.....	TROUSSEAU.
Médecine légale.....	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés.....	MOREAU.
Clinique médicale.....	FOUQUIER.
	BOUILLAUD.
	CHOMEL.
	ROSTAN.
	JULES CLOQUET.
Clinique chirurgicale.....	SANSON (ainé).
	ROUX, Examineur.
	VELPEAU.
Clinique d'accouchements.....	DUBOIS (PAUL).

*Agrégés en exercice.*

MM. BAUDRIMONT.	MM. LARREY.
BOUCHARDAT.	LEGROUX, Examineur.
BUSSY.	LENOIR.
CAPITAINE.	MALGAIGNE.
CAZENAVE.	MÉNIÈRE.
CHASSAIGNAC.	MICHON.
DANYAU.	MONOD.
DUBOIS (FRÉDÉRIC).	ROBERT.
GOURAUD.	RUFZ.
GUILLOT.	SÉDILLOT.
HUGUIER, Examineur.	VIDAL.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

# QUESTIONS

DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

## A MA MÈRE.

*Gage de mon respect et de mon attachement.*

**A M. CH. RULLIER FONTBRUNE,**

Docteur en Médecine, anciennement attaché en cette qualité à l'Hôpital militaire de Lille.

Témoignage de ma respectueuse gratitude pour les bienfaits dont il me comble, et les inspirations médicales dont il m'a pénétré, espérant qu'il voudra bien me guider dans la pénible carrière que j'embrasse.

S.-F. BAUDOUIN.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE PARIS

Professeurs

ANATOMIE	AM. BRESCHET
PHYSIOLOGIE	BÉNARD (de)
CHIMIE MÉDICALE	ORSILA
PHYSIQUE MÉDICALE	PELLETAN
HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE	RICHARD
PHARMACOLOGIE	DUMAS
HYGIÈNE	ROYER-COLLARD
PATHOLOGIE CHIRURGICALE	A. M. MÈRE
PATHOLOGIE MÉDICALE	DUMÉNIL, Régulier
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	PICOTÉ
OPÉRATION DE LA CATARACTE	REMY
OPÉRATION DE LA STRABISME	TROUSSEAU
MÉDECINE LÉGALE	ADELON
MÉDECINE DES FEMMES EN GÉNÉRAL	LAZARUS

A. M. CHEVALIER FORTBIEN

CLINIQUE CHIRURGICALE	J. CLOUTY
CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS	SANSON (de)
	BOUX, Examinateur
	VELPEAU
	DUBOIS
	LECOQ
	LENGR
	MARTEL
	MÉNÈGE
	MORIN
	MOSNIER
	ROBERT
	RUFFE
	SÉDILLOT
	VIAL

S.-F. BAUDOUIN

# QUESTIONS

SUR

## DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

---

Medicus naturæ minister et interpres, quidquid  
meditetur et faciat, si naturæ non obtemperat,  
naturæ non imperat... Sæpiusque natura novum  
opus exorditor, ubi conatus nostri desiere.

(BAGLIVI, *De prax. Med.*, mon. 1.)

---

### I.

#### *De la dyspepsie.*

Ce mot, qui vient de δύς, difficilement, et πέπτομαι, transformer et animaliser, servait aux anciens pour désigner une mauvaise digestion, avec fermentation putride des aliments : c'était le premier degré d'un trouble dont le second était désigné par le mot bradypepsie, et le troisième par apepsie, qui correspondait au cas où les aliments n'ont subi qu'une division mécanique, sans aucune modification dans leurs principes. Ainsi considérée, la dyspepsie ne serait qu'un degré de l'indigestion ; mais ce n'est pas tout à fait ainsi qu'il faut l'entendre aujourd'hui. Elle diffère de l'indigestion en ce que celle-ci est une maladie accidentelle, qui a ses causes, ses symptômes et son traitement spécial, disparaissant ordinairement en peu de temps avec les causes momentanées qui l'avaient fait naître. La dyspepsie, au contraire, sans offrir ordinairement des symptômes aussi violents que l'indigestion, est une maladie à marche chronique, composée, si l'on veut, d'une série d'indigestions incomplètes, qui annoncent une cause

permanente de trouble des fonctions digestives et ne cessent qu'avec cette cause. Elle peut tenir au retentissement de la maladie d'un organe autre que le tube digestif; ou à une lésion matérielle des tissus de l'estomac et des intestins, dont elle n'est que l'expression symptomatique. Dans ces deux cas, elle cesse ordinairement avec la maladie qu'elle accompagne. Mais quelquefois la dyspepsie peut exister sans lésion anatomique appréciable dans les organes digestifs, et indépendamment de toute autre maladie: alors, il devient utile de la considérer d'une manière spéciale. Ces trois circonstances dans lesquelles la dyspepsie peut exister, me donneront lieu de la considérer sous trois points de vue: 1° comme sympathique; 2° comme symptomatique; 3° comme idiopathique, ou essentielle.

1° *Dyspepsie sympathique.* Le mot de sympathie, d'après la définition des principaux auteurs qui s'en sont occupés, est simplement l'expression d'un fait capital dans la science de l'homme sain ou malade: je veux parler de cette loi de consensus, en vertu de laquelle l'affection d'un appareil ou d'un organe retentit à un plus ou moins haut degré sur le reste de l'économie, et provoque sa réaction. Ce retentissement, à quelque cause qu'il soit attribué, ou aux nombreuses communications du système nerveux, ou à la contiguïté des organes entre eux, ou à la continuité du tissu cellulaire, n'a jamais lieu aussi fréquemment que sur l'estomac. Cet organe, chargé du début de l'importante fonction par laquelle s'effectue l'accroissement et la conservation de l'individu, dont l'importance est prouvée par sa prompte apparition dans la série animale et dans l'embryon, offre réunies toutes les circonstances qui peuvent favoriser les relations sympathiques: placé au point où correspondent la pointe du cœur, la base du poumon, la réunion la plus nombreuse d'organes vasculaires importants, la masse la plus considérable de ganglions de la vie organique, le plexus solaire, qui semble, par son importance, être l'intermédiaire entre l'encéphale et les autres ganglions; il reçoit une grande quantité de nerfs du grand sympathique, qui le fait communiquer

indirectement avec le cerveau et la moelle épinière, tandis qu'il est l'aboutissant de l'ellipse décrite par les deux pneumogastriques. Ces dispositions anatomiques rendent compte des nombreuses sympathies de l'estomac et du centre épigastrique; sympathies si bien senties dans tous les temps, surtout par Hippocrate, qui disait de l'estomac : *Mar qui dat omnibus et ab omnibus accipit*; par Van-Helmont, qui plaçait au cardia son archée principal; par Broussais, qui, exagérant les résultats de ces sympathies, regardait la gastro-entérite comme faisant partie de presque toutes les maladies. L'importance de ces sympathies est telle, qu'elles rendent nécessaire, pour l'intégrité de la fonction digestive, la santé de tous les organes, et qu'il n'est presque pas de maladie qui ne produise des troubles plus ou moins prononcés dans cette fonction. Dans la grande majorité des cas, ces troubles, quelque grands qu'ils soient, ne s'accompagnent d'aucune altération matérielle appréciable dans le tube digestif. Ce fait, contesté par la médecine physiologique, qui regardait comme gastrite et gastro-entérite, de simples dyspepsies, est prouvé par un grand nombre d'observations, publiées dans ces derniers temps par beaucoup d'auteurs, parmi lesquels je placerai M. Andral, qui en donne plusieurs exemples avec autopsie, dans le quatrième volume de sa *Clinique*.

La dyspepsie sympathique peut résulter d'un état morbide général ou d'un état local: ainsi, elle accompagne toujours l'état fébrile dont elle est une des expressions symptomatiques; il s'y joint alors une anorexie plus ou moins complète, qui cesse ordinairement avec la fièvre, tandis que la dyspepsie persiste encore quelque temps après, et rend dangereux de satisfaire l'appétit du malade; il semble que l'estomac ait perdu l'habitude de la digestion: il faut alors surveiller avec attention les besoins du malade, et attendre, avant de les satisfaire complètement, que l'estomac ait pris la force nécessaire par l'élaboration des aliments. Ordinairement, cette dyspepsie disparaît promptement, avec la faiblesse, suite de toute convalescence de maladie aiguë; mais quelquefois elle persiste indépendamment de toute autre maladie, devient idiopathique, et réclame un traitement particulier. Elle ac-

compagne souvent la chlorose et l'anémie, alternant alors avec des aberrations de la faim, telles que le pica, la malacie. Souvent dans ce cas, par sa persistance et son intensité, elle donne un grand embarras au médecin, parce que l'estomac ne peut supporter les ferrugineux, qui font la base du traitement.

Les connexions sympathiques qui lient l'estomac et l'encéphale sont si nombreuses, que la dyspepsie complique toutes les maladies de ce viscère; mais ce sont surtout les phlegmasies encéphaliques et méningiennes, pendant lesquelles il y a des symptômes abdominaux si prononcés, qu'on a pu quelquefois hésiter entre la lésion de l'estomac et du cerveau. La paralysie, suite d'apoplexie ou non, est souvent précédée et accompagnée par la dyspepsie. Ordinairement elle complique l'hystérie et l'épilepsie, surtout cette dernière, après de longs et fatigants accès. Il en est de même dans les différents troubles de l'intelligence, la démence et la manie, mais surtout l'hypochondrie. Cette dernière maladie a en effet, comme l'a prouvé M. Dubois d'Amiens, sa cause première dans la prédominance d'un ordre particulier d'idées, qui, par crainte de maladie, concentre toute l'attention sur le jeu des organes; or comme de toutes les fonctions la digestion est celle sur laquelle nous avons le plus de prise par le choix et la mesure des aliments, c'est la dyspepsie que produit le plus souvent cette maladie.

De toutes les affections des organes des sens, l'amaurose est celle à laquelle se joint le plus souvent la dyspepsie; elle est quelquefois même liée si intimement à un état gastrique, qu'on la guérit, pour un temps du moins, en agissant sur le tube digestif; mais, dans le cas où elle tient à une lésion organique, la dyspepsie disparaît à mesure que la maladie se dessine de plus en plus. Celle-ci accompagne la plupart des maladies aiguës de la peau, et sans parler des fièvres éruptives, l'érysipèle, les furoncles sont presque toujours liés intimement à une souffrance du tube digestif. M. Bérard affirme que dans les grandes brûlures, non-seulement la dyspepsie existe, mais encore dans le plus grand nombre la gastrite survient.

Dans les maladies aiguës des voies respiratoires, la dyspepsie qui les accompagne va fréquemment jusqu'au vomissement, à cause de la titillation de la luette dans les accès de toux de la laryngite, de la bronchite, de la coqueluche. Fréquemment les accès d'asthme et de dyspnée symptomatique s'accompagnent de digestions laborieuses; mais la dyspepsie se montre surtout dans la phthisie déclarée à la troisième période, quoiqu'il ne soit pas rare, même à cette période, et surtout à la seconde, de rencontrer des phthisiques dont la digestion s'exécute parfaitement. Mais il arrive que, bien avant que cette maladie se soit déclarée, alors qu'elle n'est qu'imminente, les symptômes gastriques se montrent avec assez d'intensité et de constance pour faire tout à fait perdre de vue l'état du poumon, en sorte qu'on n'agit que comme si on avait affaire à une dyspepsie idiopathique, jusqu'à ce que la phthisie se démasque par ses ravages. M. Barras cite plusieurs observations bien remarquables où cette erreur a été commise.

De tous les organes de l'économie, l'utérus est avec le cerveau ceux dont les connexions sympathiques avec l'estomac sont les plus fortes; peut-être avec cette différence que le cerveau est plus fortement influencé par l'état de l'estomac, pendant que c'est l'influence de l'utérus qui est plus marquée sur l'organe de la digestion. En effet, dans l'état physiologique même, dans le commencement de la grossesse, longtemps avant que l'utérus soit assez développé pour gêner mécaniquement la digestion, la dyspepsie se montre et va jusqu'au vomissement, au point qu'on est obligé d'y obvier par des moyens particuliers; elle cesse ordinairement au milieu de la grossesse, pour reparaitre moins intense à la fin, quand le développement de l'utérus peut en donner une explication mécanique. Pendant tout le temps que les règles paraissent, elle accompagne le moindre dérangement menstruel; c'est surtout eu égard aux fonctions digestives qu'on a pu dire que la menstruation était le baromètre de la santé des femmes. La dyspepsie suit souvent la métrite, mais c'est surtout dans la leucorrhée qu'elle existe intense et opiniâtre, au

point que rarement on vient à bout de cet écoulement sans diriger simultanément les moyens thérapeutiques sur l'estomac et sur l'utérus.

Le catarrhe de la vessie développe assez souvent la dyspepsie, mais c'est surtout dans la néphrite que des vomissements abondants ont lieu ; ils disparaissent rapidement avec la maladie principale.

Telles sont les principales maladies dans lesquelles la dyspepsie joue un si grand rôle, qu'elle semble entrer comme élément dans leur expression symptomatique ; mais ce ne sont pas les seules, car si on considère qu'elle se lie d'une part à l'état fébrile, d'autre part à la faiblesse et à l'anémie, compagnes ordinaires des maladies chroniques, on verra qu'il n'est presque pas de maladie dont elle ne fasse partie.

2° *Dyspepsie symptomatique.* — Toutes les altérations organiques du tube digestif se traduisent par de la dyspepsie à un plus ou moins haut degré, et mêlée à l'anorexie ; elle existe à son plus haut degré dans la gastrite aiguë, mais dans la gastrite chronique les symptômes ont souvent moins d'intensité que dans plusieurs des maladies que nous venons d'énumérer, et ne sont pas du tout en rapport avec les lésions. L'ulcère chronique de l'estomac, qui peut amener sa perforation, des hématomés graves, et souvent la mort, s'est rencontré sur le cadavre de certains individus qui n'avaient offert pendant la vie aucun symptôme du côté de ce viscère. Il n'est pas très-rare de voir une désorganisation cancéreuse très-avancée des parois de l'estomac coïncider avec des digestions faciles. Il semble que, par une sage prévoyance, la nature n'a pas voulu que l'estomac pût fournir à des organes lésés des sucs qu'ils n'auraient pu assimiler, tandis que les plus simples lésions de l'estomac auraient pu faire mourir le malade d'inanition, en arrêtant au début la fonction digestive.

La dyspepsie dépend souvent de lésions qui ont leur siège dans l'origine même du tube digestif : ainsi le défaut de sécrétion ou d'ex-

crétion des sucs salivaires par atrophie, induration, etc., des glandes, ou par fistule ou bec de lièvre ; le défaut de mastication par manque de dents ou autrement. Elle accompagne toujours, comme nous venons de le dire, la gastrite aiguë et chronique, le cancer de l'estomac. quelquefois les fistules, plaies, hernies de ce viscère. Elle compose une grande partie de la symptomatologie des maladies inflammatoires, déplacements, dégénérescences, névroses des intestins et de la péritonite ; enfin elle se combine très-souvent, comme nous le verrons, avec les névroses de l'estomac.

3° *Dyspepsie idiopathique.* — Nous avons vu la dyspepsie se joindre à un état morbide partiel ou général de l'économie, et nous montrer ainsi l'estomac entrant en synergie de souffrance avec la plupart des organes, sans être le plus souvent lésé lui-même en aucune façon ; nous l'avons vue servir d'expression symptomatique aux maladies du tube digestif ; mais avons-nous passé en revue tous les cas de digestion lente et difficile ? Si l'on considère que l'estomac n'est pas seulement un réceptacle formé d'une triple membrane, mais qu'il est aussi l'organe excréteur d'un suc d'une composition plus ou moins compliquée, qu'il est le siège d'une sensibilité particulière entrant en action sous l'influence de son stimulus spécial, l'aliment, on devra s'attendre à trouver des troubles de la digestion autres que ceux qui résultent des causes que nous avons énumérées, et tenant à une perversion jusqu'à présent inappréciable pour nos moyens d'exploration de la sécrétion ou de la sensibilité gastriques. Cette vue de l'esprit a été confirmée par l'observation, qui nous montre des maladies offrant presque tous les symptômes de la gastrite chronique, et se guérissant par des remèdes qui ordinairement exaspèrent cette maladie : on doit en conclure qu'elles en diffèrent essentiellement. Du reste, quelques faits d'autopsie cadavérique confirment cette conclusion, en ne montrant aucune lésion sur le cadavre d'individus qui avaient succombé à la dyspepsie simple : on trouve, entre autres, dans la *Nosographie philosophique*, t. III, le cas d'une dame vivant ordinairement dans le monde,

qui, à la suite d'un violent chagrin, fut prise de dyspepsie avec vomissement, et en mourut. A l'autopsie on ne trouva aucune lésion dans le tube digestif ou ailleurs. Mais heureusement la dyspepsie est trop rarement mortelle par elle-même pour que de pareilles observations se présentent souvent; il arrive plus souvent que des individus morts d'une maladie étrangère au tube digestif ne présentent rien de notable dans cet organe, quoiqu'ayant souffert de la dyspepsie la plus prononcée.

L'existence de ces maladies du tube digestif, sans lésion matérielle de cet organe, a été admise par tous les nosographes, sous le nom de *névrose*; mais ils ne s'entendent guère sur le nombre et la dénomination de celles qu'on doit admettre. Sauvages, comme Linné, sépare les différents symptômes de ces maladies pour en faire autant d'espèces à part, sous les noms de *flatulences*, *borborygmes*, *nausées*, *anorexie*, *hypochondrie*, et qu'il distribue dans les différentes lésions de la sensibilité, du mouvement et de l'intelligence. Cullen confond toutes ces névroses sous le nom de *dyspepsie*, dont il admet plusieurs variétés, tandis que Pinel nomme à peine cette maladie à la suite de l'anorexie et des diverses anomalies de l'appétit. De nos jours on admet généralement la gastralgie, le vomissement spasmodique ou nerveux, et enfin la dyspepsie, dont M. Dalmas fait trois variétés, d'après les causes diverses qui les font naître. Mais il me semble inutile de se fonder sur des hypothèses pour séparer des maladies dont les symptômes et le traitement diffèrent si peu.

*Causes.* — Les causes de la dyspepsie agissent de deux manières, ou en augmentant la susceptibilité nerveuse générale et celle du tube digestif en particulier, ou bien en privant l'estomac des sucs ou des forces nécessaires à l'accomplissement de ses fonctions. C'est de cette dernière manière qu'agissent les cachexies, suite de maladies chroniques; alors des humeurs viciées circulent dans le corps humain et ne fournissent plus les éléments nécessaires à l'élaboration de sucs gastriques; les pertes abondantes, soit de sang, car il est remarquable qu'aussitôt après les grandes déplétions sanguines un retentissement douloureux

se fait toujours à l'épigastre ; soit de toute autre humeur sécrétée en trop grande abondance, ainsi la galactorrhée et la phthisie qu'elle entraîne, la pernicieuse habitude de la masturbation et l'abus du coït, une grande suppuration ; la convalescence des maladies aiguës ; les passions tristes ; mais surtout l'abus des aliments atoniques, tels que les corps gras, les huiles, les boissons tièdes, dont Baglivi a si bien fait sentir les inconvénients dans son traité *De usu et abusu diluentium et oleosorum*, et les farineux ; l'abus des bains tièdes ; les travaux, les marches forcées. On peut encore mettre parmi les causes de cette sorte, l'habitude d'une vie sédentaire, car l'exercice est nécessaire pour la normale élaboration des sucs et une bonne nutrition. Cette cause agit d'autant plus puissamment que la vie sédentaire succède à une grande activité habituelle, comme, par exemple, les anciens militaires en retraite, chez lesquels l'hypochondrie est si commune, ainsi que le remarque M. Dubois, d'Amiens. On doit, par conséquent, mettre au nombre des prédispositions à la dyspepsie, la vie de cabinet, les états sédentaires, tels que tisserands, tailleurs, cordonniers. Il ne paraît pas que, malgré leur vie plus casanière, les femmes y soient plus sujettes que les hommes, sans doute parce que leur vie, quoique intérieure, n'est pas sans activité. Parmi les causes qui agissent de la première manière, il faut mettre la diathèse rhumatismale et goutteuse, quoiqu'elle produise plus ordinairement la gastralgie ; puis vient l'hérédité, qui transmet des parents aux enfants une susceptibilité nerveuse, source de toutes les névroses. Elle est entretenue par l'habitation des villes et toutes les causes d'excitation de la sensibilité et des passions qu'elles renferment ; les passions vives, telles que la colère, la joie ; la concentration des idées sur un seul objet, et par conséquent la manie, et surtout l'hypochondrie, qui paraît peu prédisposer aux phlegmasies, mais donne souvent naissance à la dyspepsie. On doit par conséquent placer parmi les causes de celle-ci ce qu'on a donné comme causes de l'hypochondrie, telles que l'habitation dans le nord-ouest de l'Europe, où les causes d'exaltation intellectuelles sont plus fréquentes qu'ailleurs, le mysticisme, l'ambition,

et surtout l'égoïsme, la nostalgie; cette dernière cause se combine fréquemment à une autre, le passage d'un climat froid dans un climat plus chaud, pour produire la dyspepsie, fréquente, dit-on, chez les montagnards de l'Auvergne qui descendent dans les départements méridionaux. Elle est très-fréquente aussi dans les régions inter-tropicales, et surtout chez les Européens qui y sont nouvellement établis. Il est une autre sorte de cause dont le mode d'action ne rentre pas dans les deux précédemment établis, mais qui peut plutôt être considérée comme une cause d'indigestion, quoique M. Dalmas la considère comme produisant la dyspepsie; je veux parler de certaines antipathies particulières à quelques personnes pour un ou plusieurs aliments en particulier.

*Symptômes.* — Le propre d'une bonne digestion est d'être insensible; or c'est la première condition qui manque au début de la dyspepsie. Après l'ingestion des aliments, le malade tombe dans un état de torpeur et d'engourdissement avec congestion et bouffées de chaleur vers la tête, rougeur des pommettes, tension de l'épigastre. Cet état, qui persiste plus ou moins longtemps après le repas, ne se montre pas d'abord après tous, mais plus spécialement après l'ingestion d'une nourriture trop abondante ou indigeste. Bientôt cet état devient habituel; il s'y joint des borborygmes, des éructations d'abord douces et amères, puis nidoreuses, puis enfin, quand elles se prolongent longtemps, faisant éprouver un sentiment de chaleur et de constriction dans l'œsophage, comme dans la pyrosis. Bientôt le malaise s'augmente, des vents nombreux s'échappent rapidement, l'épigastre devient ballonné, la respiration est gênée, des nausées puis des vomissements surviennent quelquefois. Cet état se prolonge jusqu'à sept ou huit heures après le repas. L'intensité varie selon plusieurs circonstances : ainsi, une femme dyspeptique depuis trente-six ans, ne digérait bien que des aliments pris pendant la nuit, vomissant tous ceux qu'elle prenait pendant le jour; les aliments doux et féculents sont toujours mal supportés et empirent l'état du malade, tandis que

les aliments toniques, même les plus indigestes en apparence, tels que des viandes noires et denses, sont ceux qui se digèrent le mieux. Certains aliments sont plus réfractaires que d'autres à la force digestive; ainsi M. Barras cite le cas de fruits vomis après cinq ou six jours de séjour dans l'estomac, temps pendant lequel les autres aliments pris se digéraient bien. Fabrice de Hilden cite le fait bien plus incroyable d'une couenne de lard qui séjourna deux ans dans ce viscère. Ordinairement, la dyspepsie s'accompagne de constipation et d'une douleur toujours modérée, sensible surtout pendant que les aliments sont dans l'estomac, mais n'augmentant pas avec la quantité de ces aliments; cette douleur n'augmente pas par la pression, qui la soulage même quelquefois; elle s'étend dans les hypochondres jusqu'aux seins. L'estomac est le siège d'une sensibilité presque tactile, le malade y éprouve des sensations insolites de froid, de chaud, etc. La langue est blanche et large, les lèvres décolorées, les dents couvertes d'une couche glutineuse, la bouche pâteuse; il y a souvent le matin exécution de mucosités glaireuses; la soif est ordinairement nulle. L'appétit, quelquefois nul, et plus souvent variable, capricieux, comme dans le pica et la malacie. Il est des cas où la boulimie se joint à la dyspepsie, qu'elle ne fait qu'accroître; le mérycisme peut être considéré comme un symptôme assez commun de la dyspepsie. Il peut arriver que les douleurs prennent un grand degré d'intensité, et alors elle se transforme en gastralgie, avec laquelle elle alterne et se combine. Ses rapports avec l'hypochondrie sont un véritable cercle vicieux; d'abord engendrée par celle-ci, elle contribue à l'entretenir.

*Terminaison et pronostic.* — Ordinairement peu grave, la dyspepsie peut cependant être assez intense pour causer la mort en peu de temps; d'autres fois, sans être aussi prompte, la mort peut survenir par un amaigrissement mortel, avec fièvre, surtout quand on s'obstine à employer les antiphlogistiques; mais ces cas sont très-rares quand la maladie ne se lie pas à une affection organique, et on a vu des malades souffrir pendant vingt ans de la dyspepsie sans perdre notablement de leur

embonpoint. Aussi n'est-ce point ainsi que la maladie compromet ordinairement la vie du malade, c'est en dégénéral en maladie organique, ce qui se conçoit assez facilement, car c'est probablement en vertu d'une perversion du mode de sensibilité organique dévolue aux tissus pour leur nutrition que se produisent ces dégénéralences. Or, cette perversion me semble devoir facilement se produire dans la dyspepsie. Malgré ces suites possibles, la dyspepsie n'est grave que sous le rapport de sa durée; du reste, son pronostic varie avec sa cause, son intensité, sa durée; ainsi, celle qui accompagne les cachexies est plus grave que celle des convalescences des maladies aiguës; celle qui tient à un état d'éréthisme nerveux habituel dans l'économie, plus grave que celle qui ne consiste que dans une simple lenteur de la digestion; enfin, celle qui dure depuis longtemps, plus grave que celle qui ne fait que commencer.

*Diagnostic.* — Il est surtout important de distinguer la dyspepsie des maladies inflammatoires du tube digestif; dans celles-ci, la langue est pointue, rouge sur les bords et à la pointe, souvent chargée d'un enduit blanchâtre ou jaunâtre; la douleur est continue, plus régulièrement fixée au creux épigastrique ou dans le ventre; elle augmente en proportion des médicaments ingérés et par la pression. Les aliments féculents, le lait, les substances douces, sont les seuls que le malade puisse supporter; les antiphlogistiques procurent un soulagement très-marqué. Au contraire, dans la dyspepsie, la langue est large, blanche, humide, la douleur vague et irradiante, diminuant souvent par la pression; le régime antiphlogistique l'exaspère. Il n'est pas aussi facile de la distinguer du cancer commençant; ces deux affections se confondent souvent au début, l'un, la dyspepsie, servant de cause déterminante à l'autre, et il existe peu de moyens de les distinguer avant qu'il y ait une tumeur assez considérable pour être sentie à l'extérieur. On ne peut guère se fier à la douleur, qu'on dit être lancinante dans le cancer; car il semble que c'est simplement par analogie qu'on a admis ce caractère, qui existe rarement, et dans quelques cas même

la douleur est très-peu prononcée. L'influence du régime excitant qui ordinairement exaspère les symptômes du cancer, et surtout la nature des vomissements, quand il y en a, sont de meilleurs guides pour établir cette différence; c'est par le même moyen qu'on distinguera d'avec la dyspepsie l'ulcère chronique de l'estomac décrit par M. Cruveilhier.

Il est moins important de distinguer la dyspepsie du vomissement nerveux et de la gastralgie; mais aussi cela est plus difficile. On ne doit attribuer ce nom de *vomissement nerveux* qu'à un accident passager dû ordinairement à une commotion subite, le plus souvent morale, qui cède promptement aux antispasmodiques et aux opiacés. La gastralgie se distingue surtout par l'intensité de la douleur, souvent telle, qu'on la compare avec justesse à celle des névralgies, dont elle ne diffère peut-être pas beaucoup par sa nature. Cette douleur, au contraire de celle de la dyspepsie, existe ordinairement avec sa plus grande intensité dans l'état de vacuité de l'estomac, pendant qu'elle se calme par l'ingestion de quelques aliments, et même par une simple boisson.

*Traitement.* — La première indication à remplir, la seule qui existe dans la dyspepsie sympathique et dans la dyspepsie symptomatique, c'est de combattre la cause avec laquelle les moyens varient. On recommandera des distractions aux hommes livrés aux travaux intellectuels, un régime convenable à ceux qui passent d'un climat froid dans un chaud; on emploiera tous les moyens pour détruire une habitude pernicieuse, et on ne craindra pas d'effrayer le malade sur son mal et ses suites. Il faudra surtout tout mettre en œuvre, dans le cas où l'hypochondrie existe, pour distraire le malade de son idée dominante. C'est alors que les voyages aux eaux ferrugineuses et sulfureuses sont éminemment utiles, en remplissant un double but, comme médicament et objet de distraction; alors des projets d'ambition, l'excitation des passions, des occupations attachantes sont utiles pour distraire le malade.

Des malheurs grands et imprévus ont eux-mêmes arrêté la maladie dans sa course; on en voit de fréquents exemples dans l'ouvrage de M. Barras, et cet auteur lui-même fut guéri de cette maladie par la perte de sa fille. Quand la maladie a sa source dans un violent chagrin, il est souvent utile d'essayer des occupations intellectuelles, le malade dût-il s'y livrer avec beaucoup d'ardeur. Quand la dyspepsie tient au manque de salivation par atonie des glandes salivaires, l'habitude de fumer, ordinairement nuisible, pourrait, dans ce cas, être utile, et cela nous explique peut-être la nécessité, pour certaines personnes, de fumer après le repas.

Quand on a cherché à faire disparaître les causes, il faut combattre les résultats qu'elles ont produits: or, ces résultats sont de deux sortes, l'affaiblissement de l'organisme et l'exaltation de la sensibilité générale ou locale; de là naissent deux indications thérapeutiques, et comme ces deux sortes d'effets se combinent pour arriver au même but, les deux médications qu'on leur oppose se prêtent un mutuel secours.

On remplit la première par un régime analeptique et tonifiant, on commence par l'usage des viandes blanches et faciles à digérer, pour passer aux viandes les plus denses et les plus animalisées. On combine avec avantage à ce régime les ferrugineux, les amers, tels que le sous-carbonate de fer, la poudre de gentiane, de rhubarbe, d'aunée, de quinquina, d'aloès, de colombo, particulièrement recommandée par M. Debreyne (*Revue médicale*, mai 1839). Pour boissons, les eaux de Seltz, de Passy, les vins vieux en petite quantité, les vins stomachiques, amers, tels que ceux de quinquina, d'absinthe, d'aunée. Il faut, en général, se garder des infusions aqueuses, qui sont mal supportées et nuisent aux malades, à moins que dans le cas où les vins médicinaux ne passent pas bien, on voudrait les remplacer par quelque infusion amère. Il arrive que dans les commencements, alors que la maladie se borne à quelques nausées et un peu de lenteur dans la digestion, les malades se guérissent eux-mêmes par une infusion aromatique, telle que le thé.

La seconde indication se remplit en contre-balançant la prédomi-

nance du moral par des exercices physiques, des occupations manuelles, des promenades à pied, des voyages, des bains de mer, de rivière, et en faisant révulsion sur la peau de la concentration nerveuse épigastrique par des bains sulfureux, des douches, des frictions, des vêtements de laine sur la peau.

La prédominance d'un symptôme oblige quelquefois à recourir à des moyens palliatifs : c'est ainsi qu'on corrige les rapports nidoreux par des boissons ou fruits acides ; les rapports aigres ou brûlants, par la magnésie décarbonatée, les vomissements dont la répétition fatigue et affaiblit le malade par les antispasmodiques et les opiacés.

---

## II.

*De l'éclampsie après l'accouchement ; diagnostic et terminaison des thrombus ou tumeurs sanguines de la vulve.*

### *1° De l'éclampsie après l'accouchement.*

*Causes.* — Cette maladie a surtout sa source dans l'exaltation vitale, fruit de la réaction sympathique de l'utérus sur tout l'organisme pendant la grossesse. Cette exaltation se manifeste physiologiquement sur les principaux appareils par une augmentation d'énergie de la calorification, la pléthore sanguine, et surtout par une sensibilité exagérée qui rend les impressions plus vives et plus profondes. Les causes qui contribuent à entretenir et à augmenter cette sensibilité, sont : le tempérament nerveux congénital, ou acquis ; l'habitation des villes, cause puissante, si l'on en croit Denman, qui dit avoir souvent observé l'éclampsie dans les villes et jamais dans les campagnes ; la fréquentation des bals et des spectacles, et tout ce qui peut exalter l'imagination et les passions ; les chagrins profonds, les émotions vives, les odeurs fortes. Ces causes ont surtout toute leur intensité chez les femmes primipares, à tempérament lymphatique, avec infiltration séreuse, surtout dans les membres supérieurs et la face, et encore plus

quand la grossesse a lieu dans un âge déjà avancé, soit parce que l'état de grossesse, dans ce cas, cause plus d'accidents, soit parce qu'en approchant de l'âge critique, les relations sympathiques de l'utérus sont plus intenses. Une autre cause tend à augmenter cet éréthisme; elle vient de l'extrême distension qu'a subie l'utérus pendant la grossesse, soit par une surabondance d'eau dans l'amnios, soit par un produit multiple. Le rachitisme prononcé, et avec lui toutes les causes de dystocie, qui augmentent la longueur et le danger du travail, deviennent aussi cause prédisposante de l'éclampsie après l'accouchement. Enfin, une cause dont l'importance est de beaucoup inférieure à toutes celles-ci, est le tempérament pléthorique sur l'influence duquel plusieurs auteurs, Hamilton entre autres, insistent beaucoup.

Quoique l'action des causes que nous venons d'énumérer diminue par le seul fait de la parturition, elle ne cesse pas assez immédiatement après pour que l'éclampsie ne puisse se produire, si à cette influence viennent se joindre d'autres causes spéciales à cette époque de l'état puerpéral. Celles-ci agiront d'autant plus efficacement que le travail aura été plus long, et surtout s'il y a eu des accès avant l'accouchement. Ces causes sont, la rétention dans la cavité utérine d'un caillot ou d'un débris de membrane, et les tranchées que cause cet accident; l'inflammation, suite de contusion et de déchirures de l'utérus et de son enveloppe péritonéale, et la suppression des lochies qui en est ordinairement la suite; la rétention d'urine qui persiste quelquefois longtemps après la délivrance; la fièvre de lait, et l'épuisement qui suit une surabondance de sécrétion de ce liquide; des impressions morales vives et subites, au nombre desquelles il faut placer la vue d'un accès d'éclampsie chez une autre femme; l'ingestion de liqueurs spiritueuses, ou autrement excitantes, qu'on donne quelquefois imprudemment à la femme pendant ou après le travail. Enfin, c'est surtout après l'accouchement que doivent se faire sentir ces influences épidémiques signalées par Smellie, quoique les faits sur lesquels il se fonde pour admettre leur existence ne soient pas très-concluants. Peut-être doit-on attribuer une plus grande influence à un air mal renouvelé, à une température trop élevée ou trop froide.

*Symptômes.* — Plusieurs auteurs, Hamilton et Chaussier surtout, regardent comme toujours précédé d'un prodrome tout accès d'éclampsie; le premier va jusqu'à dire que, dans certains cas où on ne l'a pas observé, cela tenait à l'inattention des accoucheurs, ou à la dissimulation des malades. Cette opinion est trop exclusive, car plusieurs observateurs, MM. Velpeau et Dubois entre autres, ont observé des attaques d'éclampsie survenues tout à coup; mais le plus souvent ce prodrome existe. Il est composé de rougeur de la face, céphalalgie, bourdonnement et tintement d'oreilles, quelquefois même surdité complète, obscurité dans la vue, qui peut aller jusqu'à la cécité. A ces symptômes se joint souvent une douleur épigastrique comme celle qui accompagne presque toutes les grandes commotions nerveuses. Pour Chaussier et Denman, cette douleur existe toujours, ils en donnent une preuve d'assez peu de valeur, dans cette remarque, qu'au commencement de l'accès les malades portent leurs mains à l'épigastre.

Mais bientôt la céphalalgie s'accroît, le malade s'agite, ses regards deviennent hagards, ses pupilles se dilatent rapidement; ses yeux, après un mouvement de rotation rapide, finissent par se fixer les cornées en haut et d'un côté; la respiration, d'abord suspicieuse, cesse bientôt. Les membres et le tronc se roidissent par degrés; une des commissures des lèvres est entraînée en haut et en dehors du côté où les yeux se sont fixés. Les yeux s'allongent et sont tirés en haut; la bouche s'ouvre largement et lentement; la langue s'échappe alors, la tête s'incline du côté des pupilles et du côté où le tronc est le plus roidi; le menton est rendu plus pointu par le tiraillement de tous les muscles des lèvres; les narines sont tirées en haut et en dehors, les bras sont étendus et appliqués sur le tronc; les mains fermées, assez souvent, le pouce emprisonné entre le médium et l'index; d'autres fois, les poings régulièrement clos, avec une telle force, que les ongles rentrent dans la paume de la main. Le tronc est très-étendu, un peu infléchi en arrière, et sur un côté, les orteils sont très-fléchis; bientôt tous les muscles sont pris d'intervalles de relâchement et de tension qui

agitent toutes les parties de secousses isochrones. Les paupières s'élèvent et s'abaissent successivement, les lèvres et le nez sont tirés en haut et en dehors, les membres éprouvent de petits efforts de flexion, tous les tendons se roidissent par secousses. Tous ces mouvements sont peu étendus et rapidement répétés. Pendant ce temps, les mâchoires se rapprochent graduellement, et si l'on n'a pas soin de rentrer la langue dans la bouche, elle se trouve fortement mordue. Enfin, les secousses deviennent petit à petit plus fortes, plus longues, plus éloignées, et la période de stupeur se prononce.

Pendant cette période, l'intelligence continue de rester tout à fait abolie, la respiration revient petit à petit, d'abord sans que le thorax y prenne part, puis bientôt celui-ci entre en mouvement. Elle est d'abord rare, stertoreuse, une grande quantité d'écume teinte de sang, si la langue a été mordue, s'échappe par la bouche, le système musculaire tombe dans une résolution incomplète, les membres gardent une roideur qui se rapproche d'autant plus de l'état cadavérique qu'on les fléchit facilement, et qu'après cette flexion ils ne reprennent plus leur position. Les yeux restent fermés, et on relève avec assez de peine les paupières au-dessous desquelles on voit les pupilles encore fortement dilatées. Enfin la sensibilité revient peu à peu, la résolution cesse partiellement, d'abord dans le visage, puis dans les membres. La malade fait quelques mouvements, puis revient petit à petit à la connaissance pour témoigner son étonnement et son oubli parfait de tout ce qui s'est passé, même immédiatement avant l'accès. Elle conserve encore quelque temps un état de fatigue et d'envie de dormir.

Il peut arriver que quelques-uns de ces symptômes manquent ou soient plus prononcés qu'à l'ordinaire : ainsi la respiration, souvent tout à fait abolie, ne l'est pourtant pas toujours : et cela est nécessaire pour que certains accès, qui durent une demi-heure, ne soient pas nécessairement mortels. La circulation est ordinairement accélérée. M. Dubois ne l'a jamais vue ralentie ; cependant ce fait s'est montré à certains observateurs ; Dugès, entre autres, l'a regardé, à la fin d'un accès, comme signe qu'un nouveau va survenir. Enfin des contrac-

renouvelés, à une température trop élevée ou trop froide.

tions partielles des muscles de la vie de relation compliquent cet état : c'est ainsi qu'un des deux orifices du col de l'utérus s'oppose fréquemment par sa contraction à l'expulsion du tout ou portion de placenta. Enfin on a vu quelquefois les matières fécales, l'urine, les aliments contenus dans l'estomac, être involontairement expulsés.

*Durée.* — L'accès peut durer de une, deux minutes, à trente et trente-cinq, d'après M. Velpeau ; M. Dubois ne l'a jamais vu dépasser vingt minutes ; très-fréquemment il ne dépasse pas cinq. La stupeur qui lui succède est ordinairement proportionnelle à sa durée et à son intensité ; elle peut aller de cinq minutes à deux heures, rarement elle dépasse ce terme, à moins que ce ne soit après le dernier accès d'une crise, alors elle peut dépasser un jour. Les accès qui se succèdent se rapprochent d'abord pour s'éloigner ensuite graduellement, si la terminaison doit être favorable ; ou bien ils continuent à se rapprocher pour se confondre en un long accès mortel. L'espace qui les sépare peut ainsi varier de quelques minutes à des journées ; dans cet espace de temps la femme peut rester continuellement dans la stupeur ou revenir plus ou moins complètement à elle. Une crise peut se composer d'un seul ou de trente ou quarante accès ; enfin elle peut être suivie au bout de quelques jours par une autre crise.

*Terminaison.* — L'éclampsie se termine quelquefois par un retour assez prompt à la santé. D'autres fois la convalescence s'établit lentement, la malade conserve longtemps un éréthisme nerveux dont elle a peine à se débarrasser, et qui, sous l'influence d'une cause déterminante, peut devenir mortel. La mort peut aussi survenir tout d'un coup pendant l'accès, dont elle est comme la conclusion ; d'autres fois, elle n'arrive que par une espèce d'asphyxie lente, pendant l'état de stupeur, en sorte que cette terminaison fatale peut arriver en quelques minutes ou en vingt-quatre heures. La mort qui survient pendant l'accès, surtout après l'accouchement, est souvent due à l'apoplexie ; mais celle-ci n'est pas toujours mortelle, et alors la paralysie qui la

suit paraît succéder à l'éclampsie. Il arrive réellement quelquefois que la paralysie survient sans que rien puisse l'expliquer à l'autopsie. Dans les cas les moins graves, il reste pendant assez longtemps une paralysie de la vessie et du rectum. Les différentes formes d'aliénation mentale, surtout la démence, peuvent succéder à l'éclampsie; toujours la malade perd en partie sa mémoire, qui ne lui revient que lentement, en commençant par celle des faits les plus éloignés d'avant l'accès; ce n'est que fort tard qu'elle peut se rappeler les événements qui ont précédé immédiatement l'accès.

*Pronostic.* — L'éclampsie après l'accouchement est une maladie très-grave : sur trente-deux cas cités par M. Velpeau, il y en a eu huit de mortels immédiatement, sans parler des suites fâcheuses; et cependant elle est bien moins grave qu'avant, et surtout pendant le travail. Du reste, elle est d'autant moins grave qu'elle s'éloigne davantage de cette époque. Elle l'est moins chez une femme sujette aux attaques nerveuses, car il semble que les femmes s'habituent à ces accidents et apprennent à les braver: aussi est-elle moins grave chez celles qui ont déjà eu des attaques d'éclampsie; enfin sa gravité s'augmente de toute celle de la maladie principale, quand elle complique une métrite-péritonite, par exemple. Du reste, sa gravité relative varie, comme on le comprend, selon la durée des crises, le nombre des accès, leur fréquence, leur intensité. En général, on doit bien augurer d'une attaque dont les accès sont courts, séparés par de longs intervalles pendant lesquels la malade revient complètement à la connaissance.

*Diagnostic.* — L'éclampsie peut être confondue avec l'hystérie; mais on s'y méprendra difficilement, en considérant que l'hystérie a rarement lieu à la fin de la grossesse, que la malade ne perd point connaissance, que les convulsions se font avec de grands mouvements excentriques et ne sont point suivis de stupeur. L'accès d'épilepsie ressemble tant à celui de l'éclampsie, que quelques auteurs ont cru devoir ne pas les séparer. Plusieurs donnent à l'éclampsie

les noms d'*épilepsie sympathique*, *épilepsie puerpérale*, la considérant simplement comme un accès d'épilepsie compliquant la grossesse. Mais il faut songer que l'éclampsie se montre chez beaucoup de femmes qui n'ont jamais été épileptiques et qui ne le sont plus après que les modifications produites dans leur économie par la grossesse et l'accouchement ont disparu ; que c'est une maladie à durée limitée dont les accès ne sont jamais ou presque jamais isolés, et ne reviennent jamais à des intervalles égaux, pendant que c'est tout le contraire dans l'épilepsie. Il arrive, il est vrai, que pendant la grossesse des accès d'hystérie et d'épilepsie se transforment en éclampsie, mais alors il y a simple complication.

*Traitement.* — Si le prodrôme est assez prononcé pour donner une indication suffisante, on pourrait employer la saignée, tant recommandée par Hamilton. Dans le cas où les signes de la pléthore seraient peu prononcés, on ferait une utile révulsion sur le canal intestinal au moyen de purgatifs, de vomitifs ; mais quand, ce qui est le plus ordinaire, la maladie se déclare avant qu'on ait eu le temps de rien décider, il faut d'abord faire disparaître les causes matérielles qui ont pu produire l'éclampsie : ainsi il faut accélérer une délivrance tardive, introduire la main dans l'utérus, pour le débarrasser des caillots ou débris de membranes qu'il pourrait contenir ; on pourra même achever de le déterger avec des injections émoullientes, auxquelles on mêlera quelques gouttes de laudanum. Dans le cas où le col de l'utérus, contracté dans un de ses deux orifices, s'opposerait à la délivrance ou à l'expulsion du placenta, des onctions avec la pommade de belladone présenteraient un moyen de dilater sans violence. On a tour à tour vanté comme moyens curatifs de l'éclampsie plusieurs médicaments, mais celui qui réunit le plus de suffrages est la saignée. C'est à elle qu'Hamilton borne à peu près toute sa thérapeutique ; Dugès dit n'en avoir retiré que de bons effets, quoiqu'il l'ait employée chez des sujets où elle paraissait peu indiquée, par exemple, chez des femmes à tempé-

1840. — Beaudouin. 4

rament lymphatique, avec une infiltration quelquefois considérable. C'est ordinairement par la saignée générale qu'on commence; mais dans le cas où les symptômes de congestions cérébrales se manifesteraient avec trop de force, on pourrait place rlocalement des sangsues aux apophyses mastoïdes. On a préconisé différents autres moyens : Hamilton essaya la digitale, dont il dit avoir retiré de bons effets ; mais Dugès, M. Velpeau, n'en ont obtenu aucun résultat satisfaisant. Denman préconisait un moyen blâmé par Hamilton, mais qui peut-être, employé convenablement, produirait une réaction favorable; je veux parler des affusions froides. La période d'accès et de stupeur mérite des soins particuliers : pendant la première, on obtiendra de bons résultats des antispasmodiques, tels que les eaux distillées de laurier-cerise, de fleurs d'oranger, l'éther, l'opium surtout. Il faudra aussi s'opposer avec douceur aux mouvements de la malade, l'empêcher surtout de rouler à bas de son lit. Pour empêcher la langue d'être mordue, on a proposé d'interposer des corps plus ou moins durs entre les dents ; mais tous ils ont l'inconvénient, ou d'être trop durs et de briser les dents, ou d'être trop mous et de se laisser couper par elles. Il vaut mieux repousser doucement la langue avec les doigts, ce qui se peut faire facilement sans danger, grâce à la lenteur avec laquelle les mâchoires se rapprochent. Dans la période de stupeur, on doit surtout insister sur les rubéfiants, les épispastiques, appliqués aux extrémités.

2° *Diagnostic et terminaison des thrombus ou tumeurs sanguines*

*de la vulve.*  
*Diagnostic.* — Le thrombus de la vulve se présente sous la forme d'une tumeur mal circonscrite, se perdant souvent dans une ecchymose qui s'étend sous la fesse et dans le vagin. Son siège ordinaire est dans la petite ou la grande lèvre, et souvent dans toutes deux. Sa consistance est ou dure et rénitente, sans fluctuation, ou avec une fluctuation bornée au sommet de la tumeur, sa base restant dure. Sa

grosseur, ordinairement considérable, peut varier de celle d'un œuf de poule à celle d'une tête d'enfant. Il peut quelquefois être très-étendu dans le bassin. Dans son mémoire, M. Deneux cite un cas où on a tiré jusqu'à vingt onces de sang d'une pareille tumeur. Il se forme rapidement sous l'influence d'une commotion indirecte, ou par une contusion directe; on n'y sent point de battements isochrones à ceux du poulx; il est très-douloureux par la pression et dans les mouvements de la cuisse. La peau, ordinairement bleue ou violette, peut cependant n'avoir pas changé de couleur; elle n'est par conséquent ni rouge, ni plus chaude qu'à l'ordinaire. Il suffit, pour établir son diagnostic, d'énumérer les différences que les autres tumeurs de la vulve peuvent présenter.

Les tumeurs variqueuses, ordinairement petites par rapport à celle-ci, sont inégales, molles, sans fluctuation ni rénitence, pouvant se vider en partie par la pression, et se remplir aussitôt qu'elle cesse: elles se forment très-lentement.

La hernie est molle et non fluctuante, réductible sans changement de couleur à la peau, se tendant dans les efforts de toux. Sa base est dans l'aîne ou au-dessus du pubis.

Dans le phlegmon de la grande lèvre, la tumeur dépasse rarement la grosseur d'un œuf de poule; elle est toujours rénitente; la peau est rouge et chaude; la maladie survient moins rapidement que le thrombus.

L'abcès de la grande lèvre se forme très-lentement, et remonte ordinairement à une maladie antérieure; rarement aussi volumineux que le thrombus, il offre une fluctuation égale dans tous les points.

Dans l'œdème de la vulve, la tumeur est transparente, bien circonscrite; la fluctuation bien manifeste et totale.

*Terminaison.* — Le thrombus de la vulve peut se terminer par une hémorrhagie mortelle, ainsi que M. Deneux, dans un mémoire sur ce sujet, en offre des exemples assez nombreux. Cette hémorrhagie peut se faire toute intérieurement, la tumeur se prolongeant alors dans le bassin, ou à l'extérieur par sa rupture spontanée: ce cas est heureu-

sement le plus rare. Il arrive plus souvent que l'hémorrhagie cesse d'elle-même, avant la rupture de la tumeur; alors celle-ci peut se terminer de trois façons, par résolution, par suppuration et par gangrène. La résolution ne s'opère que quand la tumeur est petite, sans fluctuation bien marquée; elle se fait lentement, et le sang est absorbé graduellement pendant que la peau prend successivement les mêmes teintes que dans une ecchymose en voie de guérison. La terminaison par la suppuration est la plus commune, soit que la tumeur s'ouvre spontanément, ou par le secours de l'art, soit qu'elle reste fermée et se transforme alors en un véritable abcès, dans lequel le sang se mêle au pus et se décompose. Les effets de la suppuration varient selon l'étendue du foyer; ainsi, quand il communique avec le tissu cellulaire du bassin, il n'est pas rare de lui voir succéder une fistule qui persiste plus ou moins longtemps et peut même amener la mort par résorption purulente; mais le plus ordinairement, après un temps variable, la surface du foyer se couvre de bourgeons charnus de bonne nature, et la cicatrisation s'opère. La terminaison par gangrène est rare; elle a lieu quand les téguments, énormément distendus par le sang, se sphacèlent en quelques points pour donner issue au liquide; alors la tumeur se vide, et la maladie se termine par suppuration. Il arrive que le sphacèle atteint les parois du vagin et devient ainsi cause de fistules vésico et recto-vaginales.

---

III.

*Comment reconnaître si le lait a été falsifié par de l'eau, par de la farine ou par des jaunes d'œufs.*

Le lait constitue une émulsion d'une densité de 1,030, formée d'un liquide sucré et alcalin tenant en dissolution un corps gras, le beurre ou la crème, et une matière albumineuse, le caséum. L'addition de l'eau à ce liquide a pour résultat de diminuer sa densité et la quantité proportionnelle de caséum et de beurre qu'il contient. C'est sur ces

trois faits qu'on s'est fondé pour chercher à reconnaître la falsification du lait par l'eau. Ainsi, on a voulu se servir de l'aréomètre pour apprécier sa densité; mais on en sentira l'insuffisance si l'on considère que le beurre, qui contribue pour beaucoup à la richesse du lait, tend à diminuer sa densité; que, d'autre part, la différence de cette densité à celle de l'eau est si minime, qu'il faut au moins un tiers ou un quart d'eau dans un mélange pour qu'elle devienne seulement appréciable. Banks, pour mesurer la quantité de crème contenue dans ce liquide, et faire apprécier ainsi le degré du mélange d'eau qui aurait pu être fait, avait proposé une éprouvette à pied, graduée en centièmes à son extrémité supérieure où se fait le dépôt de la crème. Mais ce moyen est tout aussi inutile que l'autre; car, d'après les recherches de M. Lassaigne, faites sur une vache nourrie de la même manière pendant deux mois, et dont il examinait le lait tous les dix jours, la première épreuve ayant commencé quinze jours avant le commencement de l'alimentation, la quantité de crème a été de 122, 112, 62, 105 et 57 millièmes. On voit qu'avec une pareille variation il devient impossible d'apprécier la quantité d'eau mélangée au lait.

D'après M. Barruel, la proportion de caséum serait moins susceptible de varier. Elle s'élève toujours à peu près à un dixième, en sorte qu'en partant de cette donnée il est toujours facile d'apprécier la falsification, par la diminution de la proportion de caillot fourni par du lait écrémé traité par un acide. Cet auteur a expérimenté que cette diminution était toujours en raison directe et constante de la quantité d'eau ajoutée.

Le même moyen servirait à reconnaître la falsification par le jaune d'œuf; car celui-ci ne pourrait être mêlé au lait qu'avec une grande quantité d'eau qu'il aurait pour but de blanchir, et n'augmenterait pas sensiblement le caillot, d'autant mieux qu'un pareil mélange ne pourrait se faire qu'avec peu de jaune d'œuf, à cause de la matière colorante de celui-ci. Le caillot du lait ainsi falsifié est plus mou et plus visqueux que celui du lait pur. Abandonné à lui-même, au bout de cinq ou six heures, il ne tarde pas à se former un dépôt visqueux au fond du

vase, pendant que la putréfaction rapide du jaune d'œuf dégage une odeur d'hydrogène sulfuré très caractéristique.

La farine communiquée au lait une âpreté qui ne lui est pas ordinaire; quand on la soupçonne mélangée à ce liquide, il suffit de précipiter le caséum par un acide; la farine reste dans le petit-lait où la teinture d'iode en trahit le moindre vestige par une belle couleur violette.

IV.

*Des os qui sont le plus disposés à contracter des soudures séniles.*

1° Le dépôt de phosphate calcaire qui se fait normalement dans les tissus pendant toute la vie, n'est pas contre-balancé par une résorption équivalente; en sorte que la quantité de ce sel augmente avec l'âge dans chaque individu.

2° Le tissu essentiellement prédisposé à être le siège de ce dépôt est le cartilagineux; après lui viennent les ligaments qui s'en rapprochent le plus, puis le reste des ligaments articulaires, puis le tissu fibreux jaune élastique, puis le reste du tissu fibreux.

3° Les os sont d'autant plus sujets à se souder par les progrès de l'âge que les mouvements qu'ils exécutent sont moins étendus et moins nombreux, et que leurs moyens d'union se rapprochent davantage du tissu cartilagineux. Sous ce double rapport, on pourrait ainsi classer dans l'ordre de leur fréquence de soudure: 1° les os de la base du crâne; 2° les os de la mâchoire supérieure; 3° les os de la voûte du crâne; 4° le sacrum et le coccyx entre eux; 5° les vertèbres; 6° les os coxaux.

4° Le rhumatisme et la goutte prédisposent à ces soudures.

