

**REVUE**  
**PHOTOGRAPHIQUE**

**DES HOPITAUX DE PARIS**

**BULLETIN MÉDICAL**

PUBLIÉ PAR

**BOURNEVILLE & A. DE MONTMÉJA**

**TROISIÈME ANNÉE**

**PARIS**

**ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR**

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1871

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX DE PARIS

---

## CLINIQUE CHIRURGICALE

---

### DE L'INFLAMMATION PRIMITIVE AIGÜE DE LA MOELLE DES OS (MÉDULLITE AIGÜE)

PAR CULOT, INTERNE LES HOPITAUX DE PARIS.

J'ai beaucoup hésité avant de donner un nom nouveau à une maladie qui en a déjà tant subi. — J'aurais pu choisir entre *périostite aiguë*, — *suppurée*, — *phlegmoneuse*, — *phlegmoneuse diffuse*, — *phlegmoneuse aiguë*, — *nécrose aiguë*, — *osteite épiphysaire aiguë des adolescents*, — *ostéopériostite juxta-épiphysaire*, — *décollement des épiphyses*, — *abcès sous-périostiques aigus*, — *ostéomyélite*, — *typhus des membres*, — *inflammation pseudo-rhumatismale des os et des articulations chez les enfants*, — mais le choix était difficile. Toutes ces dénominations, en effet, s'appliquent à des variétés de la maladie, aucune ne la comprend tout entière.

J'ai cru devoir m'arrêter à un nom plus général qui comprit les précédents, tout en indiquant plus nettement le siège anatomique de la maladie.

J'ai suivi dans cette étude l'ordre généralement adopté dans les descriptions pathologiques, — historique, — anatomie pathologique, étiologie, symptômes, — marche, — durée, — terminaisons, — diagnostic, — pronostic, — enfin traitement. — J'ai cru devoir rappeler rapidement, avant d'entrer dans mon sujet, quelles étaient les parties constituantes de l'os.

APERÇU ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE ET RÔLE PATHOLOGIQUE DES DIVERSES PARTIES CONSTITUANTES DE L'OS.

Si nous pratiquons la section verticale d'un os long adulte ayant longtemps macéré et que nous examinons les diverses parties que

présente cette coupe, nous trouvons un étui solide, dur, le tissu compacte ; tissu compacte creusé d'une foule de petits canaux anastomosés en mailles longitudinales et dont les plus externes s'ouvrent librement à la surface externe de l'os, les internes aboutissant à sa face profonde. Aux extrémités osseuses, l'aspect se modifie, le tissu devient moins dense : les canaux se sont élargis aux dépens des parties dures.

Plus nous approchons de l'*épiphyse*, plus l'espace rempli par les canaux tend à grandir, plus s'amoindrit le tissu osseux. — Les rapports sont bientôt égaux, mais grandissant toujours ; les canalicules deviennent dominants en perdant leur aspect primitif, et le tissu osseux, réduit à de simples lamelles et trabécules, ne forme plus que de minces cloisons séparant les canaux ; — c'est le tissu spongieux.

Au-dessous de l'*épiphyse*, au sommet de la cavité centrale de l'os et quelquefois sur toute la paroi de cette cavité, les trabécules sont plus petites encore, plus ténues que dans l'*épiphyse* : c'est une véritable dentelle. Elles disparaissent tout à fait au centre de l'os, n'y laissant que leurs canaux fusionnés et forment le canal central ou médullaire de l'os.

Telle est la disposition sommaire, mais exacte, du tissu osseux. L'étude de son développement nous montre la même série de transformations. — Compacte à son origine et pourvu de rares canalicules, l'os, à mesure qu'il se développe, subit cette modification par prédominance des canalicules et se transforme en tissu spongieux, puis réticulaire, pour disparaître tout à fait dans les parties les plus centrales.

Ce processus physiologique si simple se montre encore dans les cas pathologiques, et l'ostéite raréfiante se manifeste par la tendance des canalicules à devenir dominants.

Sur un os frais, tous ces canaux, ces aréoles, la cavité centrale de l'os sont remplis. Ce sont tout d'abord les vaisseaux artériels et veineux.

De ces vaisseaux, les uns très-nombreux proviennent du périoste ou y aboutissent ; d'autres résultent des divisions successives d'un tronc, généralement unique, quelquefois double et plus ou moins volumineux, l'artère nourricière de l'os. Enfin aux *épiphyses*, dans les os courts ou plats, on en rencontre encore traversant le périoste et plus volumineux que ceux tamisés par ce dernier avant d'aboutir aux *diaphyses*.

L'immense majorité de ces vaisseaux remplit fort incomplètement les canaux par lesquels ils passent ; tels sont tous ceux des diaphyses et la plupart de ceux des épiphyses. Quelques-uns toutefois, des veines, les remplissent complètement et le tissu osseux semble leur faire une tunique supplémentaire. On les trouve aux épiphyses, aux os courts et plats, surtout aux vertèbres. Ce sont de véritables sinus veineux, incapables de s'affaisser et jouant peut-être un rôle pathologique de quelque importance.

A part ces quelques exceptions, les vaisseaux traversent les canaux de Havers, en laissant à leur pourtour un espace libre rempli de substance demi-molle, dans laquelle ils baignent complètement. Après s'être anastomosés, divers de ces vaisseaux arrivent à la face interne de l'os, où ils forment un nouveau réseau très-riche.

On peut donc établir que le plus grand nombre des vaisseaux n'ont jamais de rapport intime avec le tissu osseux proprement dit. Partout ils baignent dans une substance particulière demi-molle, qui leur forme une véritable atmosphère et par l'intermédiaire de laquelle s'accomplissent nécessairement la nutrition des os et les modifications pathologiques qui y peuvent survenir.

Ce milieu des vaisseaux osseux, c'est la moelle, dont le siège n'est pas là seulement où on la décrivait, il y a encore quelques années, c'est-à-dire dans la cavité centrale des os longs et dans les aréoles du tissu spongieux, mais encore dans les canaux de Havers et dans cette couche sous-périostique dite ostéoïde par M. Robin, et qui est une véritable moelle externe. Le tissu médullaire, comme l'a démontré M. Ranvier, forme pour le même os un tout continu qui le baigne complètement.

Il nous reste, pour avoir donné une idée générale du système osseux, à parler de la membrane qui l'enveloppe, — le *périoste*. — Le périoste, rangé parmi les tissus fibreux, bien que la nature de ses fibres, leur mode d'entre-croisement, sa vascularité le rapprochent plus des lamineux (Robin), forme enveloppe à la plus grande partie de la surface de l'os.

Sa vascularité, son épaisseur, ses adhérences avec le tissu osseux proprement dit, subissent des variations assez considérables suivant l'âge et le lieu où on l'examine. Les enfants ont un périoste très-riche en vaisseaux, épais, peu adhérent ; les os superficiels en sont mieux recouverts que les profonds, les épiphyses que les diaphyses.

Sa structure est fort simple : tissu fibreux et tissu élastique y concourent, ce dernier peu abondant dans les couches superficielles

est très-répandu dans la profonde, où il forme souvent presque une membrane. De nombreux *vaisseaux artériels et veineux* y aboutissent, mais la plupart ne font que se ramifier dans la couche externe, se préparer en quelque sorte pour pénétrer en chevelu plus profondément. Les *lymphatiques* de la moelle, tissu osseux et périoste rendus évidents par les faits pathologiques, n'ont pas été anatomiquement démontrés. Les nerfs suivent les vaisseaux.

Si, partant de cette étude succincte de l'os, nous cherchons quelle part peut revenir à chacune de ses parties constituantes, tissu osseux, médullaire et périoste, dans les inflammations décrites sous les noms si divers d'abcès sous-périostique, ostéomyélite, nécrose aiguë *d*, nous trouvons que le périoste et le tissu osseux, *victimes* toujours de ces maladies, n'en sont jamais les producteurs, et que la moelle seule peut être primitivement mise en cause,

Le périoste d'abord. Je n'ai pas à faire son procès, mais il faut bien reconnaître cependant qu'il a toujours, ou à peu près, vécu sur ses voisins. Il a profité de ses qualités physiques, qui le rendaient fort apparent pour attirer à lui tout l'honneur d'un grand rôle physiologique et pathologique qu'il n'a jamais pu remplir. — Voisin par sa face interne d'une petite couche très-active, très-productive, très-irritable, il s'est laissé attribuer tout le travail et les qualités de cette dernière. Il a passé pour un régénérateur des os, — on a même cru que, grâce à lui, on ferait de l'os partout où l'on voudrait. — Son inflammation a été redoutée à l'égal des plus graves.

Bichat, l'un des premiers, lui dénia résolûment ces rôles empruntés. M. Robin, à notre époque, montre cette couche ostéoïde aux dépens de laquelle le périoste usurpait sa réputation, et M. Ollier, grand admirateur cependant de cette membrane, a montré que, réduit à lui-même, privé par le raclage de la petite couche ostéoïde qu'il retenait à lui, le périoste n'était plus capable de remplir ses grandes fonctions. M. Ranvier, plus récemment, lui a fait aussi montrer ses titres, et, d'expériences très-bien faites, a conclu que le périoste était une membrane très-peu active, dont il ne fallait ni craindre, ni espérer grand'chose.

Il ne faudrait pas cependant, dans cette réaction, dépasser le but.

Le périoste n'est pas seulement « la membrane pauvre en vaisseaux, blanche, mince, d'un brillant pareil à celui des tendons, qui constitue l'enveloppe immédiate des os, ce n'est là qu'une partie du périoste et encore la partie qui est au point de vue pathologique d'une importance secondaire. Sur cette couche interne... est superposée

une couche de tissu cellulaire lâche, qui également doit être considéré comme faisant encore partie du périoste. Cette couche externe est le siège le plus fréquent des processus inflammatoires primitifs, aussi bien aigus que chroniques. (Billroth.) » Mais dans ces cas la périostite est externe; c'est un petit phlegmon qui peut, à la rigueur, agir sur la couche ostéoïde, ou moelle externe, à travers la partie la plus profonde du périoste, ou en détruisant cette dernière; mais tels ne sont pas les cas de périostites généralement décrites, et nous parlons ici des faits communs.

Si le périoste n'a rien à faire avec l'origine des maladies qui nous occupent, le tissu osseux en est-il responsable? Je ne le crois pas et ne le comprendrais guère. Le tissu osseux, ce sont les colonnettes du compacte, les trabécules du spongieux; comment pourraient-ils s'enflammer? Entouré partout du tissu médullaire qui lui sert d'intermédiaire dans tous ses actes nutritifs, qui partout le sépare des vaisseaux, il n'a pas le droit d'initiative; il subira les influences du tissu médullaire, mais ne pourra jamais lui imposer les siennes.

Toute inflammation est nécessairement précédée d'un trouble nutritif qui ramène les éléments à leur condition première. Comment l'os pourrait-il, alors que la moelle serait saine, remplir ces conditions? Le tissu osseux est donc atteint secondairement dans toutes ses maladies. Un trouble, une altération de la moelle a toujours précédé.

Il ne nous reste donc que le tissu médullaire pour supporter la responsabilité de ces inflammations. Or le tissu médullaire, partie essentiellement vivante, partout répandue, ne pouvait récuser théoriquement ce rôle, et, le pût-elle, les faits anatomiquement et physiologiquement étudiés le condamneraient. Excitons un os en effet par un coup, une piqûre, un écrasement, une brûlure, et bientôt, examinant la façon dont il réagit, nous verrons les éléments médullaires sous-périostiques proliférer: médulloccèles, myélopaxes, cellules fusiformes et même adipeuses se multiplient. Mais, se multipliant, elles ont besoin d'un espace plus grand, et, parties molles, elles agissent sur le dur tissu osseux, qu'elles érodent. Les canalicules augmentent de diamètre, les trabécules s'amincissent, disparaissent, — et les corpuscules osseux, devenus libres par la disparition de la substance qui les tenait prisonniers, évoluent à leur tour et prennent part au développement, à la multiplication qui se montre partout.

Dans ce mouvement formateur, naissent des cellules plus ou

moins *viabiles*, et nous verrons ainsi survenir, suivant les circonstances originelles, ici du pus, et là de nouvelles formations osseuses ou du moins en voie de développement.

Sans insister davantage sur ces faits, que les travaux modernes, surtout ceux de M. Ranvier, ont rendus incontestables, je crois qu'ils suffiront pour justifier le nom d'*Inflammation aiguë primitive de la moelle des os*, que j'ai cru devoir donner à mon travail.

#### HISTORIQUE

L'étude des maladies aiguës des os ne remonte pas à une époque bien éloignée de nous. Boerhaave, dans ses *Aphorismes*, commentés par van Swieten, semble les signaler le premier. — Wiedmann, en 1795, en dit quelques mots, bien qu'il insiste surtout sur la nécrose qui suit la maladie. — Crampton, le premier, parle de périostite (1818). — Everard Home, Usker Pearsons, Wiers publient des observations de périostite suppurée. — Boyer établit des degrés dans la rapidité de production des nécroses : « Elle est aiguë ou chronique ; la première, produite le plus ordinairement par des causes extérieures violentes, est beaucoup plus grave et s'accompagne bien plus souvent des symptômes colliquatifs dont nous avons parlé. » Il décrit aussi la terminaison des gommages par suppuration et nécrose. — Roux considère le phlegmon diffus profond comme pouvant résulter d'une périostite. — Graves, en 1835, décrit une forme de périostite circonscrite. — Rognetta, en 1855, distingue une périostite diffuse et une périostite limitée, mais n'insiste que sur cette dernière, dont il emprunte des observations à Crampton. — Lobstein avait décrit déjà trois degrés de l'inflammation périostique.

En 1859, paraît dans les *Archives de médecine* un extrait d'un mémoire de Morven-Smith avec quatre observations d'*abcès sous-périostiques aigus et ostéomyélite*. — M. Maisonneuve fait une Thèse d'agrégation sur les maladies du périoste et résume l'état de la science.

Bérard, dans le *Dictionnaire en 50 volumes*, signale plusieurs cas de périostite suppurée avec phénomènes généraux graves ; le premier, il note la péricardite et s'appuie sur elle pour admettre la nature quelquefois rhumatismale de la maladie.

Nélaton se borne à dire qu'on serait dans l'erreur si l'on pensait que l'ostéite présente toujours ce caractère de chronicité sur lequel ont tant insisté les auteurs.

En 1855, paraît dans les *Archives* le mémoire de Gerdy sur la *périostite et la médullite*, où il signale la possibilité de la suppuration

et l'apparition de symptômes généraux graves. La même année, à Strasbourg, Schutzenberger signale une forme de périostite qu'il décrit sous le nom de périostite rhumatismale. Hecht, son aide de clinique, publie avec commentaires une observation à l'appui. Krug-Bass, 1853, Wormser, 1855, traitent le même sujet et apportent quelques faits. — Schutzenberger, en 1856, modifiant ses idées, décrit la périostite phlegmoneuse. — Boeckel, en 1858, établit, sous ce nom, qu'il existe une périostite idiopathique, résultant d'une cause interne occasionnelle et ayant de la tendance à attaquer plusieurs os du squelette à la fois. Il admet que cette cause est probablement de nature rhumatismale et que son effet s'épuise rarement sur l'endroit primitivement affecté. — Hédoin publiait sa thèse la même année sans rien apporter de nouveau.

La question était aussi étudiée à Paris. M. Chassaignac, en 1853, se fondant sur de nombreuses observations, en fait une étude très-complète : « J'appelle abcès sous-périostiques aigus, dit-il, ces collections purulentes quelquefois considérables qui, s'accompagnant de symptômes généralement graves, se forment entre l'os et le périoste, dans l'espace de quelques jours ou tout au plus de quelques septénaires. » Il distingue des abcès consécutifs aux fièvres typhoïde, scarlatine, variole, dont Morgagni, Poupert, Duverney, Reyhell avaient publié des observations ; il n'admet pas la nature rhumatismale de la maladie, mais reconnaît l'influence du froid local sur son développement. Il dit que, dans les cas où il existait des lésions viscérales, elles n'étaient autres que des lésions propres à l'infection purulente. Un peu plus tard, il décrit l'ostéomyélite, dont il fait une maladie indépendante, quoique intimement liée aux abcès sous-périostiques qui la compliquent. Réunissant à ces deux formes le phlegmon diffus et certains cas d'érysipèle, de phlébites graves, il forme un groupe morbide auquel il donne le nom caractéristique de *typhus des membres*. Toutes ces idées furent reproduites et appuyées de nouvelles observations dans son *Traité de la suppuration* (1859).

M. Gosselin avait, de son côté et dès 1857, observé une forme très-intéressante de la maladie. A l'occasion d'un mémoire de Klose, analysé dans les *Archives* de 1858, mémoire dans lequel cet auteur, se fondant sur treize observations, décrit le décollement des épiphyses, M. Gosselin publia ses opinions, les appuyant de trois faits bien observés. Pour Klose, il y a suppuration profonde de l'os, méningo-ostéo-phlébite des os longs, empruntant une physionomie

particulière à l'âge des malades. M. Gosselin cherche à établir que c'est une maladie propre aux adolescents, siégeant constamment aux extrémités épiphysaires et envahissant les articulations. Il l'appelle ostéite épiphysaire aiguë suppurée et l'oppose à une forme chronique.

La question se limitait beaucoup et ces deux auteurs, abusés par les formes qu'ils avaient pu observer, concluaient sur un point spécial de la maladie. Leurs conclusions étaient bien déduites, mais ne pouvaient s'appliquer qu'aux cas semblables.

M. Gamet, élève d'Ollier, reste sur ce terrain et décrit la maladie sous le nom d'ostéo périostite juxta-épiphysaire. Comme Klose, il place le travail morbide vers l'extrémité diaphysaire.

La question était reportée à sa vraie place par M. Giraldès, qui dans une Leçon publiée par Bourneville (*Gazette des hôpitaux*, 1862), trace un tableau fidèle et complet de la maladie. L'historique et la critique, les symptômes, la marche, les indications thérapeutiques, tout s'y trouve, et décrit avec une précision, une netteté telles, qu'il ne reste guère à y ajouter. L'étude clinique est complète. Dans ses Leçons ultérieures<sup>1</sup>, M. Giraldès n'a eu qu'à répéter ce qu'il avait dit en 1862. Les faits nouveaux observés avaient sanctionné l'exactitude de la description première. Toutefois il tend à admettre la nature presque rhumatismale de la maladie, et c'est cette seule de ses opinions que nous aurons à discuter.

En 1862, nous trouvons également la thèse d'Augé, excellent travail qui donne une idée exacte et complète de la maladie.

La question était, du reste, à l'ordre du jour, et des observations nombreuses étaient présentées à la *Société anatomique*, à la *Société de chirurgie*. On trouvera à notre article Bibliographie les noms de leurs auteurs.

À l'étranger, Frank, Fischer, Demme, Studsgaard apportaient leur contingent. Curling publiait deux Observations. Holmes faisait connaître un Fait de *périostite aiguë* simplement inflammatoire, et, avec une audace que le succès vint justifier, il enlevait la diaphyse entière d'un tibia nécrosé, sans attendre que cette élimination fût préparée par un travail naturel. Stone donnait trois observations très-complètes et très-intéressantes de nécrose aiguë, suivie de pyohémie.

<sup>1</sup> Voy. *Mouvement médical*, 1865, et *Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants*, recueillies par Bourneville, E. Bourgeois et G. Bouteillier, 1869-70, pages 588, 687 et 781.

## ÉTUDE SUR LES ARTHROPATHIES.

Plus près de nous, nous trouvons deux Mémoires très-importants l'un dû à Roser (1865), l'autre à Boeckel (1869); l'excellente Thèse de Louvet (1867), celle de Droin sur l'ostéopériostite, et de Martin, sur la périostite phlegmoneuse aiguë, et un excellent article du *Traité de pathologie externe* de Follin.

Si, après ce rapide examen des travaux antérieurs, nous en recherchons un peu l'esprit, nous trouvons assez nettement marquées deux périodes. Dans la première qui s'étend jusqu'à M. Chassaignac, les auteurs ont déjà observé deux séries de faits : les uns sont des cas bénins, des abcès qui n'ont de particulier que leur siège ; les autres s'accompagnent d'accidents généraux très-graves, mais ils sont rares ; on ne les interprète, ni ne les publie. La question est obscure et attend.

M. Chassaignac apporte de très-nombreux faits bien observés, bien étudiés. Il reste sagement dans le domaine pratique.

Mais la question était posée. Il fallait interpréter ces faits si graves, si singuliers. Une deuxième période commence, celle des explications, sous laquelle nous vivons encore. On veut isoler absolument ces cas des autres maladies aiguës des os ; on en veut faire un état morbide à part, ayant ses caractères propres, sa cause spéciale, sa symptomatologie, une entité morbide distincte, tout comme la fièvre typhoïde, la coqueluche, les fièvres éruptives, etc. Telle est la voie suivie depuis 1853. Est-elle bonne, est-elle mauvaise ? Je crois n'y devoir pas persister et j'en donnerai les raisons par la suite.

— La suite prochainement. —

---

## PATHOLOGIE

---

### ÉTUDE SUR LES ARTHROPATHIES CONSÉCUTIVES A QUELQUES MALADIES DE LA MOELLE ET DU CERVEAU

PAR BOURNEVILLE <sup>1</sup>

— SUITE —

#### I. ARTHROPATHIES QUI S'OBSERVENT DANS LE COURS DE LA SCLÉROSE DES CORDONS POSTÉRIEURS DE LA MOELLE (*suite*).

Les deux observations qui précèdent nous fournissent des renseignements précieux sur la *période d'état* des arthropathies. Nous

<sup>1</sup> Voir *Revue photographique*, 1870, pages 193 et 229.

voyons que la jointure affectée est déformée, d'une part, à cause de l'augmentation de la synovie, plus ou moins altérée d'ailleurs ; de l'autre, par le déplacement des surfaces articulaires. Ce dernier varie beaucoup selon la jointure que l'on considère.

Chez la première malade, il y a une luxation sous-épineuse de l'épaule droite ; cette luxation est complète et il est très-facile d'imprimer, sans douleurs, des mouvements très-variés à la fausse articulation. La réduction, possible pendant longtemps, ne l'est plus qu'avec peine aujourd'hui.

Chez la seconde malade, on remarque, à droite, une luxation incomplète du tibia en arrière et un peu en dedans ; à gauche, une luxation incomplète en arrière et en dehors, plus prononcée qu'à droite.

La configuration des extrémités articulaires, autant que le palper permet de la reconnaître, est modifiée d'une façon considérable, surtout dans le premier cas où l'usure de la tête de l'humérus et de la cavité glénoïde nous semble hors de doute. Il n'en serait pas tout à fait de même dans le second cas : en effet, la rotule a plutôt un volume exagéré et les condyles du fémur, aussi bien que les tubérosités du tibia, ne paraissent pas usées à un haut degré.

Outre ces symptômes, on note des craquements dus au frottement l'une contre l'autre, soit des surfaces articulaires, devenues rugueuses (OBS. I), soit de ces surfaces contre les corps étrangers (OBS., II). La peau conserve son aspect ordinaire ; le plus souvent les veines sous-cutanées ne sont pas dilatées ; les jointures occupées par ces arthropathies ne sont le siège d'aucune douleur spontanée, et les mouvements même sont indolores. Ces derniers symptômes sont parfaitement nets chez notre première malade qui, pour nous, offre un type plus vrai de l'arthropathie des ataxiques que la deuxième.

Une fois parvenue à cette période, l'arthropathie ne se modifie guère : les symptômes que nous avons indiqués s'accroissent de plus en plus, et c'est à peu près tout, jusqu'à ce qu'une cause accidentelle mette un terme à l'existence. Il ne nous reste donc plus qu'à décrire les *lésions anatomo-pathologiques*. Deux autopsies nous fournissent, pour cet objet, des éléments importants : 1° celle de la malade dont nous avons consigné l'observation dans le précédent numéro ; 2° celle d'une femme que nous avons observée en 1868.

OBSERVATION II. — *Ataxie locomotrice progressive datant de huit*

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX



Planche I.

## ARTHROPATHIE DU GENOU

CHEZ UNE ATAXIQUE (*Lésions anatomiques*)

à dix ans. — Crises gastriques. — Arthropathie des deux genoux, avec hydarthrose énorme et jambe de Polichinelle des deux côtés (période de déformation). — Entérite. — Eschare du sacrum. — Œdème des membres inférieurs, etc. — Mort. — Résultats nécroscopiques (Fin).

La diarrhée a continué ; l'eschare s'est un peu agrandie et la malade est morte après avoir eu du délire pendant les deux derniers jours.

*Autopsie le 25 mars 1871* <sup>1</sup>. Les cordons postérieurs de la moelle sont atteints de sclérose dans toute leur hauteur.

*Genou gauche.* Lorsque les téguments et les insertions musculaires sont détachés, on voit que la capsule articulaire est considérablement épaissie et qu'elle constitue une espèce de grande poche où l'on sent des frottements semblables à ceux que l'on percevrait si l'on agitait un sac de noix.

Une incision semi-lunaire, faite au-dessus de la rotule et sur ses bords de façon à la rabattre sur la tubérosité antérieure du tibia, donne issue à une assez grande quantité d'un liquide visqueux, assez consistant, de couleur jaunâtre. La synoviale et les tissus fibreux réunis, ont plus d'un centimètre d'épaisseur. Il n'y a pas d'injection de la synoviale qui, au contraire, est pâle. De la face interne de cette membrane naît une foule de prolongements qui, eux, sont assez vasculaires et revêtent les pédicules d'autant de corps étrangers. Nous allons énumérer les principaux d'entre ceux que l'on voit lorsque la jointure est dans la position indiquée plus haut (voy. PLANCHE I).

1° Un groupe de trois corps supportés par un pédicule commun d'où partent trois prolongements secondaires ; ces corps, de la grosseur d'une noix, sont placés dans la portion interne du repli supérieur de la synoviale, un peu au-dessus du bord supérieur du condyle interne ;

2° Plusieurs autres corps du volume d'un pois, immédiatement au-dessus de la poulie articulaire ;

3° Un corps étranger, ayant la forme d'une pyramide triangulaire, long de deux centimètres et demi, haut de deux centimètres, épais d'un centimètre et demi, est attaché à la partie supérieure du

<sup>1</sup> Voici l'état des viscères : plusieurs petits tubercules, presque crétacés, au sommet du *poumon gauche* ; pas d'autres lésions pulmonaires. — *Cœur*, rien. — *Foie*, sain ; un *calcul*. — *Reins*, anémie assez prononcée de la substance corticale. — *Muqueuse vésicale*, arborisations, quelques petites plaques noirâtres.

bord externe du condyle externe du fémur, par un pédicule court, épais et large ;

4° Entre le condyle externe et la tubérosité externe du tibia, deux corps étrangers gros l'un comme un haricot, l'autre comme une praline, sont accolés et supportés par le même pédicule, lequel a deux centimètres de longueur et cinq millimètres d'épaisseur ;

5° Dans le repli de la synoviale situé au-dessous du bord externe de la tubérosité externe du tibia, existe une sorte de nid où il y a trois corps étrangers volumineux ; l'un d'eux, revêtu par la synoviale, fait saillie sous forme de mamelon cylindrique ;

6° Sur le côté externe de la rotule, corps étranger ayant l'aspect d'une plaque osseuse, très-irrégulière, mesurant deux centimètres de longueur sur un et demi de largeur et cinq millimètres d'épaisseur. Il est possible de passer le doigt entre cette plaque et la synoviale pariétale qui lui envoie une dizaine de liens plus ou moins allongés ; de là résulte, pour ce fragment de la jointure, une configuration assez curieuse.

Les ligaments périarticulaires sont tous hypertrophiés, blancs, mollasses. Les *ligaments croisés* ont les mêmes caractères, et sont, en outre, fongueux.

Toutes les lésions que nous venons d'exposer sont figurées sur la PLANCHE I, où il est facile de voir presque tous les corps étrangers précédemment énumérés.

*Extrémité inférieure du fémur.* Il n'y a pas, à proprement parler, de bourrelets osseux sur les contours des surfaces articulaires, *ni d'usure véritable des os*. En revanche, le cartilage qui revêt les condyles est détruit d'une manière complète en beaucoup d'endroits, incomplète en quelques autres.

L'usure intéresse principalement le cartilage du condyle externe. Les parties respectées du cartilage sont blanchâtres. On conçoit sans peine que cette surface articulaire est rugueuse, mamelonnée. (Pl. II, A.)

*Extrémité supérieure du tibia.* Les lésions, en général, sont les mêmes. Les deux tiers externes de la surface articulaire sont creusés en forme de cavité assez profonde, tandis que le tiers interne du condyle interne est sur un plan plus élevé de 14 millimètres. Cela se comprend vite, si l'on se souvient qu'il y avait, durant la vie, une luxation en dehors, et que la jambe était disposée de façon à faire un angle obtus avec la cuisse. Cette luxation avait pour conséquence d'appliquer les deux tiers externes du tibia sur la

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX



Planche II.

**ARTHROPATHIE DU GENOU**

*CHEZ UNE ATAXIQUE (Lésions des os)*

partie correspondante du condyle externe. En résumé, les altérations du tibia sont plus avancées que celles du fémur, l'usure du premier os plus prononcée, sans que le cartilage, toutefois, ait disparu partout; il y a encore de petits îlots cartilagineux assez nombreux. (Pl. II, B.)

*Rotule.* Elle a une configuration anormale, et offre des bourrelets osseux ou cartilagineux disposés en plaques, qui lui sont, pour ainsi dire, surajoutés. Son cartilage est usé à un degré bien moindre que celui du fémur et du tibia. (Pl. II, C.)

*Face postérieure du genou.* Après avoir incisé latéralement à droite et à gauche les tissus périarticulaires entre le fémur et le tibia, nous avons trouvé en arrière de la tête du péroné deux corps étrangers, du volume d'une petite noisette, accolés l'un à l'autre, appendus à la synoviale par un pédicule large et court. Entre eux, il y avait deux autres corps étrangers plus petits. En dedans du groupe qu'ils composent, il y a un corps étranger, libre, ovoïde, mamelonné, ayant 12 millimètres de longueur sur 10 millimètres dans les autres sens. (PLANCHE II, D.)

Enfin, dans la portion de la synoviale et de la capsule répondant à la face postérieure des condyles du fémur, il y avait : 1° un groupe de corps étrangers pédiculés, mesurant 5 centimètres de longueur sur 3 de hauteur et 2 d'épaisseur; ce groupe était disposé obliquement en arrière du condyle externe, et son extrémité inférieure pointait dans la cavité articulaire; 2° une production osseuse, allongée, sinueuse (8 centimètres sur 6 millimètres), et enclavée dans l'épaisseur des tissus; 3° une production cartilagineuse irrégulière, placée en face du condyle interne et vers son bord supérieur. (Pl. II, E.)

*Genou droit.* Les lésions trouvées dans cette jointure étaient les mêmes que les précédentes, mais la destruction des cartilages était un peu moins avancée, et surtout les corps étrangers moins gros. Par contre, il y avait un plus grand nombre de petits corps pédiculés, en forme de grappes.

OBSERVATION III. — *Ataxie locomotrice progressive.* — *Fièvres intermittentes.* — *Chlorose.* — *Douleurs vagues dans la tête.* — *Roideur des pieds.* — *Douleurs des genoux.* — *Faiblesse des jambes.* — *Douleurs fulgurantes.* — *Incoordination des mouvements.* — *Perte de la notion de position.* — *Affaiblissement de la vue.* — *Paralysie des nerfs moteurs à gauche.* — *Douleurs dans les mem-*

*bres supérieurs.* — *Arthropathie de l'épaule gauche.* (Observation personnelle.)

Le B..., Françoise-Victorine, âgée de 49 ans, à son entrée à la Salpêtrière (service de M. CHARCOT), le 1<sup>er</sup> mai 1867, est née à Lorient, où elle est restée jusqu'en 1864. Son père serait mort, il y a dix-huit mois, d'une *attaque apoplectique*. Sa mère aurait succombé, à 45 ans, au moment de la ménopause. De deux sœurs, l'une est morte « de la poitrine » à l'hôpital Necker; l'autre, plus âgée que notre malade, jouit d'une bonne santé. Aucun membre de la famille n'aurait eu d'attaques de nerfs.

Le B... n'aurait eu dans l'enfance ni gourmes, ni accidents convulsifs. Pâles couleurs à 16 ans, puis fièvres intermittentes revenant, au début, tous les deux jours, et plus tard tous les trois jours. Régulée facilement et régulièrement à 17 ans; les règles, peu abondantes, duraient trois à quatre jours, sans douleurs, et n'étaient pas précédées ou suivies de pertes blanches.

Mariée à 21 ans, elle a eu trois enfants. Un seul survit: c'est une fille, âgée de 27 ans, laquelle est bien portante. A partir de son dernier accouchement, qui a été pénible, la malade a éprouvé des douleurs vagues dans la tête: il lui semblait qu'on l'enlevait de terre; cette sensation lui causait des frayeurs et, lorsqu'elle sortait, lui faisait redouter des accidents. Jamais de maladies graves, jamais de rhumatismes. A 59 ans, elle s'est aperçue que les coudes devenaient roides, ce qui rendait la marche plus difficile. Peu après sont apparues des douleurs dans les genoux et de la faiblesse dans les jambes. Bientôt elle ne put marcher que soutenue par les bras (45 ans). Elle est alors entrée à l'hôpital Saint-Louis, d'où elle est sortie, au bout de deux mois, sans amélioration. Vers cette époque sont survenues des douleurs fulgurantes. Elles se montraient par crises, traversaient les genoux, les jambes ou les cuisses « comme des éclairs. » D'un autre côté, elle ressentait dans les pieds des douleurs constrictives: son pied lui semblait pris dans un étou. Ces deux espèces de douleurs, qui existaient aussi bien à droite qu'à gauche, disparaissaient rapidement. D'autres fois, elle éprouvait des douleurs fulgurantes, apparaissant par crises, occupant tantôt toute la jambe, tantôt la cuisse, et persistant, pendant quarante-huit heures, avec des exacerbations.

A 45 ans, la marche était tout à fait impossible. En 1865, Le B... est étonnée en se réveillant de voir qu'elle a une chute de la paupière supérieure gauche, avec strabisme externe; mais, déjà, la

vue s'était affaiblie, bien qu'elle pût lire sans lunettes. Elle n'avait d'ailleurs aucun autre trouble de la vision. A la même date, elle aurait perdu la notion de position des membres inférieurs. Jusqu'à son entrée à la Salpêtrière, la malade, chez elle, restait assise; elle sentait très-bien la résistance du sol; elle n'avait pas de douleurs en ceinture, mais de temps en temps, elle éprouvait dans les côtés du thorax des douleurs « comme si on lui enfonçait une côte. » Ces douleurs, qui s'effaçaient très-vite, « la faisaient sauter. »

Depuis cinq ans environ, la malade déclare avoir fréquemment le bout des doigts comme mort et ne pouvoir saisir les petits objets, une épingle par exemple. Jusqu'en 1867, elle se servait assez bien de ses bras. Les fonctions respiratoires et circulatoires s'accomplissaient normalement. La malade a toujours été maigre; appétit passable, constipation habituelle.

*État actuel, 27 avril 1868.* — Les membres inférieurs sont également amaigris. Incoordination dans les mouvements, pas de notion de position, parfois la malade est obligée de chercher ses jambes et prend la gauche pour la droite. La force musculaire est conservée, un peu moins bien toutefois à gauche.

La sensibilité aux contacts légers est abolie. La sensibilité à la douleur est notablement émoussée; il ne paraît pas y avoir de retard dans la perception. Pince-t-on la malade, elle éprouve plutôt une sensation de chaleur que de souffrance. La sensibilité au froid, loin d'être affaiblie, paraît un peu exagérée. Le B... perçoit le chatouillement à la plante des pieds, bien que cette manœuvre ne détermine que de légers mouvements réflexes. Elle dit avoir souvent des fourmillements, avec sensation de chaleur à la plante des pieds; elle compare ces phénomènes à un bouillonnement. Les membres inférieurs, affectés au même degré, sont encore le siège des douleurs que nous avons mentionnées plus haut. Les crises sont quelquefois assez fortes pour faire pleurer la malade. La *marche* est impossible; les jambes se jettent en dehors, parfois les deux du même côté, d'autres fois elles se croisent. On ne peut réussir, même en soutenant la malade sous les deux épaules, à lui faire exécuter plus de deux ou trois pas. Elle sent le froid et la résistance du pavé de la salle. Assise, il lui est impossible de disposer de ses jambes pour se relever; si on la soulève pour la remettre debout, elle oublie de lâcher les bras du fauteuil.

*Membres supérieurs.* La malade serre assez fortement des deux côtés, un peu plus cependant à droite. Elle mange seule. Incoordi-

nation des mouvements, mais moins prononcée qu'aux membres inférieurs. La notion de position semble conservée; il en est de même de la sensibilité au contact, à la température et au chatouillement. La sensibilité à la douleur est légèrement diminuée. Pas de retard dans la transmission des impressions. Sur le tronc, la sensibilité est normale.

Incontinence d'urine de temps en temps; pour accomplir la miction, Le B... est obligée de faire des efforts; sans cela le jet s'arrête. A part de la constipation, les fonctions digestives s'accomplissent convenablement, la malade a des picotements et des élancements à l'anus et souvent de faux besoins de défécation. Rien du côté des poumons et du cœur. Parfois, bouffées de chaleur à la face. Elle sue un peu des mains et des aisselles.

*L'ouïe*, conservée à droite, est affaiblie à gauche; bourdonnements dans les oreilles, venant à des intervalles plus éloignés qu'autrefois. — Le *goût* et l'*odorat* sont intacts. — La *vue* est diminuée, plus à gauche qu'à droite; à gauche, strabisme externe, chute de la paupière supérieure, que la malade peut néanmoins relever. La pupille droite est légèrement dilatée, la gauche normale; toutes les deux sont peu contractiles. Larmoiement, surtout à gauche, quand la malade lit pendant quelque temps. Parfois diplopie; pas d'autres troubles de la vision. — Point de céphalalgie. Intelligence nette; le caractère n'a pas subi de modification notable.

*Arthropathie; début.* Au commencement du mois de juin 1868, la malade a éprouvé pendant plusieurs jours des douleurs lancinantes dans l'avant-bras gauche. Puis, un matin (9 juin), en se réveillant, elle s'est aperçue que *tout le membre supérieur*, depuis le poignet jusqu'à l'épaule, *était considérablement tuméfié*; la peau était « rouge, comme bronzée. » Au bout de trois jours, le gonflement a disparu à l'avant-bras et au bras: *l'épaule seule est restée volumineuse*. En appuyant la main sur cette articulation et en faisant exécuter des mouvements au bras, on perçoit des craquements.

*Période d'état.* 18 juin. Il existe à la partie antérieure de l'épaule et au-dessous de l'extrémité externe de la clavicule, une tumeur du volume d'une orange, offrant de la fluctuation et paraissant due à une distension de la synoviale. Les craquements persistent.

1<sup>er</sup> juillet. L'épaule gauche est toujours volumineuse. La peau est normale: quelques veines sous-cutanées sont légèrement dilatées. La saillie antérieure est la même. En arrière, il y a un peu d'em-

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX

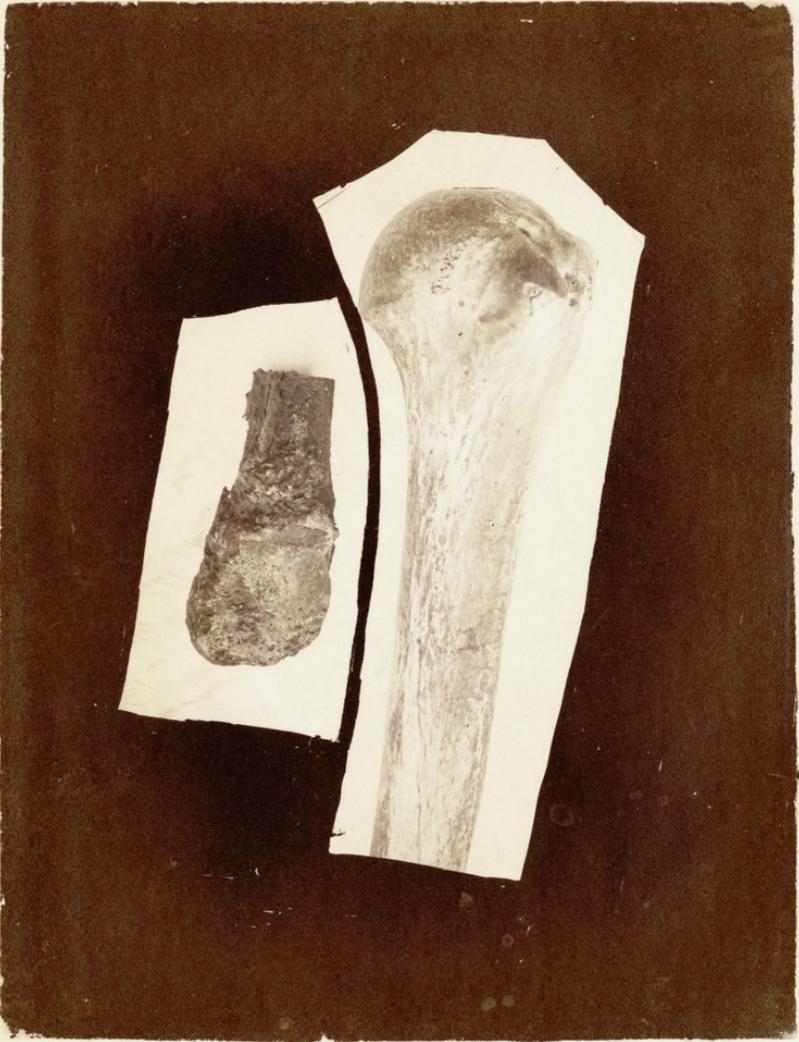


Planche III.

**ARTHROPATHIE DE L'ÉPAULE**

CHEZ UNE ATAXIQUE (*Lésion osseuse*)

pâtement, des craquements, *pas de douleurs*. Rien dans le coude ni dans le poignet gauche, ni dans les jointures du bras droit.

2 août. Cette femme a été prise d'une diarrhée, d'abord peu intense, mais qui n'a pas tardé à prendre une apparence cholérique. Elle a succombé dans un état de cyanose très-prononcé, le 15 août. Peu de jours avant la mort, *l'articulation malade s'était sensiblement dégonflée*.

*Autopsie le 16 août.* La *moelle épinière* offre une atrophie avec dégénération grise très-prononcée des cordons postérieurs dans les régions dorsale et lombaire. La région cervicale est affectée aussi, mais à un moindre degré. Les *racines postérieures* sont atrophiées.

*Épaule.* Le volume de l'articulation était normal. Les tissus péri-articulaires offraient une coloration noirâtre, mais ne présentaient d'ailleurs rien d'anormal. Il existait une bourse synoviale énorme sous le deltoïde; la distension de cette cavité séreuse (qui, du reste, était complètement dégonflée au moment de l'autopsie) avait sans doute beaucoup contribué à la tuméfaction apparente de l'épaule.

La synoviale articulaire, proprement dite, porte les traces d'une distension considérable. A l'ouverture de l'articulation, sa surface interne avait un aspect un peu grisâtre. Elle renfermait un peu de liquide citrin. La synoviale était épaissie, fongueuse, sans traces d'arborisations vasculaires. On voyait quelques concrétions ossiformes dans l'épaisseur de la capsule, mais il n'existait pas de corps étrangers intra-articulaires.

*L'extrémité supérieure de l'humérus* a une forme très-singulière. La surface articulaire est rugueuse, érodée, et ne présente plus aucune trace du cartilage d'encroûtement. Une portion considérable de la tête de l'os a disparu, comme si le frottement l'avait usée; dans son état actuel, cette pièce ressemble à l'extrémité supérieure du cubitus. (La *PLANCHE III* donne une idée fidèle de ces destructions, que fait encore ressortir la comparaison avec l'extrémité d'un humérus sain.) Au pourtour de l'os ainsi altéré, il y a quelques ostéophytes arrondis, mais on ne voit pas ces bourrelets osseux élargissant la surface articulaire, comme dans l'arthrite sèche. On constate, au contraire, une véritable atrophie de la tête de l'humérus.

La *cavité glénoïde* de l'omoplate présente des lésions analogues : sa surface est rugueuse, érodée comme celle de l'humérus, mais à un moindre degré. Le cartilage est détruit. Il n'y a pas de bourrelets

osseux. De même que l'extrémité de l'humérus, elle est atrophiée. La *clavicule* et l'*acromion* sont indemnes de toute altération.

— La suite au prochain numéro. —

---

## THÉRAPEUTIQUE

---

### DE L'EMPLOI DU CHLORAL DANS LE TÉTANOS TRAUMATIQUE

REVUE ANALYTIQUE PAR G. PELTIER, INTERNE DES HOPITAUX<sup>1</sup>

— FIN —

Les plaies et accidents causés par les projectiles de guerre sont venus donner une triste actualité au sujet qui nous occupe ; déjà ils ont fourni trop souvent, l'occasion d'expérimenter l'action du nouveau médicament.

Ainsi M. Boinet a observé tout récemment, dans son service d'ambulance, trois cas de tétanos, qu'il a traités par le *chloral* à haute dose, soit 8 *grammes* par jour en moyenne. De ces trois blessés, l'un avait reçu un éclat d'obus qui avait pénétré dans la cuisse, et qu'il a fallu extraire. Chez le second, une balle avait également pénétré dans la cuisse à une grande profondeur ; le troisième avait reçu une balle dans la main. Tous ces projectiles ont été extraits. Le tétanos s'est développé à une époque tardive, huit ou dix jours après la blessure. De ces trois malades, deux ont guéri ; un a succombé.

M. Alph. Guérin a également observé trois cas de tétanos qu'il a traités par le *chloral* à la dose moyenne de 8 à 10 *grammes* par jour ; il n'a pas eu à se louer du médicament, car tous les malades ont succombé sans avoir présenté, pendant la durée de la maladie, la moindre marque d'une amélioration quelconque.

De son côté, M. Giraldès a signalé une forme particulière du tétanos qui débute d'emblée par la contracture des muscles pharyngiens et qui rend difficile, sinon impossible, l'administration du *chloral*, comme de tout autre médicament par la bouche. Dans cette forme, les malades succombent généralement avec une extrême rapidité. M. Giraldès l'a observée récemment chez un blessé bava-

<sup>1</sup> Voir *Revue photographique*, 1810, pages 184, 210 et 258.

rois atteint d'une blessure à la cuisse sans phénomènes extrêmement graves en apparence. Au bout de quelques jours, le blessé a été pris de tétanos à forme dysphagique, et l'on a été obligé de lui faire prendre le *chloral* par le rectum. La mort est survenue en quelques jours.

Un enfant, amené dans le service de M. Giraldès, pour une plaie de l'avant-bras, a été également affecté de tétanos à forme dysphagique et a succombé rapidement, malgré l'emploi du *chloral* en lavement.

Enfin, dans un des trois cas, un soldat qui avait eu le corps traversé par une balle a été pris d'accidents tétaniques qui ont duré treize jours avec une forme bénigne en apparence. Malgré l'emploi du *chloral* administré par la bouche et par le rectum, le malade a été pris de contracture pharyngienne, aux suites de laquelle il a bientôt succombé.

Ne serait-il pas préférable, dans des cas semblables, d'administrer le *chloral* en injections hypodermiques? L'absorption serait certainement plus complète, et il ne semble pas que l'on ait beaucoup à redouter la production d'accidents locaux. A ce sujet, citons l'observation suivante que nous communiquons notre ami Bourneville, et qui est intéressante à plusieurs points de vue.

OBSERVATION XXVIII. — *Plaie du pied droit : amputation du pied. — Plaie contuse étendue de la cuisse gauche. — Tétanos onze jours après le traumatisme. — Température. — Injections hypodermiques, répétées, de chloral. — Mort.* (Observation recueillie par BOURNEVILLE.)

Richm... (Alfred), âgé de 24 ans, mobile du département de la Marne, est entré, le 2 décembre 1870, à l'ambulance baraquée du Jardin des plantes<sup>1</sup>, pavillon III, n° 45 (service de M. POLAILLON). Il a été blessé le 1<sup>er</sup> décembre par des éclats d'obus : 1<sup>o</sup> au pied droit ; 2<sup>o</sup> à la cuisse gauche. Les accidents du côté du pied ont nécessité l'amputation immédiate. Quant à la seconde plaie, qui mesure 15 à 20 centimètres de hauteur et 10 à 12 de largeur, elle est située au niveau du tiers moyen de la face interne ; elle est anfractueuse et, au fond, on voit le paquet des vaisseaux fémoraux. Enfin, elle com-

<sup>1</sup> Cette ambulance, construite sur les conseils de M. Michel Lévy, se composait de douze pavillons contenant chacun 20 lits, et placés à la suite les uns des autres dans la grande avenue du Jardin. Leur disposition était telle qu'il eût été difficile d'imaginer, pour la saison et les circonstances, une construction plus coûteuse et plus mauvaise.

munique, par un trajet sous-cutané, avec une autre plaie ayant 4 à 5 centimètres et répondant au bord supérieur du condyle interne.

11 *déc.* Abscès circonscrit, à la partie supérieure et interne du moignon ; ponction. La cicatrisation du lambeau marche avec lenteur. La plaie crurale bourgeonne assez bien. Le malade, d'un tempérament très-nerveux, se plaint beaucoup à chaque pansement. Voici, sur ses antécédents, les détails qu'il nous fournit : il n'aurait pas eu de signes de scrofule dans l'enfance ; à deux mois et demi, il a eu des convulsions qui ont duré environ cinq heures. Il est sujet à des migraines (céphalalgie, vomissements). Quand il est contrarié, il pleure facilement et il éprouve une sensation de constriction à la région laryngienne. Durant les quatre dernières années, il a fait des excès de boisson, surtout de vin.

12 *déc.* La physionomie a quelque chose de particulier : le regard est sardonique, moqueur. Les pupilles sont égales, un peu contractées. Les sillons naso-labiaux sont plus accusés que d'habitude ; les narines sont dilatées. Le malade ne peut éloigner l'une de l'autre les arcades dentaires de plus d'un demi-centimètre. Ces accidents auraient débuté hier soir. — R... s'inquiète d'une sensation de roideur sur chaque côté du cou et fléchit difficilement la tête en raison de la contracture des muscles extenseurs. La soif est vive ; la déglutition est facile. Il n'y a pas eu de garde-robe depuis le 10 décembre, soir. Le pouls est à 120, la respiration à 20. — Julep avec *chloral*, 4 grammes.

*Soir.* Le malade n'a pas eu son julep, parce qu'il n'y a pas de *chloral* à la pharmacie de l'ambulance<sup>1</sup>. Nous faisons faire, à l'hôpital de la Pitié, une solution avec :

Eau. . . . .	10 grammes.
Chloral. . . . .	40 grammes <sup>2</sup> .

et nous pratiquons au malade des *injections sous-cutanées* au niveau de la région massétérine gauche et des pectoraux (environ 2 gr. de *chloral*).

Le trismus est un peu plus intense que le matin : c'est à peine si le malade arrive à écarter les mâchoires de trois millimètres. Parfois,

<sup>1</sup> Il en a été de même pour la plupart des médicaments : vin de quinquina, extrait de quinquina, etc. ; et cela depuis le 4 décembre jusqu'au 4 mars ! ce sont de petits faits à mettre encore sur le compte de l'intendance.

<sup>2</sup> C'est là une proportion très-forte et que nous n'avons prescrite que parce qu'il fallait agir vite, d'une part ; et que, d'un autre côté, nous ne pouvions multiplier les piqûres, le malade étant très-nerveux.

on note de la gêne de la respiration; parfois aussi un certain degré d'abattement. P. 120, assez développé; R. 16-20; T. Ax. 39°,4.

13 *déc.* Le malade, plus affaibli, gémit sans cesse. Les paupières, entr'ouvertes, laissent voir les globes oculaires immobiles, sans expression; les pupilles sont normales, contractiles. Céphalalgie frontale. Par moments, la figure prend une expression tout à fait sardonique. Le *trismus* est le même qu'hier soir. R... boit au biberon et avale sans difficulté. Il lui est maintenant impossible d'incliner le menton vers le sternum. Pas de garde-ropes. *Huile de ricin*, 50 grammes; *huile de croton*, une goutte. Injection sous-cutanée de 2<sup>gr</sup>,50 de *chloral*. P. 128; R. 20; T. ax. 39°. — 2 heures de l'après-midi, injection de 2 grammes de *chloral*.

*Soir.* Le *trismus* a un peu diminué. Les mâchoires s'écartent d'un centimètre; en revanche, les muscles de la région postérieure du cou sont plus contracturés; par instant aussi, on remarque des mouvements spasmodiques dans les membres supérieurs. — Il y a eu deux selles abondantes. Injection de 5<sup>gr</sup>,50 de *chloral* sous la peau des régions iliaques. — P. assez petit, 120; R. 36; T. ax. 39°,6.

14 *déc.* Hier soir et cette nuit, agitation, mouvements convulsifs des bras. Le malade dit souffrir beaucoup de la tête et demande souvent qu'on la lui relève parce qu'elle est trop basse: c'est là une fausse sensation due à l'extension. Il est difficile de l'asseoir à cause de l'*opisthotonos* qui se prononce de plus en plus. Pas de dyspnée; quelques râles sonores à l'auscultation.

La déglutition s'effectue moins bien qu'hier. Les liquides sont parfois rejetés. Soif très-vive; pas de vomissements; deux selles; miction normale. La sensibilité au contact, à la douleur, etc., est conservée. Rien d'extraordinaire vers les membres intérieurs. — Injection de 5<sup>gr</sup>,50 de *chloral* sous la peau de l'abdomen. P. 136; R. 40; T. ax. 39°.

2 heures de l'après-midi. Injection de 5<sup>gr</sup>,50 de *chloral*.

*Soir.* Le *trismus* a diminué, les mâchoires s'écartent de 2 centimètres; mais la *dysphagie* et l'*opisthotonos* ont augmenté: les liquides s'accumulent dans la bouche et nécessitent, pour être avalés, des efforts considérables; la tête est en quelque sorte enfoncée entre les deux épaules. — De temps en temps, mouvements convulsifs (tétaniques) dans les membres supérieurs. — Depuis deux heures, le malade a du délire. Relevons, en passant, que les pansements n'ont jamais paru si peu pénibles que depuis le début du

tétanos. — Injection en deux points de la fesse gauche, de *cinq grammes de chloral*. P. 152; R. 40; T. ax. 38°,4.

Peu après notre départ, les phénomènes dyspnéiques se sont aggravés et le malade a succombé à minuit. Il n'a pas été possible de faire l'autopsie.

« Deux points méritent d'être relevés d'une façon plus spéciale, ajoute notre ami Bourneville. C'est, en premier lieu, le mode d'emploi du médicament qui n'a pas été donné souvent en injections sous-cutanées. Mais, dans les conditions où nous nous trouvions, ayant affaire à des infirmiers novices, sans pratique sérieuse, il y avait médiocrement à compter sur l'administration régulière d'une potion. Il était, de plus, urgent d'agir vite. La méthode hypodermique nous assurait une action rapide, et d'ailleurs nous avons pratiqué en maintes circonstances et avec profit des injections sous-cutanées de chloral<sup>1</sup>; jamais, cependant, à un degré de concentration aussi fort, et c'est là le second point sur lequel nous devons nous arrêter.

« Presque toujours nous avons été obligé d'injecter une assez grande quantité de la solution dans le même point, parce que chaque piqûre produisait une surexcitation pénible. C'était là une circonstance déjà un peu défavorable, car l'accumulation du liquide donnait lieu à une petite tumeur plus ou moins arrondie, dont le centre, très-pâle, légèrement soulevé, présentait une plaque simulant celle de l'urticaire. Comme phénomène immédiat, on notait une douleur cuisante qui durait environ une dizaine de minutes. Quant aux accidents consécutifs, nous avons remarqué : 1° de petites bulles irrégulières autour de deux piqûres, bulles dues à la sortie de quelques gouttelettes de la solution; 2° une coloration violacée, ou jaunâtre, diffuse, dans plusieurs endroits. Ces lésions étaient d'autant plus marquées que le tissu de la région était plus serré; en effet, les piqûres pratiquées sous la peau des parties moyennes et latérales de l'abdomen ne se sont accompagnées d'aucun symptôme particulier. L'opposition faite à l'autopsie ne nous a point permis, par malheur, de vérifier l'étendue et la profondeur des altérations locales qu'il était possible de mettre sur le compte du chloral. »

Nous avons pu observer nous-même trois cas de tétanos trauma-

<sup>1</sup> Nous nous sommes servi, dans les cas auxquels nous faisons allusion, d'une solution avec 2 gr. et 4 gr. de chloral pour 10 gr. d'eau.

tique traités sans succès par le chloral ; nous allons les analyser brièvement, et nous terminerons cette revue, déjà trop longue, par les quelques conclusions qui nous paraissent en ressortir.

Le premier cas, observé à la Ramaurie, près de Sedan, se manifesta chez un blessé qui avait une plaie de la cuisse par éclat d'obus : pris de convulsions tétaniques le sixième jour, il mourut le neuvième, malgré le traitement, qui consista en potion administrée toutes les deux heures et contenant *six grammes de chloral*.

Le deuxième cas, observé à Artenay, se montra sur un jeune officier prussien qui, le 10 octobre, avait eu le mollet traversé par une balle. La plaie semblait aller assez bien lorsque, onze jours après la blessure, il fut pris de trismus ; on lui administra également du chloral, mais il succomba le 25 octobre, quatre jours après le début des accidents.

Le troisième cas fut observé à Loury (Loiret). Le blessé était un jeune zouave que l'on avait amputé de la jambe pour une plaie par éclat d'obus. Au bout de quelques jours, il fut pris de roideur dans les mâchoires ; on lui donna du chloral, en potion, environ *un gramme* toutes les deux heures ; son état sembla s'améliorer un peu, mais il mourut cependant le quatrième jour, sans que les convulsions eussent gagné d'autres muscles que ceux de la mâchoire. L'autopsie fut faite ; elle ne donna que des résultats négatifs.

Si nous jetons maintenant un coup d'œil rétrospectif sur les diverses observations que nous avons analysées, nous trouvons bon nombre de guérisons qui, de la manière la plus certaine, nous font voir l'influence considérable de l'hydrate de chloral sur la marche des accidents tétaniques. Nous voyons aussi que ce médicament a eu ses insuccès, que nous avons notés avec soin ; il y a là un enseignement clinique important qu'il ne faut pas négliger si l'on veut arriver à se faire une idée juste de son action, si l'on veut parvenir à déterminer à quel moment, comment et à quelles doses il faut l'administrer.

Nous allons d'ailleurs résumer, dans le tableau suivant, les observations que nous avons analysées dans le cours de notre travail. Ce tableau permettra au lecteur de se rendre mieux compte des résultats de l'action du chloral.

OBSERVATIONS.	AGE.	SEXE ET PROFESSION.	NATURE DE LA BLESSURE.	NOMS DES OBSERVATEURS.	RÉSULTATS	
					GUÉRISON.	MORT.
I	20 ans.	journalier.	Écrasement d'un doigt.	Verneuil.	1	»
II	29 ans.	ouvrière.	Écrasement de la main gauche . . . . .	Guyon.	»	1
III	54 ans.	savetier.	Plaie contuse du pied droit . . . . .	Lefort.	»	1
IV	26 ans.	»	Blessures multiples. .	Dufour.	1	»
V	»	»	Blessure à la main gauche. . . . .	Lavaux.	1	»
VI	28 ans.	»	Blessure par un ser- pillon. . . . .	Bertrand.	1	»
VII	18 ans.	charretier.	Plaie contuse. . . . .	Denton.	1	»
VIII	40 ans.	journalière.	Petite plaie . . . . .	Waren Tay.	»	1
IX	54 ans.	homme fort.	Plaie produite par une épine. . . . .	Ballantyne.	1	»
X	41 ans.	journalière.	Panaris. . . . .	»	1	»
XI	27 ans.	modeleur.	Écrasement d'orteils..	Laugier.	»	1
XII	36 ans.	religieuse.	Carie du calcanéum. .	Mollière.	»	1
XIII	53 ans.	tonnelier.	Plaie avec fracture du radius. . . . .	Cusco.	»	1
XIV	50 ans.	journalier.	Plaie du gros orteil. .	»	»	1
XV	44 ans.	journalier.	Plaie du talon gauche.	A. Guérin.	1	»
XVI	56 ans.	charpentier.	Plaie contuse. . . .	Verneuil.	1	»
XVII	»	homme.	Extirpation d'une tu- meur du mollet. . .	Demarquay.	»	1
XVIII	»	homme.	Plaie de la jambe. . .	Marjolin.	»	1
XIX	»	soldat.	Éclat d'obus à la cuisse.	Boinet.	1	»
XX	»	»	Balle dans la cuisse. .	Id.	1	»
XXI	»	»	Balle à la main. . . .	Id.	»	1
XXII	»	»	»	A. Guérin.	»	1
XXIII	»	»	»	Id.	»	1
XXIV	»	»	»	Id.	»	1
XXV	»	bavarois.	Plaie de cuisse. . . .	Giraldès.	»	1
XXVI	»	enfant.	Plaie de l'avant-bras.	Id.	»	1
XXVII	»	soldat.	Plaie de la main par une balle . . . . .	Id.	»	1
XXVIII	24 ans.	soldat.	Plaies par éclats d'obus	Bourneville.	»	1
XXIX	»	soldat.	Plaie par une balle. .	Ambulance V.	»	1
XXX	»	soldat.	Plaie par une balle. .	Id.	»	1
XXXI	»	soldat.	Plaie par éclat d'obus.	Id.	»	1
TOTAL. . . . .					11	20

Ce sont là, à notre connaissance, tous les cas de tétanos traumatique qui ont été traités par le chloral; une fois sur trois on a pu obtenir la guérison des malades. Il nous faut espérer que la statistique sera plus favorable encore lorsque l'on connaîtra mieux les

règles qui doivent présider à l'administration du chloral, et que l'on pourra éviter des tâtonnements nuisibles au succès de la médication.

Ce sont ces règles que nous allons essayer de formuler, d'après la revue analytique que nous venons de faire.

1° Il faut donner le chloral, dès l'apparition des premiers spasmes tétaniques.

2° Il faut le donner à une dose considérable (8 à 10 grammes par jour), et n'abaisser cette dose que quand les spasmes ont cessé complètement et depuis un certain temps.

5° Il faut faire prendre le médicament dans une potion que l'on donne par fractions jusqu'à ce que le malade s'endorme. Si l'on ne peut le faire prendre par potion, il faut l'administrer alors en injections sous-cutanées ou en lavements.

---

## CLINIQUE OBSTÉTRICALE

---

### NOTES ET OBSERVATIONS SUR QUELQUES MALADIES PUERPÉRALES

PAR BOURNEVILLE<sup>1</sup>

#### III. EXEMPLE DE RUPTURE DE L'UTÉRUS.

OBSERVATION. — *Grossesse à terme.* — *Douleurs.* — *Tentatives obstétricales; insuccès.* — *Rupture de l'utérus.* — *Péritonite.* — *Mort.* — *Autopsie.*

R... Clarisse, 56 ans, piqueuse de bottines, est entrée le 14 octobre 1869 à l'hôpital Saint-Louis, salle Ferdinand, n° 1. Régliée à 15 ans, elle a eu son premier enfant à 19 ans; le second, à 20 ans; le troisième, à 21 ans (présentation du siège, application du forceps); le quatrième à 25 ans; une fausse couche (six mois) à 24 ans; le sixième enfant, à 26 ans; le septième, à 28 ans; le huitième, à 51 ans; le neuvième, à 54 ans 1/2. La malade, enceinte pour la dixième fois, n'a pas vu ses règles depuis le 10 janvier. La grossesse a été moins bonne que les précédentes, car elle s'est accompagnée de sensations de pesanteur, de douleurs dans les

<sup>1</sup> Voir *Revue photographique*, 1870, pages 155, 176, 216 et 247.

aines, le bas-ventre, obligeant cette femme à se placer dans le décubitus dorsal pour les calmer.

Le 10 octobre, R... n'éprouvait aucun malaise, mais dans la nuit du 10 au 11, elle eut des douleurs très-fortes. A neuf heures du matin, le 11 octobre, elle perd les eaux de l'œmnios. Une sage-femme qu'elle avait appelée dit qu'elle sentait une main, et après avoir fait plusieurs explorations alla chercher un médecin. Celui-ci aurait déclaré que la présentation était normale.

R... affirme que le médecin et la sage-femme l'ont touchée une dizaine de fois, et ont même introduit la main entière dans le vagin. A partir de ce jour, le médecin n'a pas reparu. Quant à la sage-femme, elle aurait continué chaque jour ses visites, et à chaque fois l'aurait touchée de nouveau. Les douleurs ont été très-fortes, le 11 et le 12 octobre, semblables à celles qu'elle avait ressenties aux couches précédentes. Elles ont cessé tout à fait le 13. Depuis le 11 jusqu'à ce matin, la malade dit avoir eu des vomissements verdâtres, abondants, ne plus sentir remuer son enfant depuis un mois; et, enfin, ne pas avoir senti de douleurs vives, subites, durant les explorations dont nous avons parlé.

Le *toucher*, pratiqué le 14 octobre dans la soirée, fut assez difficile, parce que le col de l'utérus était situé tout à fait à droite, et à une assez grande hauteur. Il permet de reconnaître que la dilatation était peu avancée (environ 2 centimètres 1/2), et que les bords de l'orifice étaient tendus, irréguliers. On sentait la tête du fœtus, sans interposition de la poche des eaux, et, de plus, une sorte de chevauchement des os de la tête les uns sur les autres. L'auscultation ne fait pas découvrir les bruits du cœur. Le *palper abdominal* est douloureux et à peu près au même degré dans tous les points. Bagnols; bain.

15 octobre. Pouls très-petit, 120. Le toucher, pratiqué par DE SOYRE, donne les mêmes résultats qu'hier. La malade a eu, cette nuit, des vomissements bilieux abondants. La *péritonite* est évidente. A quoi est-elle due? Probablement à une *rupture de l'utérus*. Cataplasmes laudanisés, toniques.

*Soir.* Langue large, légèrement rouge, avec enduit blanchâtre; sécheresse de la bouche; soif vive; pas de vomissements depuis le matin; ventre un peu ballonné, partout sensible à la pression et, en particulier dans les flancs; six selles abondantes, diarrhétiques, *fétides*. Pouls très-petit, à 152. Pommettes rouges, chaudes. Les traits sont un peu tirés; les yeux modérément enfoncés; la voix nor-

male. — Cataplasmes laudanisés; frictions onguent napolitain; potion de Todd; Bagnols; 4 pilule extrait thébaïque, 0<sup>gr</sup>,05; glace.

16 octobre. P. 116, petit, fréquent. Les symptômes n'ont pas changé; la diarrhée persiste. — Soir : P. 120-124. Même état.

17 octobre. Le pouls varie de 120 à 128 du matin au soir. Écoulement d'un liquide fétide par le vagin; pas de sang. Traitement *ut supra*.

18 octobre. Pas de changement. Le col ne s'est pas modifié. Pouls 116 et 124. Point de vomissements depuis le 15.

19 octobre. Le matin, pouls à 136; le soir, à 124; respiration costale à 28. Les yeux sont enfoncés dans leurs orbites, le regard sans expression; la conjonctive oculo-palpébrale a une teinte sub-ictérique. La face, la peau, en général, sont jaunâtres. Langue sèche, rouge au centre, saburrale sur les bords; nausées; ventre le même, peu douloureux; garde-robes involontaires, fétides, noirâtres. L'auscultation ne dénote rien d'extraordinaire.

20 octobre. Nuit passable. La coloration ictérique augmente. Amaigrissement. Pas de frissons. P. 124. — Soir : P. 128, régulier; R. costale, 24.

21 octobre. La situation de la malade est toujours grave. Sub-delirium. — Soir : muguet; délire; voix plus faible; se plaint sans cesse d'avoir trop chaud; seins flasques. P. 136, très-petit; R. 52.

23 octobre. Ni frissons, ni vomissements. Mêmes caractères des selles. Écoulement vaginal peu considérable, noirâtre. Miction et défécation inconscientes. Peau chaude, ni sèche, ni sudorale. Le muguet s'étend. Délire plus intense. Les autres symptômes n'ont pas changé. Il en est de même le soir. — La malade meurt le 24 octobre à six heures.

*Autopsie le 25 octobre.* La peau de l'abdomen a une couleur verdâtre. La rigidité cadavérique est très-prononcée. Les *poumons* sont un peu congestionnés à leur base. Cœur, rien. Lorsque l'on a eu incisé la paroi abdominale, il s'est écoulé un liquide sanieux, noirâtre, fétide. Le péritoine pariétal est recouvert de fausses membranes épaisses, verdâtres. Il en existe de semblables entre les anses intestinales. Le *gros intestin*, distendu, offre la même coloration. Partout les fausses membranes se rompent sans peine.

Le *placenta* est situé dans la fosse iliaque gauche, au-dessus de l'S iliaque, et repose sur l'épaule gauche du fœtus, dont le corps,

placé au-dessous du colon transverse, est dirigé obliquement de gauche à droite et de bas en haut. Le dos regarde en avant; le bras droit appuie sur le pubis; le gauche est caché sous le placenta. Le membre inférieur gauche est fléchi, le talon accolé à la fesse droite; la jambe droite descend dans l'excavation pelvienne. Le cordon ombilical vient apparaître entre les deux membres du côté droit, puis entre eux et le tronc, remonte le long de l'épaule droite, passe derrière elle, arrive sur la nuque, et enfin aboutit au placenta.

Le corps de l'*utérus*, verdâtre, revenu en partie sur lui-même, est placé entre le côté gauche du fœtus et le rachis, et un peu plus à droite qu'à gauche. Il présente sur sa face antérieure et son bord supérieur une déchirure de 10 centimètres au moins, dont les bords sont amincis, un peu irréguliers et noirâtres.

Le *fœtus* a subi une macération complète. L'épiderme, soulevé, ridé, se détache en larges lambeaux. La peau est molle, flasque, d'un rouge vineux; à la coupe, elle est comme graisseuse. Les muscles sont violacés, un peu *gluants* au toucher. Les os du crâne sont, pour ainsi dire, tout à fait disséqués. Les yeux sont transformés en une masse blanchâtre<sup>1</sup>.

— La suite au prochain numéro. —

## BIBLIOGRAPHIE

**Traité clinique et pratique des maladies puerpérales, suites de couches,**  
par le docteur E. HERVIEUX, médecin de la Maternité<sup>2</sup>.

Une des plus importantes publications médicales de ces derniers temps est, sans contredit, le *Traité clinique et pratique des maladies puerpérales*, que vient de publier M. Hervieux. On peut, sur certains points, ne pas partager les opinions du médecin de la Maternité, mais il est impossible de ne pas reconnaître ce qu'il a fallu de travail et de persévérance pour mener à bonne fin cette laborieuse entreprise.

Jusqu'à ce jour, nous ne possédions aucun ouvrage d'ensemble sur ce point de la pathologie abandonné presque exclusivement aux

<sup>1</sup> La pièce a été présentée à la *Société anatomique*.

<sup>2</sup> Un fort volume in-8° de 1160 pages, avec figures intercalées dans le texte, chez Adr. Delahaye, libraire-éditeur.

accoucheurs qui, préoccupés surtout de la pratique obstétricale et des difficultés opératoires qu'elle peut présenter, avaient relégué sur un plan tout à fait secondaire l'étude clinique des maladies puerpérales. Et cependant, c'est un sujet qui n'a eu que trop souvent le mérite de l'actualité, si on se reporte aux lamentables épidémies qu'on a pu observer, à diverses époques, dans la plupart des services d'accouchements!

Dans un livre traitant exclusivement des maladies puerpérales, une question, une grave question doit être débattue tout d'abord. Quelle est la cause des épidémies puerpérales? Existe-t-il une fièvre puerpérale, pouvant rendre compte de tous les faits morbides observés? — La théorie de la fièvre puerpérale, admise généralement au siècle dernier, est maintenant très-sérieusement compromise. Déjà, en 1858, à l'Académie de médecine, elle fut très-discutée et ne fit que perdre du terrain, malgré les éloquents plaidoyers de MM. Dubois, Danyau, Depaul. A présent, on est à peu près d'accord pour admettre l'*empoisonnement puerpéral*, théorie qui a trouvé un fervent apôtre dans l'auteur même du livre que nous analysons, théorie rendant parfaitement compte des affections puerpérales multiples que nous sommes à même d'observer. Cette doctrine diffère en effet de celle de la fièvre puerpérale par un point capital : c'est qu'elle donne aux maladies puerpérales pour point de départ, non pas la puerpéralité, qui est un état physiologique, mais l'*empoisonnement puerpéral*, qui est un état morbide.

Cette théorie, une fois admise et prouvée, il faut chercher quelles sont les causes de l'*empoisonnement puerpéral* et quelle peut en être la prophylaxie. Ces questions ont été l'objet de discussions approfondies, dans ces derniers temps surtout; à la *Société de chirurgie*, à la *Société médicale des hôpitaux*, elles ont fait l'objet d'études ou de rapports importants, de la part d'hommes très-compétents, tels que MM. Trélat, Lefort, Bourdon, Tarnier, etc. Pour donner un résumé de l'exposé très-lumineux que nous fait M. Hervieux, nous nous bornerons à donner les conclusions qu'il formule lui-même dans son livre :

« 1° La détresse morale et physique, la primiparité, la longue durée du travail, les difficultés de l'accouchement, les manœuvres obstétricales ne jouent, dans l'*empoisonnement puerpéral*, que le rôle de causes prédisposantes. — 2° L'infection et la contagion sont les causes efficientes et propagatrices par excellence de cet *empoisonnement*. — 3° La viciation de l'air par les sécrétions multiples,

soit physiologiques, soit morbides, des nouvelles accouchées, l'occupation permanente des salles de femmes en couches et l'encombrement, telles sont les circonstances qui donnent lieu à la création du principe infectieux. — 4° L'accouchement à domicile et chez les sages-femmes devra être organisé sur les bases les plus larges possibles. — 5° La première mesure à prendre contre une épidémie puerpérale, c'est l'évacuation complète du service ou de la maison d'accouchement où cette épidémie se déclare. — 6° La prophylaxie de l'empoisonnement puerpéral comprend un grand nombre de moyens parmi lesquels nous citerons : l'occupation alternée des salles et des lits, l'espace suffisant de ces derniers, l'emploi de la ventilation naturelle et artificielle, la suppression des rideaux, le renouvellement des literies, le lessivage des murs à l'eau chlorurée, etc. »

Nous avons cru devoir signaler tout particulièrement cette première partie du livre de M. Hervieux, car c'est à la suite de l'empoisonnement puerpéral que va se dérouler tout le cortège des affections puerpérales. Et, en effet, cet empoisonnement ne se conçoit pas sans manifestations morbides plus ou moins graves ; c'est de lui que procèdent les péritonites générales ou partielles, la métrite et ses variétés, l'ovarite, les phlegmons du ligament large et vingt autres affections que nous aurons plus tard l'occasion d'étudier.

Tout d'abord l'auteur s'occupe des maladies du péritoine ; il consacre un long chapitre à la péritonite généralisée qui, selon lui, n'est pas toujours, ainsi que cela est à peu près universellement admis, une péritonite généralisée, mais qui est quelquefois générale d'emblée. Peut-être ces cas existent-ils, mais ils doivent être très-rares et presque toujours *in cadavere* ; il est possible de trouver dans l'utérus ou dans ses annexes le point de départ de la lésion morbide. La péritonite est étudiée avec soin dans ses altérations anatomiques, dans ses symptômes, et c'est avec intérêt que nous avons lu les résultats que l'on peut tirer du pouls et de la température observés et notés régulièrement<sup>1</sup>. Les péritonites partielles trouvent leur place naturelle après l'étude de la péritonite généralisée ; elles jouent un rôle considérable dans la pathologie de la femme en couche, et on ne peut les méconnaître sans s'exposer à tomber journellement dans les erreurs pratiques les plus grossières. Elles peuvent être bornées, et cela a lieu le plus souvent, à la région hypogas-

<sup>1</sup> Voir aussi *Revue photographique*, 1870, page 247.

trique ; elles se concentrent ainsi en quelque sorte aux environs de l'utérus, mais elles peuvent aussi affecter certains autres points, tels que la surface du foie, le mésentère, l'épiploon, etc. ; ce sont là autant de particularités envisagées avec soin dans le *Traité des maladies puerpérales*.

Après les maladies du péritoine viennent celles de l'appareil génital, et c'est alors que nous trouvons la métrite puerpérale, les ruptures de l'utérus<sup>1</sup> et du vagin, les métrorrhagies, l'ovarite, la vaginite et la vulvite puerpérales, ainsi que les thrombus de la vulve et du vagin. — L'anatomie pathologique de la métrite est faite avec un soin presque méticuleux, et nous serions presque tenté de nous plaindre de l'abondance des descriptions et de la superfluité des divisions et subdivisions. C'est ainsi que nous trouvons notées et étudiées successivement : 1° l'*endomérite*, qui peut être inflammatoire, suppurée, pseudo-membraneuse ou diphthériique, putrescente ou nécrobiotique, gangréneuse ; 2° l'*idiomérite* ou *métrite parenchymateuse*, qui peut être simple ou suppurée, ou nécrobiotique ou gangréneuse ; 3° l'*exomérite*, qui peut être hypérémique, suppurée, angioleucitique, etc. Si chacune de ces formes se distinguait par des symptômes propres ou par une thérapeutique particulière, nous ne nous plaindrions certainement pas ; mais il faut bien l'avouer, il est à peu près impossible de faire le diagnostic de ces diverses variétés, et le traitement doit être celui de la métrite puerpérale en général. Dans ce traitement, M. Hervieux accorde une grande efficacité aux injections intra-utérines, efficacité qui nous paraît avoir été démontrée d'une façon évidente dans un travail très-intéressant, dû à M. Fontaine, ancien interne de la Maternité<sup>2</sup>.

On ne peut nous demander de passer en revue chacune des parties de ce volumineux ouvrage ; nous venons de signaler celles qui traitent des maladies des organes pelvi-abdominaux, maladies qui sont de beaucoup les plus fréquentes chez la nouvelle accouchée. Vient ensuite les maladies du système circulatoire, dont l'importance, au moins pour quelques-unes d'entre elles, est si considérable ; c'est là que nous trouvons l'étude de la phlébite puerpérale, de la phlébite utérine, de la phlébite des veines du bassin, de la phlébite cérébrale et méningée, de l'angioleucite puerpérale, des thromboses artérielles, des embolies, et enfin de l'endocardite puerpérale.

<sup>1</sup> Voir aussi sur ce point les notes insérées à la page 25.

<sup>2</sup> *Étude sur les injections utérines après l'accouchement*, 1869.

Sur un plan secondaire sont reléguées les maladies de l'appareil respiratoire et celles des centres nerveux; moins importantes, moins fréquentes surtout, elles sont cependant notées avec des détails suffisants et en particulier pour ce qui concerne les pleurésies, les pneumonies, ainsi que les paralysies puerpérales. — Les trois dernières sections sont consacrées, l'une à l'étude des maladies diathésiques (diathèses purulente, diphthéritique, gangréneuse); une autre aux maladies accidentelles (érysipèle, scarlatine et miliaire, variole, ictère, dothiéntérie, choléra); la dernière traite de la mort subite dans l'état puerpéral, et cette mort subite peut être causée, soit par l'empoisonnement puerpéral, soit par une lésion ou du système circulatoire, ou des organes respiratoires ou des centres nerveux.

Nous nous arrêtons; dans cet ouvrage, à côté de la clinique, de l'observation journalière, on voit sans cesse l'idée doctrinale, la théorie de l'empoisonnement puerpéral; c'est guidé par elle, comme par un flambeau, pour nous servir de l'expression même de l'auteur, que M. Hervieux « a pu fouiller, pour ainsi dire, tous les recoins de la pathologie des femmes en couches, trancher bien des questions restées jusqu'à ce jour sans solution, et, dans tous les cas, apporter quelques données utiles comme contribution à l'histoire des parties inexplorées du sujet. »

Tel est, en résumé, le plan suivi par M. Hervieux dans son *Traité clinique et pratique des maladies puerpérales*; tel est le cadre dans lequel sont entrées les maladies des femmes en couches. Toujours les descriptions sont faites avec beaucoup de soin, quelquefois peut-être avec trop de longueur et de complaisance, mais c'est là un léger reproche pour un ouvrage qui n'est pas une œuvre de compilation, qui porte le cachet d'une certaine individualité, et qui est le résultat d'une des plus vastes expériences que jamais médecin puisse acquérir des maladies puerpérales.

G. PELTIER.

*Le Gérant* : A. DE MONTMÉJA.

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX

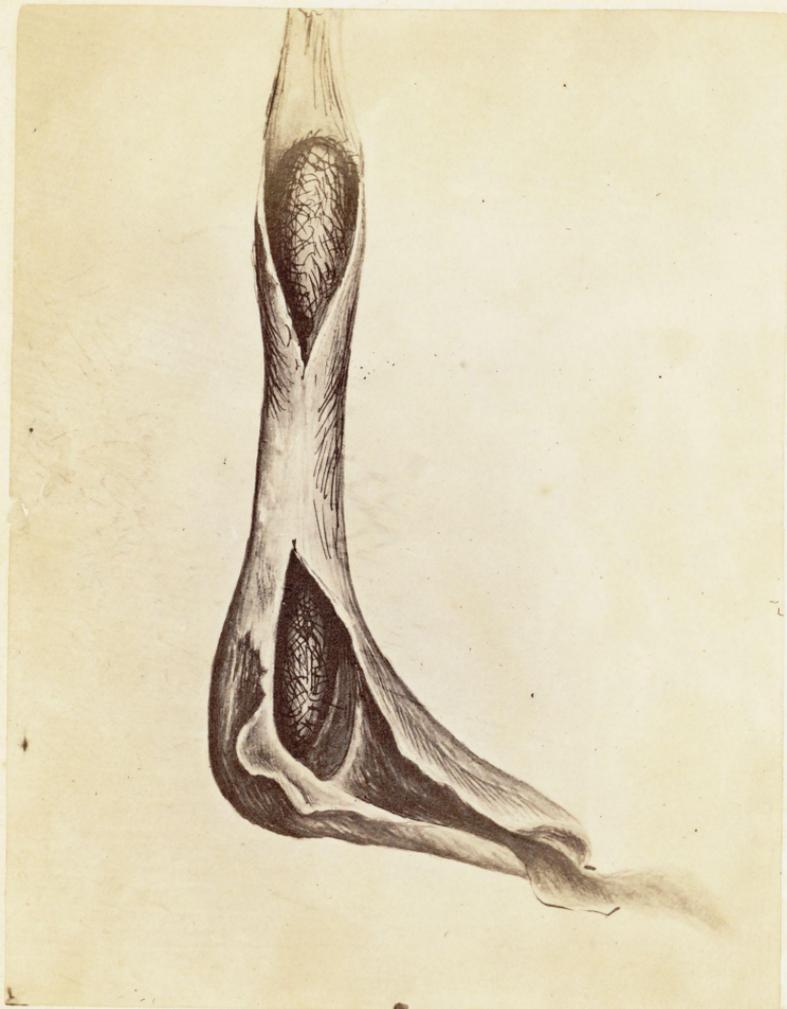


Planche IV.

**ÉGAGROPÍLE**

CHEZ UN CHAT

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX DE PARIS

---

## PATHOLOGIE COMPARÉE

---

### DES ÉGAGROPILES

PAR RAYMOND

Le mot *égagropile*, comme l'indique son étymologie, implique l'idée de concrétions formées de laines feutrées ou de poils. Cette définition est incomplète, car aujourd'hui, il est bien démontré que souvent les éléments de l'égagropile se rencontrent dans les végétaux dont se nourrit l'animal.

Ces espèces de calculs se trouvent surtout dans les organes digestifs des herbivores, principalement chez les chèvres; il en existe en outre chez le cheval, chez le chien, chez le porc, chez le chat. C'est de l'appareil digestif de ce dernier animal que provient celui qui est représenté dans la PLANCHE IV. Il siégeait dans l'œsophage, qu'il obstruait complètement, et descendait jusque dans l'estomac, où il formait hernie. Une incision pratiquée, d'une part, sur l'œsophage, qui était distendu d'une façon notable, de l'autre, sur la face antérieure de l'estomac, montre les deux extrémités de cet égagropile. D'une forme rappelant celle du sablier, il mesurait 16 centimètres de longueur, 8 de circonférence et était composé de poils agglutinés par le mucus. L'animal est mort d'accidents dyspnéiques qui, parfois, prenaient la forme d'accès.

Les animaux atteints de maladies de peau avec prurit, forcés de se gratter et de se lécher continuellement, ont souvent des égagropiles. Les chiens et les chats sont surtout dans ce cas. A Paris, restant constamment dans les appartements, nourris avec beaucoup de viande, ils ont, au bout de peu d'années, des affections exanthématiques prurigineuses, incurables le plus souvent. Il en est quelquefois ainsi pour le cheval, tout au moins quant au mécanisme de

la formation de l'égagropile, dans certaines maladies de peau. On trouve également chez cet animal des égagropiles végétaux; habituellement, le centre de la concrétion est solide, formé de sels calcaires et c'est autour de ces noyaux que se déposent, par couches concentriques, les poils végétaux ou les poils animaux.

Les chèvres ont des égagropiles, comme nous l'avons déjà dit; développées dans les conditions indiquées précédemment, ces concrétions ont été, chez elles, appelées *bézoards pileux*, mais mieux vaut la première expression, qui est plus générale et qui est bien comprise. Chez le mouton, les égagropiles ont reçu le nom de *gobbes*; ces concrétions auxquelles pendant longtemps on a attribué des propriétés malfaisantes, sont formées, en partie, de matières animales et, en partie, de matières végétales; on les trouve surtout dans la caillette, jamais dans l'intestin. Les plantes de la famille des synanthérées sont celles qui donnent habituellement naissance aux égagropiles. Il est facile de comprendre pourquoi, chez le mouton, il entre dans la composition de l'égagropile des produits végétaux. Sur le mouton au râtelier s'attachent des plantes que mangent les animaux voisins, entraînant en même temps un peu de laine; si le mouton va au pâturage, il laisse sur les haies des touffes de laine qu'il avale plus tard lorsqu'il vient brouter les plantes vivaces.

Le volume et la forme des égagropiles varient beaucoup. — Il en est qui pèsent 3 à 4 kilogrammes; d'autres sont simplement gros comme une noisette; entre ces deux termes extrêmes, les variétés sont nombreuses. — Sphériques, ovoïdes ou diversement allongés, ils sont quelquefois aréolés, comme ceux qu'on rencontre dans le cæcum du cheval.

En envisageant la composition des égagropiles d'une manière générale, on voit que les uns sont exclusivement composés de substances animales, d'autres de substances végétales, et que d'autres sont mixtes; enfin quelquefois s'adjoignent des corps solides venant, soit du dehors, soit des sels insolubles des sucs intestinaux.

Breschet a classé les égagropiles, relativement à leur composition, de la manière suivante :

1° *Égagropiles simples* : ils sont formés par des poils venant de l'animal ou par des plantes, et ils sont simplement agglutinés par le mucus digestif. Ils sont en général petits.

2° *Égagropiles encroûtés* : ce sont les plus remarquables; sou-

vent ils acquièrent un grand volume. Les poils toujours feutrés, plus denses à la circonférence qu'au centre, ne sont jamais disposés en tourbillon. Ils sont caractérisés par une enveloppe, sorte de vernis, pouvant acquérir 3 à 4 millimètres d'épaisseur; cette enveloppe est surtout formée de mucus, de phosphate de chaux, d'un peu de silice. — Cette variété ne se rencontre que chez le bœuf.

3° *Égagropiles composés ou calculeux* : dans cette variété le centre est dur, solide; c'est un petit calcul autour duquel les poils se sont tassés avec ordre. Quelquefois il y a des couches alternatives de substances calculeuses et de poils. — Cette variété ne se rencontre que chez les solipèdes, dans le cæcum, ou dans la deuxième portion du gros intestin. Mentionnons encore les *gobbes* du mouton formées de poils animaux et de poils végétaux.

Les *symptômes* qui décèlent à un moment donné la présence des égagropiles ne diffèrent pas de ceux qui annoncent les calculs, envisagés d'une manière générale. Il y a des variantes qui tiennent à l'espèce animale, mais les symptômes sont toujours ceux de l'occlusion intestinale simple ou compliquée de phlegmasie plus ou moins étendue, déterminée par la présence du calcul dans un point quelconque de l'intestin.

Nous nous bornons à ces quelques lignes; il nous a fallu remonter jusques en 1838 pour retrouver l'histoire des égagropiles, et encore l'article publié à cette époque <sup>1</sup> n'est-il que le tableau un peu étendu d'un mémoire publié en 1791, à propos d'un procès scandaleux né en Normandie <sup>2</sup>.

## ACCUMULATION DE CHEVEUX DANS L'ESTOMAC D'UNE FEMME

PAR LE DOCTEUR GULL

Nous trouvons dans *la Presse médicale belge* (1871, page 245) une courte observation, qui nous semble avoir sa place naturelle à la suite de l'article précédent.

« Une femme mariée, âgée de 52 ans, chez laquelle personne n'avait remarqué ni l'habitude d'avaler des cheveux, ni aucun dérangement d'esprit, a eu trois enfants; sept mois avant sa mort, elle n'a pas cessé de vomir. Le 27 janvier 1871, elle accoucha après sept mois de grossesse, et elle eut une péritonite qui la fit

<sup>1</sup> Par Hurtrel d'Arboval.

<sup>2</sup> L'article de Verheyen, publié en 1856, n'est qu'un abrégé par trop sommaire.

mourir en deux jours. A l'autopsie, on observa une perforation intestinale (?) et *dans l'estomac une grande quantité de cheveux* s'étendant à travers le pylore jusqu'au duodénum; ils avaient trois couleurs : celle de ses cheveux et celle des cheveux de ses enfants.

« M. Gull, qui a vu d'autres cas semblables, pense qu'ils ont pour cause un instinct analogue à celui de certains animaux. Très-souvent les chattes pleines se suicident en avalant les poils de leur fourrure. — Le docteur Hebershen parle d'un cas dans lequel une masse de cheveux avait pris la forme exacte de l'estomac. — M. Langdon-Down, médecin de l'asile d'Earlwood, rapporte le fait d'un idiot, employé chez un matelassier, qui mourut d'une obstruction et d'une péritonite, et dans le jéjunum duquel on trouva une grande quantité de cheveux. »

---

## PATHOLOGIE EXTERNE

---

### PLAIE DU GENOU AVEC FRACTURE DU CONDYLE EXTERNE; TÉTANOS; CHLORAL; TEMPÉRATURE. — APPAREILS PLATRÉS.

PAR E. DUPLY, INTERNE PROVISOIRE DES HÔPITAUX DE PARIS.

Gaulier-Frimbeaux, 76 ans, marchand des quatre saisons, est entré le 19 novembre 1870 à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Gabriel, n° 44 (service de M. POLAILLON). Cet homme, robuste malgré son grand âge, a été atteint d'un coup de feu à la jambe gauche au moment où il maraudait dans les champs de Bondy. Il tomba aussitôt sans pouvoir se relever et fut transporté dans une ambulance de rempart, où il resta trois jours. On explora sa plaie avec un stylet, sans en retirer aucun corps étranger, et, comme le sang sortait abondamment, on fit une compression avec de l'amadou et un bandage roulé. L'hémorrhagie s'arrêta, et le malade put être envoyé à l'hôpital de la Pitié.

20 novembre. A la partie supéro-externe du creux poplité, au niveau du tendon du biceps crural, on constate l'orifice d'entrée du projectile. — La plaie est assez nettement circulaire; les bords sont rouges et légèrement indurés. Bien que la compression ait été enlevée la veille, l'hémorrhagie ne s'est point renouvelée : on sent, du reste, les battements de l'artère pédieuse. Le genou est tuméfié et

douloureux, mais il n'existe point d'épanchement intra-articulaire.

En introduisant le doigt dans la plaie à une profondeur de trois centimètres et demi, on arrive sur un fragment osseux dont l'une des surfaces est arrondie et lisse, tandis que l'autre, plus interne, est rugueuse et ne peut être contournée complètement. Il est bien évident que c'est là le condyle externe du fémur.

Malgré le débridement de l'orifice d'entrée du projectile, il est impossible de sentir celui-ci; l'exploration et la palpation de la région antéro-latérale du genou ne donnent aucun renseignement sur l'endroit où séjourne la balle.

*Diagnostic.* Plaie de l'articulation du genou avec complication de fracture du condyle externe; persistance d'un corps étranger dans l'articulation ou, tout au moins, au voisinage de celle-ci.

En présence de désordres aussi graves, l'amputation immédiate de la cuisse était indiquée, mais l'extrême gravité de cette opération chez les vieillards, le mauvais état sanitaire des salles de l'hôpital et la situation de la blessure, qui permettrait l'écoulement facile du pus, furent les raisons qui déterminèrent M. Poillaillon à attendre. L'orifice d'entrée du projectile ayant été largement débridé, ainsi qu'il a été dit plus haut, on immobilisa l'articulation avec un appareil plâtré disposé ainsi qu'il suit : une attelle, formée de tarlatane pliée en plusieurs doubles et trempée dans un bain de plâtre, fut appliquée sur la face antérieure du genou, qu'elle dépassait largement en haut et en bas. Une deuxième attelle analogue à la première, mais d'une longueur double, fut appliquée par son milieu sous la plante du pied, tandis que ses deux extrémités étaient portées sur les faces latérales du membre. Le tout fut fixé au moyen d'une bande de toile ordinaire. afin de mouler exactement l'appareil plâtré sur les parties molles. — Pouls, 84; température axillaire, 37°,4. — Pansement simple; potion avec 1 gramme de chloral.

*Soir.* On enlève la bande roulée; les attelles, déjà sèches et solides, sont maintenues en trois endroits avec des embrasses de diachylon, et vernissées avec du vernis copal ordinaire. — P. 100; T. Ax. 38°,8.

21 *nov.* Le malade a passé une nuit excellente. Depuis que son genou est immobilisé, il souffre beaucoup moins et, pour la première fois, il a pu sommeiller un peu. — La plaie n'a pas changé d'aspect; ses bords sont, toutefois, un peu plus tuméfiés. — Cataplasmes. — P. 92; T. Ax. 38°,4. — *Soir* : P. 96; T. Ax. 39°,2.

22 nov. Pas de souffrances dans la jambe ; sommeil passable. La tuméfaction du genou a cependant augmenté.—La suppuration par la plaie est sereuse et peu abondante.—P. 88 ; T. Ax. 38°,2.—*Soir* : P. 104 ; T. Ax. 39°.

23 nov. P. 88 ; T. Ax. 38°,4. — *Soir* : P. 100 ; T. Ax. 39°,2.

24 nov. P. 88 ; T. Ax. 39° — *Soir* : P. 96 ; T. Ax. 39°,5.

25 nov. Le genou est considérablement tuméfié, surtout à sa partie externe. La capsule articulaire est distendue par un épanchement, et la rotule projetée en avant. La percussion donne un son tympanique. La jambe est œdématisée. —Après avoir enlevé l'attelle antérieure et écarté légèrement l'attelle externe, M. Polaillon pratique une incision profonde qui livre passage à du pus sereux et fétide mêlé de bulles gazeuses. — P. 88 ; T. Ax. 38°,4. — *Soir* : P. 92 ; T. Ax. 39°.

26 nov. A la partie interne de l'articulation, au-dessous et en dedans de la rotule, les téguments sont rouges et tendus ; on sent de la fluctuation. Deux larges incisions donnent passage au pus, et l'on introduit un tube à drainage. Le malade est pris d'un léger frisson après cette courte opération. P. 108 ; T. Ax. 38°,6.

*Soir*. On constate un peu de trismus et de roideur des muscles de la nuque ; pas de sueurs. Potion avec *chloral*, 4 grammes. P. 92 ; T. Ax. 37°,8 ; température *rectale*, 38°,2.

27 nov. Le trismus et la roideur tétanique des muscles de la nuque se sont accentués notablement depuis hier soir. Il y a, ce matin, de la roideur des muscles du tronc ; les mouvements de déglutition provoquent des contractions cloniques excessivement douloureuses. — Les muscles des membres ne sont pas atteints. P. 96 ; T. Ax. 39°,3. *Chloral*, 6 grammes. — *Soir* : Râles trachéaux, respiration difficile, entrecoupée. P. 100 ; T. Ax. 39°,7.

28 nov. *Mort* à deux heures du matin.

*Nécropsie* pratiquée le 29 novembre. — A la partie supéro-externe de la région poplitée, plaie d'environ quatre centimètres de longueur (orifice d'entrée du projectile largement débridé). En disséquant attentivement son pourtour, on trouve dans le tissu cellulaire sous-cutané *une des branches superficielles du nerf sciatique poplitic externe aboutissant à la plaie où elle se trouve coupée*. Une veine peu considérable, venant de la face postérieure du mollet, se trouve aussi sectionnée au même endroit. — Les autres vaisseaux et nerfs de la région sont intacts.

De l'orifice d'entrée part un trajet à parois gangrenées, aboutis-

sant bientôt à un foyer de suppuration, situé au niveau du condyle externe ; celui-ci n'adhère plus au fémur que par son périoste ; il est renversé en dehors et divisé en deux fragments. D'autres esquilles moins volumineuses du fémur sont également adhérentes à leur périoste. A ce niveau, travail d'ostéite au début et suppuration grisâtre remontant le long de la face postérieure du fémur, entre le périoste et la couche musculaire profonde. Les cartilages articulaires ne présentent pas d'altérations appréciables à l'œil nu ; vascularisation de la synoviale en plusieurs points. — En avant du foyer de suppuration précédemment décrit, on trouve le projectile : c'est une balle bavaroise de forme ovale.

*Méninges rachidiennes* : normales. — *Moelle* : Un peu congestionnée à la surface. A la coupe, les cornes présentent, d'un côté, une coloration brunâtre très-marquée.

*Méninges cérébrales* normales. — Adhérences notables de la dure-mère à la voûte crânienne. La surface du cerveau ne présente rien d'insolite. A la coupe, marbrures couleur hortensia des corps striés et des couches optiques, s'observant aussi bien dans la substance blanche que dans la substance grise.

*Plèvres* : adhérences anciennes, surtout marquées à gauche. — *Poumons* : œdème et congestion à la base ; emphysème des bords et du sommet. — *Cœur* : flasque, surcharge graisseuse considérable.

*Foie* : Cirrhose avancée ; lobe gauche complètement ratatiné. — *Rate* : de consistance et de volume normaux. — *Reins* congestionnés.

RÉFLEXIONS. — En publiant l'observation de ce malade, notre désir est d'attirer l'attention sur deux points : 1° les rapports de la courbe thermométrique avec les accidents convulsifs ; 2° l'utilité incontestable de l'emploi des appareils plâtrés pour des cas identiques.

Étudions d'abord le premier point. Si nous jetons les yeux sur le tracé thermométrique, nous voyons la température, qui est normale au début, monter rapidement et atteindre, au cinquième jour, un premier maximum de 39°,5. L'ascension quotidienne du soir se fait régulièrement : elle est, en moyenne, de  $\frac{6}{10}$  de degré. Le sixième jour, la température commence à baisser, et, le septième, au moment de l'apparition du *trismus*, nous trouvons un *abaissement notable au lieu de l'ascension habituelle du soir*. — Le lendemain, sept heures *ante mortem*, le thermomètre remonte à 39°7. (Voir PLANCHE V, fig. 1.) En résumé, la courbe thermométrique représente exactement les trois phases par lesquelles a passé le malade :

*Première phase.* Fièvre traumatique : ascension rapide de la température axillaire se maintenant pendant cinq jours ;

*Deuxième phase.* Apparition des phénomènes tétaniques : abaissement brusque ;

*Troisième phase.* La température remonte jusqu'au moment de la mort.

Comme on le voit, il serait difficile de trouver un type plus parfait de *tétanos à forme apyrexique*, puisque la fièvre traumatique préexistante tombe le jour même où apparaissent les premières convulsions. (L'ascension thermométrique qui se produit le lendemain est inséparable de l'issue finale.)

Déjà nous avons connaissance d'un certain nombre de cas analogues et, maintenant, nous sommes de plus en plus porté à admettre l'opinion suivante : l'apyrexie dans le tétanos n'est pas un fait aussi exceptionnel qu'on le suppose généralement ; les températures élevées, dépassant 42°, signalées par les auteurs allemands, sont sans doute une des particularités de cette affection étrange à tant d'égards, mais elles sont loin d'être constantes. En tout cas, rien ne prouve que cette élévation énorme de la température soit due aux contractions musculaires, ainsi que l'établissent les expériences de Leyden, puisque l'existence de ces contractions n'exclut pas l'apyrexie.

Quoique la marche rapide des accidents tétaniques n'ait permis de retirer aucun résultat de l'application des *attelles plâtrées*, nous désirons attirer l'attention sur divers avantages que présentent ces appareils.

Dans le cas particulier dont il s'agit, les gouttières en fil de fer employées d'habitude devaient être rejetées formellement. En effet, l'orifice d'entrée du projectile se trouvant à la partie postérieure du membre, et la suppuration par cette plaie étant notable, il devenait urgent, pour renouveler le pansement, de sortir chaque jour la jambe de sa gouttière : ce qui n'aurait pu se faire sans imprimer à l'articulation des mouvements aussi douloureux pour le malade que nuisibles à la guérison. Une gouttière plâtrée complète, moulée sur les deux tiers antérieurs du membre, ne convenait pas davantage ; car l'arthrite traumatique étant imminente, il devenait nécessaire de pouvoir examiner et palper à son aise toute la région du genou.

L'application de deux attelles latérales renforcées par une attelle antérieure remplissait, au contraire, toutes les indications. — L'attelle antérieure, sorte d'opercule, pouvait s'enlever sans que l'im-

mobilisation fût moins complète (les attelles latérales restent en place). Aussi l'exploration du genou fut-elle toujours des plus faciles ; l'on put même, sans difficulté aucune, faire les contre-ouvertures et les drainages nécessaires. — Tout l'appareil ayant été convenablement vernissé, l'emploi des cataplasmes, des irrigations détersives, des fomentations émollientes, etc., devint possible sans nuire, en aucune façon, à sa solidité.

Si nous sommes entré dans ces divers détails, c'est pour faire ressortir la simplicité et l'utilité des appareils plâtrés, dont l'usage ne s'est pas encore suffisamment vulgarisé partout. N'avons-nous pas vu récemment, pour un cas identique au nôtre, coucher le malade dans une des grandes gouttières de Bonnet !

L'emploi du plâtre, sous formes d'attelles et de gouttières rendues imperméables par le vernissage, mérite une place importante dans la thérapeutique des plaies compliquées de lésions osseuses ou articulaires. — Outre que ces appareils fournissent un des moyens les plus parfaits de coaptation et d'immobilisation, ils laissent la plaie accessible à l'exploration et aux traitements les plus divers.

---

## NOTES SUR LA TEMPÉRATURE DANS LE TÉTANOS

PAR BOURNEVILLE

La PLANCHE V représente les tracés thermométriques de trois malades qui ont succombé au *tétanos traumatique*. Le premier (fig. 1) est relatif au vieillard, dont notre ami Dupuy a rapporté l'observation plus haut (page 56). Il est d'autant plus intéressant que la température, ayant été prise dès l'entrée du malade à l'hôpital, c'est-à-dire six jours avant le début des phénomènes tétaniques, on a, en quelque sorte, la température initiale du tétanos (+ 57°,8).

Cette température, qui coïncidait avec l'apparition du trismus, était inférieure à celle du matin (58°,6), ce qui semblerait indiquer que, à l'origine du tétanos, au moins dans ce cas, il y a un abaissement de la chaleur centrale. Les diverses explorations ont été faites dans l'aisselle et, pour expliquer cet abaissement, on pourrait arguer de cette circonstance si, le même jour, M. Dupuy n'avait eu soin de vérifier le chiffre donné par l'exploration axillaire, en prenant la température rectale, laquelle étant à 58°, ne s'écartait pas de la différence que l'on note d'ordinaire entre les températures axillaire et rectale.

La mort est survenue avec rapidité (32 heures), et la température, bien qu'elle ait offert une élévation progressive, n'a pas atteint toutefois un chiffre exagéré (39°,7, 8 heures avant la mort)<sup>1</sup>.

Le second tracé (fig. 2) concerne un enfant âgé de neuf ans qui, à la suite d'une plaie du genou par écrasement, ayant nécessité l'amputation de la cuisse, fut pris de tétanos et mourut au bout de six jours<sup>2</sup>.

Après être restée pendant deux jours et demi entre 38° et 39°, la température, au moment d'un frisson, il est vrai, atteignit 40°. Puis, et c'est là le point que nous voulons signaler, elle descendit à 37°,8<sup>5</sup>. Malgré le soin que nous avons mis à prendre ces températures, nous avons cru pendant quelque temps à une erreur; mais nous avons rejeté cette idée, quand nous avons obtenu le troisième tracé.

Celui-ci (fig. 3) se rapporte au malade, dont l'observation se trouve relatée dans le travail de Peltier, sur l'*Emploi du chloral dans le tétanos*<sup>4</sup>. Il s'agissait d'un mobile, âgé de vingt-quatre ans, blessé le 1<sup>er</sup> décembre 1870, par des éclats d'obus, au pied droit et à la cuisse gauche. L'amputation du pied fut pratiquée le 2 décembre. Neuf jours plus tard, on vit débiter le tétanos. Durant deux jours, la température oscilla entre 39° et 39°,6. Le troisième jour, six heures avant la mort, la température tomba à 38°,4.

Dans ces trois cas, le tétanos a marché avec rapidité vers une issue fatale. La dernière exploration thermométrique, surtout dans le second et le troisième, a donné un chiffre peu élevé: 37°,8; 38°,4. Il y a loin de ces résultats à ceux que Wunderlich a obtenus chez plusieurs tétaniques. Les températures les plus hautes mentionnées par ce savant médecin sont les suivantes: 42°,22 peu avant la mort; 44°,75 au moment de la mort; 45°,31 après la mort.

Pourquoi une si grande différence? « C'est, en général, dit M. Charcot, à la suite d'accès répétés qu'a lieu l'élévation finale de la température; mais néanmoins on ne peut invoquer, comme cause

<sup>1</sup> Elle répond sur la figure au signe o.

<sup>2</sup> L'observation du malade est consignée dans notre mémoire intitulé: *de l'Emploi de la fève de Calabar dans le traitement du tétanos*. 1867.

<sup>5</sup> Voici l'explication de signes de la figure 2: — température deux jours après le début; 0 température au moment d'un frisson; ± température six heures avant la mort.

<sup>4</sup> Voy. *Revue phot. des hôpitaux*, page 19, obs. XXVIII.

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX

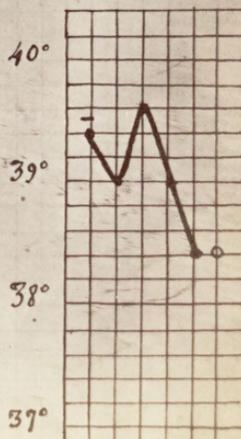
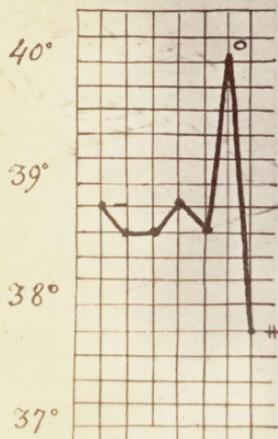
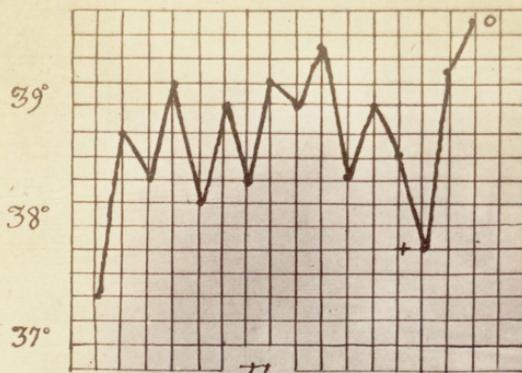


Planche V.

TRACÉS THERMOMÉTRIQUES

(Tétanos)

de cet accroissement considérable de la chaleur, la contraction musculaire, car, dans les cas ordinaires, qu'il s'agisse du tétanos ou de l'épilepsie, les convulsions les plus intenses ne produisent qu'une élévation relativement peu prononcée de la température. (A. Monti, *Beiträge zur Thermometrie des Tetanus in Centralblatt*, 1869, n° 44.) Rarement le chiffre thermométrique atteint alors 39°. D'autre part, dans les cas où l'on note cette grande élévation terminale, les convulsions ont parfois cessé depuis longtemps, et ont fait place à un *coma plus ou moins* profond <sup>1</sup>. »

Ainsi, nous voyons, d'une part des cas accompagnés de *convulsions* qui, en se multipliant, suffisent pour amener la mort; d'autre part, des cas dans lesquels le *coma* vient compliquer ou remplacer les convulsions. Dans la première catégorie, température peu élevée; dans la seconde, température pouvant atteindre un chiffre beaucoup plus considérable. Cette explication est justifiée par l'examen attentif des faits, en particulier de ceux qui se terminent par la guérison et qui n'ont pas été accompagnés de coma. En voici deux à l'appui, empruntés à la pratique de Wunderlich <sup>2</sup>.

I. Enfant de 14 ans, atteint de *tétanos traumatique*, à forme très-douloureuse. Opisthotonos; contracture d'un grand nombre de muscles, surtout de ceux de la face; convulsions réflexes, spontanées et multiples. En même temps, sueur profuse et éruption miliaire confluyente. *Au début, température presque normale* (37°,4 à 38°,5) et exagération à peine appréciable de la fréquence du pouls. La plaie, point de départ de la maladie, n'offre rien de spécial. — *Morphine* à la dose de 1 à 5 centigrammes; bains à 34°. La plupart des symptômes s'atténuent, mais momentanément. — *Aconit*: dix gouttes de teinture, quatre fois par jour, ce qui équivaut, à la fin du traitement, à 24 grammes de teinture et à 2 grammes d'extrait. — Durant la diminution des symptômes, température normale (37°,2 à 37°,5) et ralentissement du pouls, qui tombe au-dessous de la moyenne ordinaire.

II. Homme de 50 ans, peu vigoureux, ayant les poumons malades. *Tétanos spontané généralisé*. Trismus et opisthotonos prononcés;

<sup>1</sup> Charcot, *de l'Importance de la thermométrie dans la clinique des vieillards*, leçon recueillie par M. Joffroy. (*Gaz. hebdomadaire*, 1869, p. 745.)

<sup>2</sup> *Presse médicale belge*, 1871. p. 143, d'après le *Journal central de médecine de Berlin*.

simultanément, contracture d'un grand nombre d'autres muscles; convulsions réflexes, spontanées et multiples; éruption miliaire et sueur abondante; *température à peine fébrile* ( $38^{\circ},3$ ); pouls faiblement accéléré. Une pneumonie intercurrente ne modifie pas les convulsions, mais elle élève un peu la température ( $38^{\circ},5$  à  $38^{\circ},7$ ) et détermine un léger mouvement fébrile. La température tombe bientôt à  $37^{\circ},7$  et le pouls diminue de fréquence. La *morphine*, administrée à l'intérieur au début, et plus tard en injections, -- le *chloroforme*, en frictions sur les parties convulsées et en embrocations sur le reste du corps, amènent une amélioration, mais seulement passagère. L'emploi de l'*aconit* change au contraire complètement l'état du malade: 5 gouttes administrées trois fois par jour, en tout  $10^{\text{gr}},8$  de teinture. Au commencement de l'amélioration, et pendant sa durée, la température est normale ( $36^{\circ},8$  à  $37^{\circ},5$ ); le pouls est plutôt au-dessous de la moyenne.

Ces deux faits confirment, on le voit, la catégorisation que nous avons rappelée. Nous bornons là ces commentaires, car notre but n'était pas d'étudier à fond la température dans le tétanos, mais seulement de relever les particularités des trois cas que nous avons cités, et de donner à nos lecteurs un spécimen des tracés thermométriques obtenus par la photographie.

---

## CLINIQUE CHIRURGICALE

---

### DE L'INFLAMMATION PRIMITIVE AIGÜE DE LA MOELLE DES OS (MÉDULLITE AIGÜE)

PAR CULOT, INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS.

— SUITE —

#### ÉTIOLOGIE.

C'est en vain que, dans les nombreuses observations que j'ai pu rassembler, j'ai recherché quelque cause générale, quelque diathèse prédisposant à la médullite aiguë primitive. Je fais exception, cependant, pour la *sypphilis*, dont les manifestations gommeuses, qui sont de véritables inflammations de la moelle, suppurent assez souvent, J'excepte aussi cet état qui succède à certaines maladies graves,

variole, rougeole, scarlatine, fièvre typhoïde, et dans lequel on voit survenir des médullites tantôt localisées, quelquefois généralisées, comme il ressort des observations d'Ansell, de Valleix, de Brandi, de Cullerier, peut-être celle de M. Guéniot, où les antécédents manquent. Ces faits forment un groupe à part dont je ne puis m'occuper ici.

La *scrofule*, si fréquente chez les enfants, n'est notée que dans un nombre de cas fort restreint et ne semble nullement avoir influencé la naissance du mal. La nature *rhumatismale* de la médullite semble mieux et plus positivement établie. Je doute cependant qu'elle puisse être démontrée. Les auteurs qui lui ont fait jouer un rôle important se sont fondés sur trois ordres de faits : l'influence du froid humide sur le développement de la maladie, les douleurs articulaires et musculaires, les lésions endopéricardiques concomitantes. Ces trois raisons me semblent insuffisantes pour la démonstration.

On ne peut nier que le froid humide, agissant physiquement, ne soit très-souvent la cause occasionnelle d'une maladie rhumatismale, mais de ce qu'il produit très-souvent une maladie rhumatismale, on n'en peut conclure qu'il ne produit pas autre chose. Et l'on comprend aisément que, semblable à tout autre agent physique ou mécanique, le froid puisse agir directement sur la moelle sous-périostique et y déterminer une inflammation.

Quant aux douleurs articulaires et musculaires, on sait qu'elles existent dans tous les mouvements fébriles un peu prononcés, et nous tâcherons de montrer que ces douleurs, quand elles sont très-vives, sont consécutives à la médullite et en marquent une complication. Les faits s'expliquent très-suffisamment de cette façon.

Les lésions endopéricardiques constituent, en faveur de la nature rhumatismale de la maladie, une raison plus sérieuse, mais aussi spé cieuse au fond. Trop souvent, en effet, nous rencontrons en même temps que ces lésions d'autres altérations qui doivent bien mieux nous éclairer sur leur nature. Ce sont des apoplexies pulmonaires, des abcès métastatiques des poumons, des reins, etc. L'ensemble de ces lésions plaide bien plus l'admission d'une complication, septicémie, pyohémie, que celle d'une nature rhumatismale.

Et, en admettant que les raisons précitées fissent incliner vers la nature rhumatismale de la maladie, il faudrait au moins admettre là une singulière forme de rhumatisme : rhumatisme n'alternant jamais avec d'autres formes plus modestes, car je ne trouve aucun fait où des antécédents rhumatismaux personnels soient signalés ;

rhumatisme localisé dans la presque totalité des cas ; rhumatisme aboutissant très-rapidement à la suppuration : trois ordres de faits qui me semblent tellement contraires au type général de l'affection rhumatismale, qu'ils devraient suffire seuls à juger la question.

Nous pouvons donc établir, je crois, que scrofule et rhumatisme sont également impuissants à expliquer l'origine de la maladie. — Y a-t-il quelque cause spéciale ? M. Gosselin admet un vice interne, et M. Gamet appuie sur cette idée : « Ce que nous voulons avant tout, dit-il, c'est une infection antérieure qui préside aux manifestations locales. » M. Roser a donné à cette hypothèse un développement extrême. Sa fièvre pseudo-rhumatismale des adolescents est une maladie distincte, indépendante ; c'est une entité morbide. Le processus frappe les grandes diaphyses, mais peut attaquer primitivement les articulations, le tissu cellulaire, exceptionnellement les plèvres, le péricarde, les reins, les poumons.

M. Bœckel pense que la périostite phlegmoneuse est le plus souvent sous la dépendance d'une cause générale dyscrasique et se rallie à l'opinion de Roser.

Au fond, ces opinions sont semblables, et sauf un nom et l'idée de multiplicité de tissus primitivement frappés, Roser n'a fait qu'emprunter l'idée de M. Gosselin. Nous discuterons donc ces opinions réunies.

Il nous faut d'abord établir que les médullites, même avec symptômes généraux les plus graves, peuvent reconnaître une cause locale.

Des faits que nous avons recueillis nous-même, il ressort bien nettement que la médullite aiguë de cause externe peut amener des accidents typhoïdes. Ce sont là des faits positifs, inébranlables ; l'enchaînement des phénomènes est évident. Pouvons-nous en conclure que, dans tous les cas de médullite, la cause locale a existé ? Non, évidemment ; mais nous pouvons au moins affirmer que le vice interne admis par Gosselin, la dyscrasie de Roser, n'est pas toujours nécessaire. D'ailleurs, cette dyscrasie n'est qu'un mot destiné à voiler notre ignorance, et, hypothèse pour hypothèse, j'aimerais mieux, s'il fallait opter, choisir la violence externe indéniable dans nombre de cas, que la dyscrasie, que l'on ne peut jamais démontrer. MM. Gosselin, Roser, Bœckel, donnent d'ailleurs un petit rôle à leur cause interne, déterminer la localisation première de la médullite, ou les localisations, quand il y en a plusieurs. Cela fait, l'état local suffira pour expliquer la suite des phénomènes. « Dans la maladie

dont nous nous occupons, dit M. Gosselin, l'infection arrive, selon moi, parce que le pus provenant d'un organisme épuisé par une fièvre grave s'altère facilement et fournit des matériaux toxiques au contact de l'air, et parce que ce même organisme assailli ne peut lutter efficacement contre l'action de l'empoisonnement miasmatique purulent. » Comme on le voit par ce passage, il y a une nuance, cependant, entre l'opinion de M. Gosselin et celle de Roser et Bœckel. M. Gosselin admet une cause générale telle qu'il est bien difficile de faire sa part et celle de l'empoisonnement secondaire dans la terminaison, bien que lui-même fasse jouer le plus grand rôle à l'empoisonnement secondaire.

M. Bœckel, avec Roser, est plus net : « La fièvre est causée par la résorption des liquides septiques épanchés sous le périoste ou dans la cavité médullaire. Aussi indique-t-elle toujours l'existence de ces liquides, en l'absence de toute sensation de fluctuation, et motive-t-elle l'ouverture immédiate du foyer. » J'admets sans réserve cette proposition, mais que devient la dyscrasie ? Pour faire tant que de l'admettre, on eût pu se montrer plus généreux à son égard.

Malgré la grande autorité des noms qui acceptent une cause générale antérieure aux localisations de la médullite aiguë, nous sommes amené à la rejeter, parce que, suivant nous, elle n'est qu'une hypothèse, et une hypothèse inutile.

Les causes locales ont une influence bien plus saisissable. Roser assure, un peu malicieusement, qu'en remontant à quelques mois, on les trouve toujours et facilement, et de là il nie leur action. Les faits répondent.

Sur 47 cas où la cause a été soigneusement recherchée, 22 résultent d'une violence extérieure, 12 succèdent à l'action locale du froid, 5 à des fatigues, 5 au froid et à la fatigue réunis ; 6 seulement semblent venus spontanément.

Je citerai quelques faits. Un garçon de 12 ans, plein de santé, tombe en dansant sur le genou droit ; il se relève et continue de danser, sans se plaindre ; le lendemain, douleurs intolérables ; des phénomènes typhoïdes surviennent ; l'enfant meurt au 5<sup>e</sup> jour. (Bœckel.) Un garçon de 16 ans tombe en courant, la jambe porte ; le lendemain, vives douleurs. Entre, cinq jours après, à l'Hôtel-Dieu, présentant plutôt des troubles généraux que locaux. Jobert fait l'amputation de la cuisse. — Un garçon de 19 ans tombe sur l'épaule gauche. Douleur très-vive. Le lendemain, fièvre, puis état typhoïde. Mort. (Ch. Martin, Thèse, Paris, 1869).

Dans un autre ordre de faits, ce sont des ligaments, des muscles insérés sur le périoste qui ont, dans un mouvement forcé, tirillé ce périoste, et, par suite, la couche sous-jacente.

Un garçon de 21 ans, forgeron : longues fatigues du bras ; puis, à la suite des douleurs vives à l'extrémité supérieure du bras droit, le surlendemain, aspect typhoïde. (Fournier.) — Un garçon de 12 ans a le bras droit fortement tirillé en amenant à lui un sac de poudre. Le soir, douleur, puis fièvre intense. (Chipault.)

Ou bien ce sont des fatigues, des marches prolongées et forcées. M. Gosselin a beaucoup insisté sur cette étiologie. Dans un autre groupe, nous avons l'action du froid humide. C'est un garçon de 9 ans, pris de douleurs dans la jambe gauche, après des courses prolongées dans les fossés humides des fortifications. (Boeckel.) — C'est une fille de 50 ans qui porte, un temps assez long, sur son bras nu, du linge qu'elle vient de laver. (Verneuil.) — Ce sont les quatre cas de Morven-Smith<sup>1</sup>.

À côté de ces nombreux faits, nous en trouvons quelques-uns où l'on a attentivement et vainement recherché quelque cause (Henrot), et beaucoup d'autres où l'observateur s'est tu sur ce point fort intéressant.

Il est donc bien probable que, dans la grande majorité des cas, sinon toujours, la médullite aiguë reconnaît pour cause une irritation directe de la couche sous-péricostique ; que cette irritation provienne d'un coup directement appliqué, du froid, du tiraillement de la face externe de l'os par les muscles qui s'y insèrent. On pourrait même, allant plus loin, établir que, dans les cas où la cause locale échappe, elle doit reconnaître quelque mouvement musculaire exagéré ou par son énergie ou par sa répétition. Mais ce serait entrer dans les hypothèses, et, si commode que puisse être cette explication, je dois reconnaître que, dans quelques cas, la cause locale nous manque.

Des objections ont été faites à cette idée. Roser demande pourquoi les jeunes soldats, si souvent soumis à des marches forcées, ne présentent pas, et fréquemment, ces abcès sous-périostiques.

M. Larrey a répondu en partie à l'objection en 1853. « Les conscrits, disait-il dans la discussion qui suivit le travail de M. Chassaignac sur les abcès sous-périostiques, les conscrits sont dans un

<sup>1</sup> Rognetta signale certains érysipèles atteignant des régions peu fournies en parties molles (crâne, sternum, clavicule, tibia) et se compliquant de médullite. Il cite un fait de Crampton.

âge où ces abcès se développent fréquemment. D'autre part, les contusions reçues dans les exercices du fusil ou du gymnase sont une cause occasionnelle de ces collections sous-périostiques. On les voit surtout au tibia ; une incision prompte et large lui paraît donner les résultats les plus favorables. » Il ne parle pas des marches forcées, et sur ce point on ne peut répondre aux faits négatifs de Roser que par l'opposition des faits positifs des autres auteurs.

Un autre fait assez singulier est l'extrême rareté de la médullite à la suite des fractures simples. Mais je n'ai point à l'expliquer. Là encore ce sont des faits négatifs qui ne peuvent prévaloir contre les positifs, et, tout en tenant compte des objections, je suis amené à conclure que l'inflammation aiguë de la moelle des os reconnaît, dans la grande majorité des cas, une cause locale.

La réaction contre la cause locale n'est pas toujours immédiatement sensible, et la médullite franche apparaît après un temps variable. Il faut bien distinguer ici la douleur immédiate qui suit l'application de la cause de celle qui résulte de la médullite. Dans le cas de M. Boeckel, par exemple, l'enfant se relève après sa chute sur le genou et continue à danser. Il dort la nuit, et c'est le lendemain, en voulant se lever, que la douleur survient. Les espaces de temps minimum entre ces deux faits ne sont guère signalés, et souvent ils semblent un peu confondus. Comme maximum acceptable, nous trouvons, chez une petite fille de 12 ans, observée par M. Giraldès, une durée de 15 jours ; 15 jours encore dans un fait de mon excellent ami Bourneville ; entre les deux nous rencontrons 8 jours ; 4 jours dans le cas de M. Verneuil. On pourrait établir, en examinant tous les faits, une série complète, et variant de quelques heures à 15 jours et plus, et dans tous on aurait mêmes raisons d'affirmer la certitude de relation entre la cause et l'effet.

Cette longue durée de la maladie à l'état en quelque sorte latent permet de croire que souvent une cause locale a passé inaperçue. Mais chez quels sujets une lésion médullaire occasionnelle a-t-elle le plus de chance de déterminer une médullite aiguë ? La question est ici fort difficile. Parmi les faits établis sont les suivants :

L'adolescence est de beaucoup l'époque où la médullite aiguë est la plus fréquente. Nous trouvons, en effet, à 18 mois, 2 ; 2 à 6 ans, 7 ; 6 à 10 ans, 10 ; 10 à 14 ans, 21 ; 14 à 18 ans, 53 ; 18 à 22 ans, 8, dont 6 à 18 et 19 ans ; 1 à 29 ans ; 1 à 50.

C'est là, du reste, un fait parfaitement établi, et qui avait frappé les premiers observateurs.

Un autre fait est la prédominance considérable pour le sexe masculin : 55 garçons, 25 filles. La première règle a été expliquée, et l'explication suffit par l'activité de formation osseuse à cet âge.

Toutefois, l'on comprendrait assez mal si on ne tenait compte que de ce fait, la rareté relative de la maladie chez les petits enfants, dont l'ossification est plus active encore, et chez lesquels les périostites secondaires se manifestent avec une si grande énergie. Il faut ici faire intervenir les occupations, les jeux, en un mot, les chances plus grandes de cause locale. Or il apparaît à tous que les petits enfants y sont bien moins sujets que les adolescents, et les filles que les garçons.

Si nous voulons sortir de ces faits démontrés, nous n'avons plus que des hypothèses. Les enfants mal nourris, mal vêtus, vivant dans de mauvaises conditions hygiéniques, les débiles, les lymphatiques, sont-ils plus fortement impressionnés, et une réaction morbide surviendra-t-elle plus facilement chez eux? Autant de questions auxquelles les faits acquis ne permettent pas de répondre d'une manière satisfaisante. Il serait, certes, fort intéressant aussi de savoir pourquoi des phénomènes typhiques surviennent chez l'un et pas chez l'autre; chez quels individus ils sont plus probables. Mais sur ce point également nous ne connaissons rien.

(La suite au prochain numéro.)

## ANUS CONTRE NATURE DE CAUSE TRAUMATIQUE

PAR F. VILLARD, INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

B.... Antoine, âgé de 25 ans, est entré le 29 mai, à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. TRÉLAT (salle Saint-Gabriel, n° 49). Cet homme raconte que, le 25 mai, il a été blessé au ventre par une balle, et qu'immédiatement après cet accident, il fut transporté dans une ambulance où il est resté quatre jours.

Voici l'état dans lequel il se trouve au moment de son admission à l'hôpital : la blessure siège sur la paroi abdominale du côté droit. En examinant attentivement cette région, on voit qu'il existe une plaie en séton dont les orifices présentent la disposition suivante : l'orifice d'entrée du projectile est situé immédiatement au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure droite, qui a été en partie dénudée; l'orifice de sortie est placé sur un plan inférieur au précédent et se trouve à une distance d'environ 2 centimètres

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX

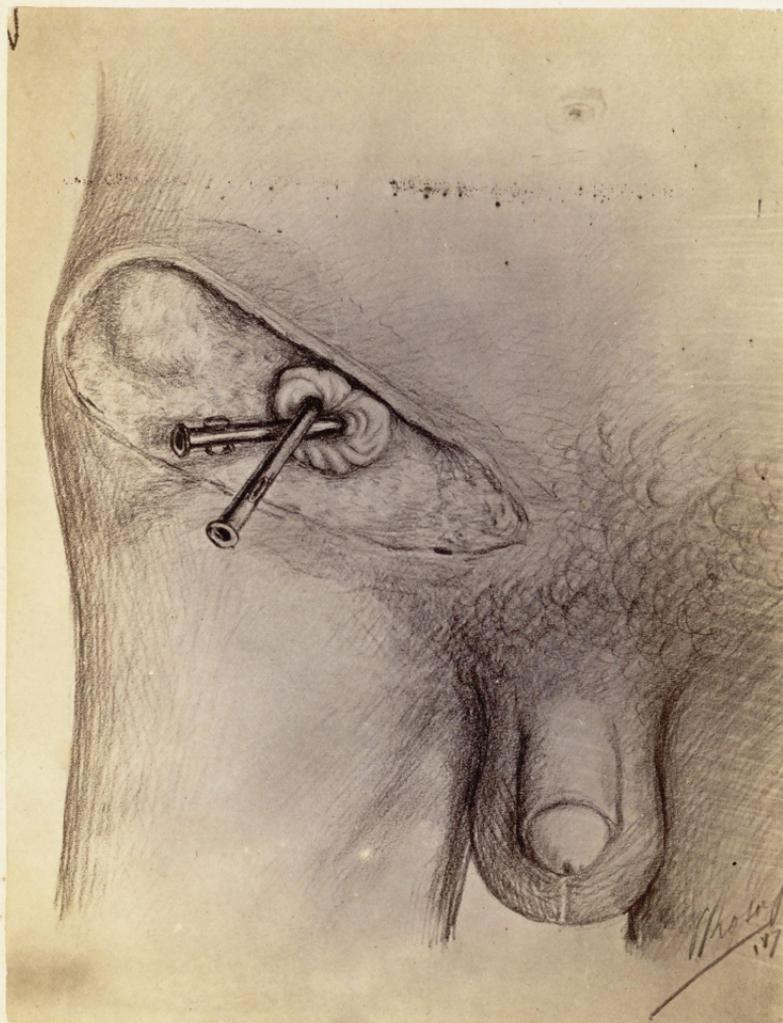


Planche VI.

ANUS CONTRE NATURE

de la ligne blanche. La direction du trajet est légèrement oblique de haut en bas, et de droite à gauche.

Les deux plaies de l'abdomen n'offrirent rien de particulier, les deux jours qui suivirent l'arrivée du malade à l'hôpital; mais à la fin du deuxième jour, on s'aperçut que, par les orifices de ces deux plaies, il y avait un suintement de matières fécales. Il fut alors évident que le projectile avait touché l'intestin et déterminé une *mortification* en un point des parois de ce canal. Le suintement, d'abord léger, devint de plus en plus abondant, et, au bout de quelques jours, toutes les matières alimentaires sortaient par les orifices abdominaux.

Le 15 juin, M. Trélat réunit par une incision les deux orifices : on n'avait plus, par conséquent, qu'une plaie unique, offrant dans son plus grand diamètre une étendue de 15 centimètres. Cette plaie avait la forme d'un triangle irrégulier, à base supérieure, à sommet dirigé un peu obliquement en bas du côté de la ligne blanche. C'est dans l'angle interne de ce triangle, à 2 centimètres environ de son sommet que l'on observe l'*anus contre nature*. La disposition de cette ouverture intestinale est assez curieuse : les replis que forment la muqueuse donnent assez exactement l'idée de la corolle d'une fleur. Avec un peu d'attention on distingue aisément deux orifices : l'un, situé en dehors et qui représente le bout supérieur de l'intestin, ainsi que le démontre la sortie des matières intestinales; l'autre, interne et dirigé en dedans, et représentant le bout inférieur; des sondes introduites dans chacun de ces orifices indiquent, d'ailleurs, leur direction respective. Entre ces deux orifices, on aperçoit assez nettement par intervalle l'éperon qui les sépare. (La PLANCHE VI donne une idée exacte de ces différentes lésions. On voit en dehors un endroit ombré qui répond à l'épine iliaque.)

Les matières intestinales s'écoulaient d'une manière incessante par l'orifice externe; leur aspect indique qu'elles sont arrivées à une période avancée de la digestion intestinale.

30 juin. — Le malade a maigri considérablement depuis un mois : il est profondément anémié, et l'auscultation des poumons permet de constater des signes avancés de tuberculisation pulmonaire. Il meurt dans la nuit.

AUTOPSIE. On trouve les *poumons*, et principalement celui du côté gauche, profondément désorganisés par des *tubercules*. Il existe des adhérences pleurales très-résistantes.

Du côté de l'*abdomen*, on voit quelques *granulations tuberculeuses* à la surface de la séreuse péritonéale. Au niveau de la plaie abdominale, on trouve des *adhérences intestinales* très-résistantes qui englobent le cæcum, une partie du côlon ascendant, et une assez longue portion de l'intestin grêle. Après avoir détruit une partie de ces adhérences, on parvient assez facilement à établir le niveau où s'est fait l'anus contre nature, et on trouve que c'est à 80 centimètres environ au-dessus de la valvule iléo-cæcale, que les tuniques de l'intestin ont été détruites et que les bords de la solution de continuité se sont soudés à la paroi abdominale.

---

## PATHOLOGIE INTERNE

---

### ÉTUDE SUR LES ARTHROPATHIES CONSÉCUTIVES A QUELQUES MALADIES DE LA MOELLE ET DU CERVEAU

PAR BOURNEVILLE<sup>1</sup>

— SUITE —

#### 1. ARTHROPATHIES QUI S'OBSERVENT DANS LE COURS DE LA SCLÉROSE DES CORDONS POSTÉRIEURS DE LA MOELLE. (*Fin.*)

Nous aurions pu multiplier les cas d'arthropathies que l'on observe dans le cours de l'ataxie locomotrice; mais ceux que nous avons rapportés nous semblent suffisants pour édifier nos lecteurs. Aussi croyons-nous devoir borner là cette énumération et terminer cette première partie de notre travail par un résumé clinique de ces manifestations articulaires encore peu connues.

*Symptomatologie. Début.* Les accidents articulaires, — M. Charcot d'abord, puis M. Ball, l'ont déjà fait remarquer, — surviennent le plus souvent à la fin de la première période de la maladie ou au commencement de la seconde, pour le membre que l'on considère. Ainsi, chez deux de nos malades, l'ataxie était arrivée à une période déjà ancienne dans les membres inférieurs, et était à peine à la seconde période aux membres supérieurs ou, en d'autres termes, l'incoordination ne faisait qu'y paraître, quand l'arthropathie est survenue.

<sup>1</sup> Voy. *Revue photographique*, 1870, pages 195 et 229; 1871, p. 9.

La condition générale de la maladie étant connue, voyons maintenant comment se manifeste l'arthropathie.

Le premier phénomène qui, en général, attire l'attention des malades, c'est le *gonflement*<sup>1</sup>. Il se montre d'ordinaire sans accidents fébriles, sans rougeur ni douleur<sup>2</sup>. Les malades que nous avons vues, et en particulier la première, ne laissent aucun doute à cet égard. Il existe non-seulement au niveau de la jointure, mais encore au-dessus et au-dessous d'elle. Dans un cas d'arthropathie du coude gauche, il s'étendait d'un côté sur l'avant-bras et de l'autre jusqu'au tiers inférieur du bras. (Charcot, *Archives de physiologie*, 1868, p. 162.) Chez M. X... (Arthropathie du genou droit), la séreuse articulaire n'était pas seule affectée, car le gonflement avait envahi à la fois la moitié inférieure de la cuisse et le tiers supérieur de la jambe. (*Ibid.*, p. 165.) — L..., atteinte d'une arthropathie de la même jointure, avait la jambe correspondante uniformément gonflée depuis la cheville jusqu'au genou. (*Ibid.*, p. 165.) — Chez deux de nos malades il y avait une tuméfaction, un empâtement de l'avant-bras, et surtout du bras et de l'épaule.

Ce symptôme, — le gonflement, — ainsi que l'indique l'énumération précédente, est toujours plus prononcé au niveau de la jointure. Il diffère de l'œdème ordinaire en ce que la pression du doigt, pour laisser une trace même légère, doit être assez énergique. Simultanément la peau, à part la distension qui rend les veines sous-cutanées plus apparentes, n'est ni rouge, ni chaude; elle est plutôt pâle, quelquefois luisante.

Au bout d'un temps assez court, quelques jours habituellement, la tuméfaction, qui occupait le tissu cellulaire sous-cutané, se cir-

<sup>1</sup> Ménil, toutefois, avait senti auparavant quelques craquements dans la jointure qui allait être envahie. (Obs. I, p. 198.) — Un matin, sans autre cause appréciable, la malade, observée par notre ami Ch. Bouchard, ressentit des craquements dans le genou gauche.

<sup>2</sup> M. Ball cite un malade chez lequel il y avait de la fièvre (120 puls.) et quelques douleurs vagues sur d'autres points. (*Loc. cit.*, obs. II, p. 7.) Or le seul symptôme donné, ici, comme symptôme de la fièvre, c'est-à-dire la fréquence du pouls, n'a pas, du moins dans l'ataxie, une signification absolue : à une fréquence parfois considérable du pouls correspond souvent, nous l'avons déjà dit (1870, p. 229) une température normale. — La malade de M. Bouchard, dont nous avons déjà parlé, trouve « son genou très-gros et très-rouge. Un médecin appelé immédiatement fait appliquer des sangsues. Le lendemain, la malade se lève, mais le genou, quoique moins rouge, est encore douloureux et le gonflement s'est étendu à la jambe et au pied... » (P. Dubois, *Étude sur quelques points de l'ataxie locomotrice progressive*, 1868, p. 47.) La réalité de la fièvre n'est pas démontrée; les renseignements n'ont pas été pris au moment de l'accident; ils sont notés d'après les souvenirs de la malade.

conscrit, ne se voit plus qu'autour de la jointure, et bientôt elle disparaît, permettant alors de constater l'hydarthrose.

Afin de rendre notre description aussi claire que possible, nous distinguerons deux périodes : l'une d'état, l'autre de déformation.

*Période d'état.* L'articulation où siège l'arthropathie est volumineuse. La synoviale est distendue par une quantité plus ou moins considérable de liquide, et le palper y fait reconnaître aisément la fluctuation. Le liquide, ainsi que des ponctions pratiquées dans plusieurs circonstances l'ont démontré, est clair, citrin, visqueux. En raison de sa présence, les surfaces articulaires sont écartées l'une de l'autre, et partant la jointure peut exécuter des mouvements anormaux.

Si, en même temps qu'on rapproche les surfaces articulaires, on imprime au membre des mouvements, manœuvres qui, du reste, ne sont pas douloureuses, on entend des craquements, indices de l'usure des os. Souvent le palper permet de constater l'atrophie des extrémités articulaires. A cette époque de l'affection, pas plus qu'au début, on ne note de douleurs spontanées.

*Période de déformation.* La maladie poursuivant sa marche, il se produit des *luxations* qui varient selon l'espèce de jointure affectée et modifient par conséquent, d'une façon très-diverse, leur aspect extérieur. A l'origine, ces luxations se réduisent avec facilité et demeurent même réduites durant quelque temps ; mais bientôt la luxation devient permanente.

Fréquemment la quantité de *liquide épanché* diminue ; cela nous semble vrai, surtout pour l'épaule, où il peut disparaître. Il suit de là que, au palper, on se rend mieux compte de la configuration des extrémités articulaires. Ainsi, on remarque : 1° *l'usure* qui, croyons-nous, constitue la lésion principale pour l'épaule ; 2° les *bourrelets osseux* et les *corps étrangers* qui se rencontrent plus particulièrement dans les genoux. Les PLANCHES I et II en fournissent de beaux spécimens.

Les *mouvements*, à cette période, loin d'avoir plus d'amplitude qu'à l'état normal comme dans la première période, sont au contraire plus limités, et cette limitation est en rapport avec la nature de la luxation. Toutefois ils sont toujours suffisants pour faire percevoir les *craquements* ; il n'est pas rare alors d'entendre les malades se plaindre de *douleurs* dues au pincement de la synoviale par

les corps étrangers. Nous devons signaler encore l'épaississement des parties molles, et les saillies plus ou moins irrégulières et mobiles formées par les corps étrangers.

*Marche.* La durée de ces deux périodes est très-différente. Dans la première, les lésions marchent vite ; en quelques semaines elles sont profondes, incurables. La seconde période, elle, dure en quelque sorte indéfiniment ; le travail pathologique, s'il s'arrête quelquefois, progresse le plus souvent, quoique avec beaucoup plus de lenteur que dans les premiers temps.

Il n'est pas rare non plus que l'hydarthrose ne se reproduise de nouveau, chez certains malades, et cela de même que la première fois, sans cause extérieure appréciable, ni coups, ni chocs, etc. Il est probable que, alors, la lésion de la moelle à laquelle on est autorisé de rattacher la production de l'arthropathie, éprouve une nouvelle poussée.

De ces considérations il découle évidemment que le *pronostic* est sérieux, non point parce que les arthropathies sont capables d'occasionner par elles-mêmes la mort, mais parce qu'elles aboutissent à des altérations irremédiables et qu'elles annoncent un trouble profond dans la nutrition. Cette explication est rendue plus plausible par la coïncidence dans le tiers des cas (6 sur 18, Ball) avec les arthropathies, des troubles viscéraux. Les *crises gastriques*, entre autres, paraissant dépendre d'une lésion du grand sympathique.

*Siège.* « Il est assez variable. Sur les 16 cas que nous avons rassemblés, dit M. Ball, les localisations se répartissent de la manière suivante :

Les deux genoux au même degré. . . . .	1 cas.
Genou droit (prédominance) . . . . .	5 —
Genou gauche. . . . .	5 —
Épaule droite. . . . .	3 —
Épaule gauche . . . . .	0 —
Coude gauche. . . . .	1 —
Articulation coxo-fémorale. . . . .	1 —
Articulations métacarpo-phalangiennes gauches. . . . .	2 —

D'après ce tableau, l'arthropathie occuperait de préférence les genoux. « Cette prédisposition, dit M. Ball, se rattache à la fatigue que supportent ces articulations dans la marche ; car ce sont les

jointures dont le malade fait le plus habituellement usage qui paraissent être les plus exposées à ce genre d'arthropathie. En effet, l'épaule a été trois fois le siège de la maladie, et chaque fois l'affection occupait le bras droit. Ce singulier privilège s'explique sans nul doute par les mouvements continuels qui se passent dans le bras droit, tandis que le bras gauche, qui demeure habituellement au repos, se trouve moins exposé aux accidents que nous venons de décrire. Il n'en est pas ainsi pour les genoux, qui fonctionnent tous les deux dans la marche ; on voit donc l'arthropathie s'établir indifféremment sur le membre inférieur droit ou sur celui du côté gauche. » (*Loc. cit.*, page 59.)

Cette explication nous semble sujette à caution, au moins pour les membres supérieurs, car s'il est vrai que l'arthropathie intéressait l'épaule *droite* dans trois cas, dans un cas elle occupait le coude *gauche*, et dans deux autres, les articulations métacarpo-phalangiennes *gauches*, ce qui établit l'égalité entre les deux membres supérieurs. Il serait peut-être aussi rationnel d'admettre un rapport direct entre l'arthropathie et le degré plus ou moins avancé de la lésion dans le côté correspondant de la moelle.

*Anatomie pathologique.* — En raison des détails nécroscopiques consignés dans deux de nos observations, nous serons brefs sur ce point. — *OEdème* profond, étendu, envahissant en général presque tout le membre ; *hydarthrose*, *liquide* clair, citrin, sans pus ni flocons albumineux ; — voilà ce qu'on observe au début, qu'il s'agisse de l'épaule ou du genou.

Destruction des *cartilages*, *atrophie*, usure considérable, à marche rapide, des os eux-mêmes ; — telles sont plus tard les lésions principales de l'*arthropathie de l'épaule*.

Usure prononcée des *cartilages*, presque nulle des os, *bourrelets osseux* multipliés, saillants, irréguliers, mamelonnés (d'où *hypertrophie*), *corps étrangers* articulaires nombreux, *épaississement* notable de la *synoviale*, — telles sont les altérations que nous avons rencontrées dans l'*arthropathie du genou*.

La séreuse articulaire, aussi bien celle du genou que celle de l'épaule, n'était vascularisée, n'offrait d'hypertrophie de ses franges synoviales. Dans l'un et l'autre cas *core*, il se produit à la longue des altérations secondaires dues aux déplacements des extrémités osseuses qui se creusent des cavités articulaires accidentelles. (Voy. 1870, obs. I, p. 194 et pl. XXVIII.)

D'après ce qui précède, et à ne considérer que l'anatomie pathologique, on pourrait donc diviser dès maintenant les arthropathies des ataxiques en deux variétés, l'une dans laquelle l'*atrophie* serait pour ainsi dire la lésion capitale, l'autre dans laquelle il y aurait plutôt une sorte d'*hypertrophie*. Nous bornerons là ces commentaires, simple déduction des faits que nous avons suivis et recueillis nous-même. Aller plus loin, ce serait se perdre dans le champ des hypothèses : nous préférons attendre que de nouvelles autopsies viennent éclairer plus vivement ce côté de l'histoire des arthropathies.

*Physiologie pathologique.* « C'est dans la substance grise, dit M. Charcot, que nous croyons avoir trouvé le point de départ de cette complication singulière de l'ataxie. » Dans deux cas d'ataxie locomotrice avec arthropathie, dans lesquels l'examen microscopique a été fait avec soin, les *cornes antérieures* étaient remarquablement atrophiées; un certain nombre de cellules nerveuses, *celles du groupe externe* surtout, avaient disparu sans laisser de traces. L'altération portait d'ailleurs exclusivement sur la corne antérieure du côté correspondant à la lésion articulaire. Elle siégeait à la région cervicale pour l'arthropathie de l'épaule, au-dessus de la région lombaire pour l'arthropathie du genou. Au-dessus et au-dessous de ces points, la substance grise des cornes antérieures était indemne.

Cette altération de l'une des cornes antérieures de la substance grise n'est pas un résultat de l'inertie fonctionnelle à laquelle les membres avaient pu être condamnés, car, dans les deux cas : 1° les membres où siégeaient les arthropathies avaient conservé des mouvements assez étendus ; 2° la lésion de la substance grise différait essentiellement de celle qui se produit en conséquence de l'amputation d'un membre ou de la section des nerfs qui s'y rendent<sup>1</sup>.

La lésion des cornes antérieures si elle vient à s'étendre pourra fort bien occasionner d'autres symptômes de même ordre et surtout l'*atrophie des muscles* du membre atteint d'arthropathie. En pareil cas, l'*ataxie locomotrice progressive* se compliquera : 1° d'*arthropathies* ; 2° d'*atrophie musculaire progressive*.

<sup>1</sup> Charcot, *Leçons cliniques* faites à la Salpêtrière en 1870. (*Mouvement médical*, 1870, p. 340 et 341.)

*Diagnostic.* Entre les arthropaties des ataxiques et les manifestations articulaires du rhumatisme aigu, la confusion n'est guère possible, car de trop nombreuses différences séparent ces affections.

Souvent le *rhumatisme* est précédé de prodromes; toujours, quand il est assez intense pour s'accompagner d'un gonflement assez considérable, il y a un mouvement fébrile plus ou moins accentué. Or dans l'*arthropathie*, à part quelques craquements, et encore sont-ils inconstants, on ne remarque aucun signe précurseur, et la fièvre, douteuse pour nous, n'aurait été indiquée que d'une façon tout à fait exceptionnelle.

Rarement le rhumatisme, même au début, est localisé à une seule jointure, ce qui est le cas le plus habituel de l'*arthropathie*. Jamais, dans le rhumatisme, on ne voit ce gonflement qui envahit tout le membre correspondant à l'*arthropathie*.

Enfin, tandis que, dans le rhumatisme, il y a de la rougeur, des douleurs vives, une augmentation de la température;—dans l'*arthropathie*, la peau est pâle, légèrement bronzée et luisante; la température est normale, et les malades n'accusent aucune souffrance, soit au repos, soit dans les mouvements spontanés.

Des dissemblances caractéristiques séparent aussi, à notre avis, l'*arthropathie* qui nous occupe, de l'*arthrite aiguë*. Toutes les deux, il est juste de le reconnaître, peuvent survenir après un coup, une chute, etc., débiter brusquement et s'accompagner d'une tuméfaction des parties voisines. L'erreur toutefois est courte. La rougeur, la chaleur, la douleur, la température d'ordinaire très-élevée, qui existent dans l'*arthrite*, font défaut d'une manière presque absolue dans l'*arthropathie*. D'ailleurs, la marche de la maladie dissipera les doutes qui pourraient rester encore dans l'esprit du médecin.

Nulle des formes du *rhumatisme chronique*, par son mode d'invasion, par sa promptitude à se développer, ne se rapproche assez de l'*arthropathie* des ataxiques pour qu'il soit véritablement utile d'établir entre elles un parallèle.

Dans l'*hydarthrose*, on n'observe pas un gonflement général du membre correspondant. Si, comme dans l'*arthropathie*, il n'y a ni rougeur ni fièvre, en revanche les mouvements sont souvent douloureux. Le terrain sur lequel les deux affections prennent naissance n'est pas non plus le même: d'une part, il s'agit de sujets scrofuleux, de l'autre de malades atteints d'ataxie locomotrice.

Enfin, l'évolution ultérieure des lésions articulaires est bien différente. L'hydarthrose, en général, est le premier signe d'une tumeur blanche; or les fongosités, les abcès qui apparaissent fréquemment dans le cours de cette maladie ne s'observent pas dans l'arthropathie.

Si l'on ne voit le malade qu'à une époque déjà ancienne des accidents, alors que l'arthropathie est à la période de déformation, les commémoratifs d'une part, ensuite la localisation des lésions à une jointure, à deux tout au plus, l'absence de la diathèse rhumatismale, feront disparaître toute trace d'incertitude sur la nature de la maladie.

La seule confusion possible, du reste, serait avec les *luxations anciennes*. Or le début spontané, le gonflement indolore du membre, la marche des accidents dans l'arthropathie n'ont rien qui rappelle l'origine traumatique, la déformation immédiate et douloureuse de la luxation.

On appréciera encore mieux l'intérêt clinique qui s'attache aux arthropathies de ce genre, lorsqu'on saura que, chez l'un des malades dont il a relaté l'observation, M. Ball est intervenu à temps pour empêcher une amputation.

*Traitement.* Pour faciliter la disparition de l'œdème qui a envahi le membre, on pourra recourir à une *compression méthodique*. — Plus tard, lorsque l'œdème aura disparu, si l'hydarthrose est considérable, les *ponctions*, suivies ou non d'*injections iodées*, donneront peut-être quelques bons effets. Le *repos*, ici, de même que dans toutes les affections articulaires, du moins au début, est de règle. — Enfin, pour s'opposer aux progrès du mal, l'application des *vésicatoires*, l'emploi de la *cautérisation transcurrente*, seraient, croyons-nous, assez avantageux. — Toutefois, il ne faudra pas se faire trop d'illusion sur les résultats que l'on doit attendre du traitement, car on a affaire à une affection toute particulière, dépendant d'une cause persistante, l'affection de la moelle, contre laquelle ont échoué jusqu'ici les efforts de la thérapeutique.

— Voici une dernière observation, aussi probante que les précédentes. Elle concerne une malade que l'on peut encore voir à la Salpêtrière.

OBSERVATION IV. — *Ataxie locomotrice ancienne*. — *Arthropathie*

*de l'épaule droite (1866) : début, marche ; ponctions : caractères du liquide. — État de la jointure en 1868<sup>1</sup>.*

P... Virginie, 56 ans, fruitière, est entrée, le 10 avril 1851, à la Salpêtrière. Cette femme a éprouvé, il y a vingt-trois ans, les premières atteintes de la maladie actuelle. Les douleurs fulgurantes, la constriction à la base du thorax, ont été les premiers symptômes ; puis elle a vu paraître l'anesthésie et de l'affaiblissement des membres supérieurs, surtout à droite. Peu de temps après, le bras droit fut pris à son tour, de sorte que l'ataxie semble avoir offert au début une forme hémiplegique.

L'existence d'une ataxie locomotrice progressive avait été depuis longtemps reconnue, lorsque, vers les premiers jours de janvier 1866, elle éprouva une recrudescence des symptômes, et le côté gauche se trouva aussi fortement atteint que le côté droit. C'est à cette époque que la malade a ressenti les premiers accidents articulaires. Un matin, sans avoir rien constaté de particulier les jours précédents, elle trouve son épaule grosse comme la tête d'un enfant. Elle a cessé complètement de travailler à partir de ce moment (depuis quelques mois elle filait au rouet).

*État de l'articulation, le 11 février 1866.* L'épaule droite présente un volume considérable. Une masse arrondie se dessine sous le muscle deltoïde. La tumeur est plus saillante en avant qu'en arrière. Le bras et l'avant-bras sont le siège d'un œdème considérable. La peau qui recouvre l'articulation est à l'état normal.

Depuis l'apparition de la tumeur, les mouvements sont gênés, sans être douloureux, et des craquements se font entendre dans l'articulation. Au palper, on sent une masse élastique et résistante, qui donne sur quelques points la sensation d'une fluctuation profonde. Il est très-difficile de reconnaître les parties osseuses de l'articulation. La tête humérale elle-même est à peine perceptible.

15 février. M. Léon Labbé pratique une ponction exploratrice. Le trocart, enfoncé à 5 centimètres de profondeur, ne laisse d'abord rien couler. Après avoir été partiellement retirée, la canule donne issue à un liquide séreux, peu filant, d'un jaune médiocrement foncé, et ne paraissant pas contenir de pus ni de sang. On recueille environ 50 grammes de ce liquide dans une éprouvette ; il se forme à la surface une pellicule fibrineuse. A la suite de cette ponction, qui

<sup>1</sup> Observation recueillie par mon ami C. CARVILLE et par moi.

n'a été suivie d'aucune douleur, l'articulation paraît mieux fonctionner.

24 février. Une nouvelle ponction est pratiquée : elle donne issue à 110 grammes d'une sérosité renfermant quelques globules sanguins et moins filants que la première fois.

26 février. Troisième ponction qui donne issue à 100 grammes de sérosité.

5 mars. Nouvelle ponction, donnant issue à 100 grammes de sérosité sanguinolente.

25 mars. Deux ponctions demeurent sans résultat. L'épaule est douloureuse, dure et tendue.

10 avril. Amélioration notable. L'épaule a complètement diminué de volume. Le 4 mai, la malade sort de l'infirmerie.

*État actuel de l'épaule droite (octobre 1868).* Lorsqu'on compare les deux épaules, on est tout d'abord frappé de l'aspect carré de l'épaule droite. L'acromion est aussi saillant que possible; le deltoïde est très-tendu; le creux sus-claviculaire est en partie effacé, et on y sent une saillie irrégulière, dure, qui se déplace lorsque l'on imprime des mouvements au bras : cette saillie n'est autre que la tête de l'humérus, ainsi qu'on peut le constater en introduisant la main dans l'aisselle. Il existe donc une luxation intra-coracoïdienne. La tête de l'humérus paraît plus petite qu'à l'état normal.

La luxation se réduit très-facilement, mais elle se reproduit dès que la malade exécute un mouvement. Elle se sert assez bien de ce membre, et parvient à s'habiller seule; mais tous les mouvements spontanés ou provoqués donnent lieu à des craquements manifestes.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

### Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie. —

Année 1869. — Un fort volume in-8° avec 6 planches lithographiées et coloriées Paris, chez Adr. Delahaye, éditeur.

L'année 1869 n'a pas été, pour la Société de biologie une des moins fécondes, une des moins bien remplies. Anatomie, physio-

logie, pathogénie, pathologie, thérapeutique, ont fait l'objet de communications et parfois de mémoires importants. Des travailleurs infatigables sont venus apporter là les résultats de leurs recherches laborieuses, et parmi eux nous trouvons bon nombre de noms honorablement connus dans la science, tels que MM. Bert, Brown-Séguard, Charcot, Grehant, Onimus, Rabuteau, Vulpian, etc., etc. — Nous ne pouvons analyser tous les mémoires contenus dans ce volume; nous ne pouvons même les mentionner tous; qu'on nous permette donc de nous arrêter seulement aux plus importants.

La *physiologie*, normale ou pathologique, est surtout représentée par les travaux de MM. Bert, Jolyet, Brown-Séguard, Laborde, Leven, Rabuteau, etc. A M. Bert nous devons différentes communications sur l'*action de l'acide phénique sur la moelle*, sur la *résistance des animaux nouveau-nés à l'action de certains poisons*; sur l'*influence de certains rayons lumineux sur l'étiollement des animaux*; nous lui devons également des recherches sur la *respiration des poissons*, sur les *mouvements de la sensitive*, sur le *tic*, le *tournoiement*, sur la *transfusion du sang*, etc. MM. Bert et Jolyet nous ont donné deux mémoires, l'un sur l'action physiologique de l'acide phénique, l'autre relatant des expériences sur l'*absorption vésicale*.

A M. Brown-Séguard nous devons un grand nombre de communications relatives à l'*épilepsie*, produite, soit par lésion de la moelle épinière, soit par lésion du sciatique, soit par lésion des nerfs des membres inférieurs; sur la *zone épileptogène*, sur la *production de la tuberculose chez les cochons d'Inde*, etc. MM. Laborde et Leven ont exposé les résultats de leurs travaux sur les *effets de l'esérine*, et sur ceux de l'*acide carbonique* sur différents animaux.

M. Rabuteau a fait diverses communications, principalement sur les *iodates et les bromates*, de même que sur les *variations de l'urée sous l'influence du bromure de potassium*; à ce propos, nous trouvons une note très-intéressante au sujet de l'*emploi des bromures dans l'intoxication saturnine*; M. Rabuteau appelle l'attention de ses confrères sur les bromures alcalins, qu'il considère comme calmants et éliminateurs, en un mot, comme les meilleurs médicaments de l'intoxication saturnine aiguë ou chronique, et particulièrement dans les accidents cérébraux, tels que l'amaurose et l'épilepsie saturnine. Cet appel a été entendu. M. Bucquoy, quelque temps après, guérissait d'une manière sûre et rapide, à l'aide du

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX



Planche VII.

**SYPHILIDE**

bromure de potassium, un saturnin chez qui le traitement ordinaire avait échoué. M. Sée en a aussi obtenu de bons résultats chez un malade atteint d'arthralgie et de paralysie saturnine.

A M. Vulpian nous devons une étude sur l'*action du bromure de potassium à hautes doses*, quelques considérations sur la *physiologie de la moelle épinière* ; sur les *troubles de la pupille*, après la section du sciatique, chez la grenouille, etc. — Signalons encore une note relative aux *fonctions gustatives du nerf lingual*, par J.-L. Prevost ; quelques expériences ayant pour sujet la *pathogénie du tétanos*, par MM. Arloing et Tripier.

Parmi les différentes communications ou mémoires ayant trait à l'*anatomie pathologique*, l'encéphale et la moelle épinière occupent une large part ; c'est ainsi que nous noterons : 1° une communication de M. Bouchereau sur un cas d'*hémorrhagie cérébrale coïncidant avec des hémorrhagies rétiniennes avec anévrysmes miliaires de la rétine*. — 2° Différentes observations de M. Joffroy sur l'*atrophie musculaire progressive avec paralysie labio-glosso-laryngée*, sur la *sclérose en plaques*, sur une *atrophie du cerveau* produite par des kystes symétriques développés dans les hémisphères cérébraux et rentrant dans ces lésions récemment étudiées avec soin par M. Cotard dans sa thèse inaugurale, sous le titre d'*Atrophie partielle du cerveau* ; — 3° une observation de M. Voisin sur une *méningo-myélite suraiguë avec sclérose des cordons latéraux* ; — 4° des communications nombreuses et intéressantes sur la *méningite tuberculeuse cérébro-spinale*, par MM. Liouville, Magnan, Hayem, etc.

Dans un autre ordre de faits, citons quelques communications de M. Hayem sur les *hémorrhagies musculaires dans les fièvres graves*, sur la *stéatose aiguë des muscles dans la variole*, etc., de M. Joffroy, sur la *genèse des abcès du foie par oblitération du canal cholédoque*, etc.

La *thérapeutique* occupe une part relativement restreinte dans les Comptes rendus de la Société de biologie ; cependant nous trouvons plusieurs communications se rapportant surtout à la thérapeutique expérimentale ; ainsi l'*action physiologique de la conine*, par M. Jolyet ; ainsi les effets de l'*esérine*, par MM. Laborde et Leven ; nous trouvons aussi des remarques sur la *transfusion du sang*, présentées par M. Brown-Séguard, à propos d'une observation donnée par M. Thaon.

La *pathologie* proprement dite comprend différents travaux dont quelques-uns présentent un grand intérêt. Un des plus volumineux

est un mémoire de M. Bouchut sur l'*ophthalmoscopie appliquée au diagnostic des maladies de la moelle épinière*, mémoire duquel l'auteur essaye de faire ressortir les faits suivants :

Les maladies de la moelle épinière, telles que la myélite aiguë, la sclérose spinale, l'ataxie locomotrice, déterminent souvent une lésion congestive et plus tard atrophique de la papille du nerf optique. — Les lésions du nerf optique produites par les maladies de la moelle sont le résultat d'une action réflexe ascendante congestive et elles se font par l'intermédiaire du nerf grand sympathique. — La présence d'une hyperémie du nerf optique, de la diffusion rougeâtre de la papille et d'une atrophie partielle ou totale de cette partie, coïncidant avec l'affaiblissement et l'engourdissement des membres inférieurs, indique l'existence d'une maladie aiguë ou chronique de la moelle.

Nous devons aussi signaler une observation pour servir à l'histoire clinique des abcès du cerveau consécutifs aux otorrhées, ainsi qu'une note sur l'endocardite et l'hémiplégie puerpérales par M. Ollivier; un mémoire de M. Lépine sur la *température des nouveau-nés*, un travail de M. Roque sur l'*inégalité des papilles* dans les affections des poumons, des ganglions bronchiques et du péricarde, etc., etc., etc.

Une plus longue énumération deviendrait fastidieuse. Nous nous bornerons donc encore à signaler, dans un autre ordre de faits : 1<sup>o</sup> la description d'un *monstre célosomien*, par M. Chambon, médecin-vétérinaire; 2<sup>o</sup> une note sur une nouvelle espèce de *tœnia*, par M. Grenet, suivie de l'examen microscopique de ce tœnia, par M. Davaine. — Nous ne pouvons terminer sans donner un mot d'éloge aux planches qui accompagnent ces mémoires de la Société de biologie; elles ne laissent rien à désirer sous le rapport de la beauté et de la fidélité de l'exécution.

G. PELTIER.

AVIS A NOS LECTEURS. — Chacun des numéros suivants répondra à *un mois* et aura 32 pages. — Le volume de l'année 1871 aura, par conséquent, 320 pages.

*Le Gérant* : A. DE MONTMÉJA.

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX DE PARIS

## SYPHILIOGRAPHIE

### SYPHILIDE PAPULEUSE PLATE, MODIFIÉE PAR LA GROSSESSE

PAR A. DE MONTMÉJA.

La polymorphie est un des caractères essentiels des manifestations cutanées de la syphilis. Cette polymorphie ne comporte pas seulement une série nombreuse de formes d'éruptions nettement définies, mais elle admet encore des variétés, des nuances, des altérations dans l'aspect de chacune d'elles. Dans le premier volume de cette publication (année 1869), nous avons représenté **PLANCHE XIII**, un cas de syphilide pigmentaire, dans lequel la coexistence d'une grossesse avait non-seulement provoqué l'apparition de la maladie dans une région où elle ne se manifeste pas d'ordinaire, mais encore avait modifié entièrement la coloration de l'éruption.

Aujourd'hui nous publions une photographie (voy. **PLANCHE VII**) qui représente une jeune femme du service de M. GUIBOUT, à l'hôpital Saint-Louis, chez laquelle il est survenu des plaques syphilitiques d'une coloration peu ordinaire et dans une région insolite. Ces modifications ont été amenées, selon nous, par la coexistence d'une grossesse.

Dès le début, l'éruption se présentait suivant le type ordinaire des syphilides, que notre maître le docteur Hardy a décrites sous la dénomination de *syphilides papuleuses plates*, et que M. Bazin appelle *plaques muqueuses de la peau*, alors qu'elles s'accusent avec un certain aspect dont nous aurons à parler tout à l'heure.

Les antécédents de la malade étaient très-nettement établis, et l'éruption, toute récente lorsque nous l'avons examinée, offrait les caractères suivants : les plaques syphilitiques, localisées sur la partie antérieure des cuisses, avaient un diamètre très-varié, comme

on peut le voir sur la figure ; certaines plaques atteignaient le diamètre d'une pièce de dix centimes, tandis que d'autres étaient de très-petites papules ; leur coloration rouge sombre avait la physiologie qui caractérise ce genre d'éruption. Peu élevées au-dessus des téguments, ces plaques paraissaient avoir une épaisseur égale ; les grandes plaques étaient un peu déprimées dans leur partie centrale, et ne possédaient pas encore cette légère squame blanche, qui, vers la fin de l'éruption, forme une sorte de cercle sur la partie moyenne de la plaque ; nous devons dire même que l'éruption a disparu sans que ce symptôme se soit produit. Au bout de neuf à dix jours, nous avons revu la malade ; elle n'avait pas encore fait usage du traitement mercuriel, et son éruption avait complètement changé d'aspect ; abandonnant la couleur rouge brun, elle avait pris une teinte brunâtre analogue à celle de l'aréole du mamelon, et nous ne saurions donner une idée plus exacte de cette coloration qu'en la comparant à la teinte photographique elle-même. La forme et la surface des plaques n'ont présenté aucune humidité, aucune croûte, comme on en rencontre dans les plaques muqueuses de la peau, de M. Bazin.

L'éruption a pâli graduellement, et la saillie des plaques s'est nivelée avec les téguments qui les environnaient. Une macule a remplacé chaque papule, et la coloration de cette tache n'a rien présenté d'anormal.

La durée totale de cette syphilide a été de trois mois, période un peu plus longue qu'elle ne l'eût été dans les circonstances ordinaires, et dont la prolongation des accidents doit être attribuée, selon nous, à l'intensité de la coloration anormale des papules qui ont fait l'objet de cette description.

Le traitement mercuriel, mis en vigueur vers le troisième septénaire de la maladie, a été continué jusqu'à l'affaissement complet des papules. L'accouchement s'est effectué à terme deux mois et demi après la guérison de l'affection syphilitique, et l'enfant n'a porté, en venant au monde, aucun stigmate de syphilisation.

## PATHOLOGIE INTERNE

## ÉTUDE SUR LES ARTHROPATHIES CONSÉCUTIVES A QUELQUES MALADIES DE LA MOELLE ET DU CERVEAU

PAR BOURNEVILLE<sup>1</sup>

— SUITE —

## II. ARTHROPATHIES QUI S'OBSERVENT DANS LE COURS DE L'ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE.

Pour terminer l'histoire des arthropathies qui forment le premier groupe des lésions articulaires, d'origine trophique, auxquelles M. Charcot a consacré plusieurs de ses Leçons cliniques de 1870, il nous faut citer les cas suivants survenus : l'un chez une femme atteinte d'atrophie musculaire progressive ; l'autre chez un homme à la suite d'une lésion traumatique de la moelle.

OBSERVATION V. — *Atrophie musculaire progressive.* — *Arthropathie de l'épaule droite.* — J'ai vu, dit M. Moritz Rosenthal, une affection semblable à celle décrite chez les ataxiques par M. Charcot, — chez une femme de 50 ans, atteinte d'atrophie musculaire progressive qui avait d'abord occupé le bras gauche, puis le droit. Alors que, vers la troisième année de la maladie, l'atrophie s'était étendue aux membres inférieurs avec perte de la contractilité électrique des extenseurs, *il survint, sans aucune trace de douleur ni d'inflammation, un gonflement de l'épaule droite* qui atteignit presque le volume d'une tête d'enfant. Ce gonflement persista pendant près d'une année. Vers la fin de la quatrième année, il y eut une paralysie des extrémités qui étaient amaigries, pour ainsi dire à l'état squelettique. Incontinence d'urine et des matières fécales. Il se produisit du *décubitus* au sacrum et la malade mourut d'une pneumonie. — Pas d'autopsie<sup>2</sup>.

—L'arthropathie observée chez la malade précédente ne nous paraît différer par aucun symptôme important de celle des ataxiques. Il est même surprenant que l'on n'ait pas mentionné plus souvent cette complication dans l'atrophie musculaire progressive, car il nous

<sup>1</sup> Voy. *Revue photographique*, 1870, pages 195 et 229; 1871, p. 9.

<sup>2</sup> Moritz Rosenthal, *Handbuch der Diagnostik und Therapie der Nervenkrankheiten*, p. 571.

semble y avoir, au point de vue des lésions, un rapport entre les arthropathies des ataxiques et l'atrophie musculaire progressive. On sait, en effet, que, dans cette dernière affection, les cornes antérieures de la substance grise présentent, entre autre lésions, une atrophie profonde et la disparition même d'un bon nombre des grandes cellules nerveuses<sup>1</sup>.

### III. ARTHROPATHIES CONSÉCUTIVES A UNE LÉSION TRAUMATIQUE DE LA MOELLE.

Nous n'en connaissons qu'un exemple dû à M. Viguès. Nous en donnons le résumé<sup>2</sup> :

OBSERVATION VI. — *Lésion traumatique de la moelle.* — *Arthropathie du genou gauche.* — *Eschare.* — En 1850, pendant une émeute, un homme reçut dans le dos un coup d'épée entre la neuvième et la dixième vertèbres dorsales, à trois centimètres et à droite de la ligne médiane. Le trajet de la plaie était oblique de droite à gauche et légèrement dirigé de bas en haut. Le premier jour, on observa une paralysie motrice complète des deux membres inférieurs, de la vessie et du rectum. A gauche, la sensibilité du membre abdominal était évidemment exagérée; à droite, au contraire, elle était très-obtuse. Douze jours après l'événement, on put constater une augmentation de volume de la cuisse gauche; il y avait en même temps, dans l'articulation du genou correspondant, une accumulation de liquide assez considérable pour éloigner la rotule des condyles de plus d'un centimètre. La partie postérieure du membre était surtout infiltrée. Le treizième jour, on remarqua sur la fesse droite une eschare assez profonde pour intéresser une bonne partie du derme. La paraplégie ne fut que temporaire; le mouvement reparut à droite, assez rapidement, et beaucoup plus tard à gauche. A en juger d'après les symptômes, la blessure avait dû intéresser la totalité du cordon postérieur et du cordon latéral de la moelle du côté gauche, et la presque totalité, sinon la totalité de la substance grise du même côté.

— D'après les symptômes remarqués dans ce cas, l'arthropathie se rapprocherait beaucoup plus de celle des ataxiques que des lésions articulaires que l'on rencontre chez les hémiplégiques. On ne si-

<sup>1</sup> Voy. Charcot et Joffroy, *Deux cas d'atrophie musculaire progressive avec lésions de la substance grise et des faisceaux antéro-latéraux de la moelle épinière.* (Arch. de physiologie, 1869, p. 629, etc.)

<sup>2</sup> *Journal de physiologie* de Brown-Séquard, 1865, tome VI, p. 125.

gnale ni rougeur, ni chaleur, etc. ; et, de plus, la lésion de la moelle nous paraît la même, à savoir : lésion des cellules de la partie antérieure de la substance grise.

Le second groupe des lésions articulaires susceptibles d'être rattachées à des troubles trophiques consécutifs à des maladies : *a)* de la moelle, *b)* du cerveau comprend les arthropathies qui se développent, soit dans les cas de compression de la moelle (tumeur, mal de Pott, etc.), soit après une lésion traumatique du centre nerveux spinal, soit dans le cours de la myélite primitive avec ramollissement, soit enfin dans les membres paralysés chez les hémiplégiques.

Nous ne consacrerons que quelques lignes à chacune des premières variétés, nous proposant d'insister plus longuement sur les arthropathies des hémiplégiques, sur les contractures qui les affectent et l'attitude qui en est la conséquence. Nous espérons que le résumé des divers travaux publiés sur ce sujet ne sera pas sans intérêt pour nos lecteurs. En effet, il est possible de tirer de ces études, sous le rapport pratique, des indications qu'il est bon de connaître. Le plus souvent, par exemple, chez les sujets qui nous occupent, on attribue au rhumatisme certaines manifestations articulaires qui n'ont rien de commun avec lui, mais sont, au contraire, sous la dépendance plus ou moins directe des lésions de la moelle ou du cerveau. Sans plus de préambule, procédons à l'examen des faits.

#### IV. ARTHROPATHIES QUI S'OBSERVENT DANS LES CAS DE COMPRESSION DE LA MOELLE.

Les cas de ce genre, dans lesquels des arthropathies se sont manifestées, sont rares et, comme l'esprit des observateurs n'était pas fixé d'une manière sérieuse sur ce point, on ne trouve le plus ordinairement qu'une simple mention. Le fait suivant, entre autres, est loin d'être complet.

OBSERVATION VII. — *Tumeur tuberculeuse de la moelle.* — *Arthropathie du genou droit* (GULL, *Cases of Paraplegia*, cas 52 in *Guy's Hospital Reports*, 4258, III<sup>e</sup> série, p. 206 et P. DUBOIS, *loc. cit.* p. 52). Elisabeth W..., à l'âge de huit mois, perdit graduellement l'usage du bras droit ; au bout de 15 mois (avril 1857), le gauche s'affaiblit de la même façon : les membres paralysés pendaient flasques et inertes. La tête était rétractée entre les épaules, le cou roide. Les

membres inférieurs étaient faibles, mais pouvaient cependant être remués volontairement. Le système musculaire était en général affaibli, surtout au bras. La peau, toujours chaude, transpirait librement. Parfois vomissements. Pouls rapide, faible.

Dans la première moitié de mai (1857), le *genou droit devint le siège d'un épanchement* dans la membrane synoviale et, à partir de cette époque, les membres inférieurs furent en partie paralysés. On y voyait, en outre, des contractions spasmodiques fréquentes, plus marquées dans le membre droit, qui était le plus faible (*épilepsie spinale*). A la suite de différents accidents, l'enfant succomba le 12 septembre par épuisement.

A l'autopsie : tumeur tuberculeuse siégeant au niveau de la moitié inférieure du renflement cervical ayant causé une absorption complète du tissu propre de la moelle. Nul détail sur l'état de la jointure.

— L'hydrarthrose ne nous semble attribuable, ici, qu'à un trouble de la nutrition consécutif à la lésion de la moelle en quelque sorte détruite en un point, car le rhumatisme est véritablement exceptionnel à cette époque de la vie.

J. K. Mitchell et Gull ont mentionné des cas analogues, le premier chez des individus atteints de carie vertébrale ayant déterminé une compression de la moelle<sup>1</sup>, le second dans un cas assez complexe<sup>2</sup>.

#### V. ARTHROPATHIES QUI S'OBSERVENT DANS LE COURS DE LA MYÉLITE PRIMITIVE.

« L'inflammation aiguë ou subaiguë des jointures des membres paralysés peut survenir aussi, dit M. Charcot, dans la myélite primitive avec ramollissement, ainsi que le démontrent entre autres

<sup>1</sup> *The American Journal of the medical Sciences*, 1851, t. VIII, p. 55.

<sup>2</sup> *Guy's Hosp. Reports*, III<sup>e</sup> série, t. IV. 1858, obs. XXVII. — Anne E..., 59 ans, entre le 31 mars 1857. Saillie de la troisième vertèbre sacrée suite d'une chute faite il y a onze ans; cicatrice à droite de la crête sacrée. Depuis deux ans, douleurs dans le dos, entre les épaules, sensation de constriction et de froid autour de la poitrine. L'extension des jambes était encore possible, mais la marche impossible. Le jour suivant les *main*s, les *genoux*, les *jointures des pieds* étaient gonflées et douloureuses. Chaleur fébrile, selles involontaires. A son entrée, les mains étaient gonflées, roides et douloureuses, avec rougeur érythémateuse sur le dos de la droite et sur la deuxième jointure du pouce gauche. Les jambes étaient paralysées au point qu'elles ne pouvaient être que faiblement déplacées. Le troisième jour. *eschare* au sacrum — Pendant dix jours les mains restèrent rouges, douloureux, roides et gonflées. Le 8 avril, les mains étaient encore gonflées et érythémateuses. Pouls à 100. 15 avril : mieux, parfois contraction des membres, mais pas de rigidité permanente; mains gonflées, roides, mais moins

les cas de Gull<sup>1</sup> et de Moynier<sup>2</sup>, où l'on voit les arthropathies se développer dans le même temps où une eschare se forme rapidement au siège<sup>3</sup>. » Voici le résumé de l'observation de Moynier.

OBSERVATION VIII. — *Myélite subaiguë. — Paralyse progressive. — Arthropathie du genou et de l'articulation tibio-tarsienne du côté droit. — Eschares. — Mort.* — Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans qui a présenté tous les symptômes de la myélite subaiguë à la suite du séjour prolongé dans un endroit humide et de grandes fatigues. La paralysie du mouvement commence à se prononcer dans les membres inférieurs le 25 janvier; elle y est complète le 9 février. Le 25 du même mois, la peau de la région sacrée est le siège d'une plaque érythémateuse. Le 5 mars, il s'y est développé une eschare. Le 6 mars, une *douleur vive* se manifeste au *genou droit, qui est tuméfié, et donne la sensation de fluctuation*. Il y a en outre *tuméfaction douloureuse de l'articulation tibio-tarsienne* du même côté. Le 8 mars, le genou avait déjà diminué de volume. Le 9, des eschares se manifestent aux talons. La mort survint le 27. L'autopsie a montré un foyer de ramollissement siégeant à 4 centimètres environ au-dessus de la queue de cheval.

— Les lésions trophiques — arthropathies, eschares, — sont ap-

rouges; épaules plus libres. — 22 avril : les mains ont leur aspect normal et ont perdu leur roideur. Jambes plus libres. — A partir de là, amélioration non interrompue; guérison en septembre.

<sup>1</sup> Le deuxième cas de Gull, de même que le précédent, ne se rapproche pas, d'une façon absolue, des arthropathies que nous décrivons. Gull discute l'hypothèse d'un rhumatisme et incline vers la négative. Peut-être, cependant, pourrait-on se demander s'il ne s'agit pas là d'un rhumatisme développé, à propos d'un traumatisme, chez un sujet d'ailleurs prédisposé.

Obs. XXVIII. — W. T..., 58 ans; chute le 2 janvier 1855. Au bout de quelques jours, paraplégie partielle, faiblesse des sphincters et, en même temps, rougeur diffuse et gonflement des jointures des jambes et des poignets. Le gonflement n'était pas dû à un épanchement dans les jointures, mais à un œdème des tissus environnants. Jointures très douloureuses. Rougeur et gonflement variables. A ce summum d'intensité des symptômes, les jointures avaient l'apparence ordinaire du rhumatisme ou plutôt de la goutte, car l'érythème était plus luisant et l'œdème plus distinct que dans le rhumatisme. Les mains étaient également affectées, bien qu'il n'y eût pas de paralysie. Pouls, 120. Hypéresthésie au plus léger contact; une pression énergique a moins d'inconvénients. — Le pouls tomba à 80; l'affection des jointures varia en degré en mars-juin; mais à partir du commencement d'avril, il y eut une amélioration du pouvoir moteur des membres. En juin, le malade marchait seul. Durant le sommeil, les mains et les poignets, les jointures des pieds, devenaient érythémateuses et gonflées. En juillet, *exeat*. (GULL, *loc. cit.*)

<sup>2</sup> *Moniteur des sciences méd.*, 1859.

<sup>3</sup> *Mouvement médical*, 1870, juillet-août.

parues chez ce malade avec une promptitude remarquable. L'absence de douleurs dans les autres jointures plaide en faveur de l'origine spinale que nous donnons à ces altérations.

Dans ce second groupe, les ressemblances des arthropathies avec le rhumatisme sont, du reste, assez nombreuses. On observe de la rougeur de la peau, qui est souvent un peu chaude; la jointure est gonflée en raison de l'épanchement qui s'est effectué dans la synoviale — autant de symptômes qui se voient dans le rhumatisme; mais il y a aussi quelques différences que l'étude des arthropathies des hémiplegiques rendra évidentes. Dès maintenant nous pouvons dire qu'on les rencontre chez un grand nombre d'hémiplegiques indemnes de tout signe de diathèse rhumatismale, et qu'elles n'affectent que les jointures du côté paralysé.

#### VI. ATTITUDE ET CONTRACTURE DES MEMBRES. — LÉSIONS ARTICULAIRES QUI S'OBSERVENT CHEZ LES HÉMIPLÉGIQUES.

Les malades que nous allons passer en revue appartiennent à deux catégories distinctes : les unes sont hémiplegiques, en quelque sorte depuis l'enfance, les autres ne le sont devenues qu'à une époque plus ou moins avancée de l'existence.

1<sup>o</sup> *Hémiplegiques par atrophie partielle du cerveau datant de l'enfance.* L'histoire de l'atrophie partielle du cerveau a été tracée avec beaucoup de soin par l'un des anciens internes de la Salpêtrière, M. Cotard. Se basant sur les nombreuses observations qu'il rapporte, et recueillies pour la plupart à la Salpêtrière, M. Cotard résume et classe les lésions anatomiques, indique les causes capables de les produire et consacre un dernier chapitre, marqué au coin d'une certaine originalité, à la symptomatologie. Les phénomènes du début, les accès d'épilepsie consécutifs, l'état mental, l'état des membres et du tronc, etc., sont successivement décrits. Il insiste d'une façon spéciale sur la *parole*, et nous pensons utile de citer le passage suivant :

« Il est extrêmement remarquable, dit-il, que, quel que soit le côté de la lésion cérébrale, les individus hémiplegiques depuis leur enfance ne présentent *jamais* d'aphasie, c'est-à-dire d'abolition de la faculté du langage avec conservation plus ou moins complète de l'intelligence. Dans nos observations d'atrophie remontant à la première enfance, l'intelligence n'est jamais mieux développée que la faculté du langage; on n'observe jamais cette impossibilité d'exprimer les idées, ce contraste singulier entre les facultés intellec-

tuelles et les facultés d'expression qui donnent aux aphasiques une physionomie si originale.

« Dans quelques cas, un mutisme absolu joint à une idiotie complète coïncide avec des lésions atrophiques considérables des deux hémisphères. — D'autres fois, une imperfection plus ou moins grande de la parole est en rapport avec une imperfection non moins considérable de l'intelligence; ce sont les idées qui manquent bien plus que les moyens d'expression. — Dans tous les cas où les facultés intellectuelles ont acquis quelque développement, nous voyons que les malades parlaient facilement, même lorsque le lobe frontal gauche ou l'hémisphère gauche tout entier étaient profondément altérés.

« De ces propositions qui résument les faits décrits dans nos observations, nous sommes en droit de conclure tout d'abord que, lorsqu'un hémisphère cérébral a été détruit pendant la première enfance, l'autre hémisphère peut le suppléer dans ses fonctions et qu'il suffit de l'un quelconque des deux hémisphères pour l'exercice sensiblement normal des facultés intellectuelles<sup>1</sup>. »

Cette citation témoigne de l'intérêt qui s'attache à l'étude de l'atrophie cérébrale; nous espérons faire voir que la connaissance des déformations des membres, des lésions des jointures, etc., n'est pas moins curieuse et digne d'être signalée d'une façon spéciale. Tout d'abord voyons les faits.

OBSERVATION IX. — *Convulsions à 17 mois. — Hémiplégie à gauche. — Peur vive suivie d'accidents épileptiques (2 ans). — Menstruation. — Aggravation des accès (22 ans). — Crises gastriques. — Attitude des membres paralysés.*

Lecom..., Adèle Louise, 42 ans, est entrée à la Salpêtrière dans le service spécial des épileptiques, le 29 février 1848. Elle nous donne sur ses *antécédents* les détails suivants (1866). Elle a été élevée au sein en nourrice. Sa santé aurait été passable jusqu'à 17 mois, époque où ont éclaté des convulsions à la suite desquelles on s'est aperçu qu'elle était paralysée du côté gauche. Elle n'a marché qu'à 2 ans et demi<sup>2</sup> et encore avec quelque difficulté. A 3 ans, elle est revenue à Paris, lieu de sa naissance. La parole, alors, était difficile, souvent incompréhensible. Peu après, vers l'âge de 4 ans, Lec... a eu des gourmes (croûtes dans les cheveux, glandes au cou, ophthalmie qui

<sup>1</sup> *Étude sur l'atrophie partielle du cerveau*, p. 89-90; Paris, 1868.

<sup>2</sup> Elle ne marchait ni ne parlait avant les convulsions.

a duré 5 ans, engelures aux pieds) et à 7 ans, une fièvre intermittente. — Elle est devenue propre à 2 ans.

A 12 ans, le lendemain d'une peur occasionnée par les tentatives obscènes d'un individu ivre, elle fut prise d'accidents qu'elle caractérise ainsi : chaleur par tout le corps, malaise général, faiblesse, rougeur de la face, qui devint pourpre et perte de connaissance, mais pas de convulsions. Deux ou trois jours plus tard, les règles apparaissent sans difficulté; depuis ce moment elles ont toujours été régulières.

De 12 à 22 ans les accès épileptiformes que nous venons de décrire sont revenus fréquemment, quelquefois au nombre de 8 à 10 dans un seul jour. Ils ont subi, à cette date — 22 ans — une transformation qui leur a imposé les caractères des accès complets. Ni le petit mal ni le grand mal n'ont modifié l'attitude des membres paralysés : « Depuis que j'ai souvenance, dit-elle, ils ont toujours eu la même position. » — Les *convulsions*, ainsi que nous l'avons constaté, *prédominent du côté paralysé*.

*État actuel* (1871). Nous avons vu cette malade en 1866, dans le service de M. DELASIAUVE; nous la retrouvons aujourd'hui dans le service de M. CHARCOT, offrant à peu de chose près les mêmes symptômes. En voici la description :

Les deux moitiés de la tête de la face sont inégales<sup>1</sup>. La tête a 51 centimètres de circonférence au niveau de sa base et en passant par-dessus les conduits auditifs; la moitié *droite* mesure un centimètre de moins que la gauche. Les oreilles ont les mêmes dimensions. *L'ouïe* est aussi bonne d'un côté que de l'autre.

Les *paupières* sont ouvertes également et les *globes oculaires*, au toucher, paraissent avoir le même volume. Les *pupilles* sont normales, contractiles. La *vue*, nette à droite, est faible à gauche : de ce côté, la malade dit avoir une espèce de brouillard qui obscurcit les objets. Il n'y a pas *d'arc sénile* ni de paquets adipeux.

Les plis palpébraux, ceux du front, sont aussi accusés à droite qu'à gauche. Le sillon naso labial droit, seul, est moins accentué que le gauche. La *narine droite* est moins dilatée que l'autre. La bouche, la langue n'offrent aucune modification. Le *goût*, l'*odorat*, la *parole* ne présentent rien de particulier. — Les mouvements du *cou* sont libres.

<sup>1</sup> Sur la planche VIII, on voit avec un peu d'attention que la joue gauche est plus saillante, plus bombée, que la droite.

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX



Planche VIII.

**ARTHROPATHIE CHEZ UNE HÉMIPLÉGIQUE**

*Membre supérieur gauche.* La PLANCHE VIII donne une idée très-exacte de l'attitude du membre supérieur gauche. On voit : 1° que l'épaule, comparativement à la droite, est moins arrondie ; — 2° que le bras est en quelque sorte collé contre la paroi thoracique ; — 3° que l'avant-bras forme un angle droit avec le bras ; — 4° que la main, et nous insistons sur ce point, est tout à fait à angle droit sur l'avant-bras ; — 5° que les doigts sont légèrement fléchis. Quant au pouce, il pend en dedans et est accolé à la paume de la main.

Les mouvements de l'épaule sont assez étendus : la malade peut élever le bras horizontalement, le porter dans l'adduction et dans l'abduction. — Au coude, la flexion seule est possible ; l'extension ne va pas plus loin que ne l'indique la PLANCHE VIII. — Il existe, au poignet, une contracture qui rend à peu près tout mouvement impossible. — Les articulations du pouce sont mobiles. La flexion des doigts s'exécute assez bien, mais l'extension est très-incomplète en raison de la contracture très-moderée, d'ailleurs, des muscles fléchisseurs des doigts. — L'aponévrose palmaire est tendue. — Les éminences thénar et hypothénar, les muscles interosseux ne sont pas atrophies.

Le membre supérieur gauche, considéré dans son ensemble est, par rapport à l'autre, beaucoup moins développé. Un coup d'œil jeté sur la PLANCHE VIII l'indique déjà, et les mensurations suivantes le démontrent.

	A GAUCHE.	A DROITE.
Circonférence au-dessous de l'aisselle. . . . .	19 centim.	26 cent.
— à la partie moyenne. . . . .	18 —	25 —
— du coude. . . . .	21 —	25 —
— de l'avant-bras à la partie moyenne. . . . .	16 —	22 —
— du poignet. . . . .	14 —	15,5 —
— du pouce à sa racine. . . . .	6 —	7,5 —
— du pouce à sa partie moyenne. . . . .	5,2 —	6,5 —
— des quatre derniers métacarpiens. . . . .	15,5 —	18,5 —
Longueur de la clavicule. . . . .	14 —	15 —

Lecom... ne se sert de son bras gauche que pour appuyer, pour presser. Elle travaille à la buanderie au pliage du linge ; voici comment elle procède : elle maintient la partie déjà pliée avec la main gauche pendant que la droite prépare un second pli.

*Membre inférieur gauche.* Il est moins long que le droit d'environ trois centimètres. La hanche est libre ; le genou, roide, accomplit d'une façon passable les divers mouvements. Le pied n'est pas sensiblement déformé. Voici les mensurations comparatives des deux membres inférieurs :

	A GAUCHE.	A DROITE.
Circonférence de la cuisse (tiers inférieur).	55 cent.	58,5 cent.
— de la jambe (jarrettière).. . . . .	25,5 —	28 —
— du mollet. . . . .	27 —	31,5 —
— du cou-de-pied. . . . .	22 —	25 —
— du métatarse. . . . .	20 —	21 —
Longueur du pied. . . . .	21 —	22 —

La *marche* se fait assez bien, sans trop de fatigues; mais dans les mouvements le pied traîne un peu et se renverse parfois; la malade s'incline sur le côté gauche; quelquefois aussi la jambe fléchit tout à coup.

Les différents modes de *sensibilité* sont intacts; il n'y a pas, à cet égard, la moindre différence entre les deux moitiés du corps. — L'excitabilité réflexe est cependant augmentée au membre supérieur gauche. La malade nous raconte que, parfois, lorsqu'elle s'ingère d'étendre la main gauche, il survient presque aussitôt des spasmes tétaniques courts et répétés dans le membre supérieur correspondant (*épilepsie spinale*).

Outre ces phénomènes convulsifs, la malade éprouve de temps en temps : 1° des élancements dans le coude qui, partant de la nuque et de la région cervicale postérieure, s'irradient dans le bras et le coude; — 2° des douleurs vives dans le poignet et des craquements dans l'épaule et le coude. Ces derniers symptômes seraient influencés par les changements atmosphériques.

La malade semble plus âgée qu'elle ne l'est; les cheveux blanchissent et plus à *droite* qu'à gauche. L'inégalité que nous avons signalée pour les membres, les épaules, n'existent pas pour les *seins*, qui sont peu développés, mais égaux. D'habitude, la santé est assez bonne. Toutefois nous devons mentionner : 1° des migraines; 2° des crises gastriques.

1° Ses *migraines* s'accompagnent : (a) de douleurs occupant surtout la *moitié droite* de la tête et plus spécialement la région pariétale; — (b) parfois de vomissements; — (c) et toujours d'abattement, de lourdeur intellectuelle.

2° Une fois par an, L... est sujette, durant vingt-quatre heures, et cela depuis l'origine de sa paralysie à des accidents bizarres : les membres paralysés se contractent davantage, se retournent, dit-elle, le coude et l'épaule sont le siège de vives douleurs, puis surviennent des nausées bientôt suivies de vomissements bilieux; à ce cortège de symptômes s'ajoutent enfin de l'incertitude dans les idées, un peu de délire caractérisé surtout par de la loquacité et des

divagations. Elle dort et tous ces accidents disparaissent sans accès épileptique ni crises d'aucune nature. (En 1866, nous avons été témoin d'une crise de ce genre.)

L'*intelligence* est, comparativement, assez développée. La malade ne sait pas lire, mais cela tient à ce que ses accès ont empêché qu'on pût la garder à l'école<sup>1</sup>. La *mémoire* est bonne. L... raisonne bien. Son caractère est doux, timide; ses allures n'offrent aucun signe d'excentricité. — Les accès ont suivi la marche suivante :

Année 1866. . . . .	14 accès.	Année 1869. . . . .	4 accès.
— 1867. . . . .	8 —	— 1870. . . . .	5 —
— 1868. . . . .	21 —	— 1871. . . . .	5 —

D'après ce tableau, les accès paraîtraient diminuer.

— La suite au prochain numéro. —

## TÉRATOLOGIE

### HÉMIMÉLIE DE L'AVANT-BRAS DROIT

Notre ami Carville nous a fait voir au commencement de cette année, dans le service de M. EMPIS, dont il était alors l'interne, une enfant née le 22 décembre 1870 et atteinte d'une malformation curieuse de l'avant-bras droit. Un interrogatoire attentif de la *mère* de l'enfant ne nous a fourni que des renseignements insignifiants. Ainsi, en ce qui la concerne, elle est assez forte, peu nerveuse, âgée de 50 ans et d'ordinaire elle jouit d'une bonne santé. Elle est entrée à l'hôpital pour un rhumatisme articulaire aigu (27 novembre 1870). Sa grossesse (c'est la quatrième) ne lui a rien offert de particulier. L'accouchement s'est opéré à huit mois. Des trois premiers enfants, un seul est vivant; les autres sont morts l'un à 11 mois d'une cholérine, l'autre d'une fluxion de poitrine à 4 mois et demi. Aucun d'eux ne présentait de difformité.

Relativement au *père*, âgé de 28 ans et demi, on nous assure

<sup>1</sup> Cette femme est arrivée à la Salpêtrière à l'âge de 12 ans et, comme elle était réglée, on n'a pu la placer dans le service des enfants épileptiques et idiots où il y a une école. De là l'ignorance de cette femme. Si les administrateurs de l'Assistance publique s'étaient montrés plus soucieux de l'intérêt des malades que de leur intérêt personnel, il y a longtemps que chaque hôpital, et surtout chaque hospice, aurait son école, sa bibliothèque. Avec les traitements des gros employés *inutiles* on réaliserait sans peine cette réforme.

qu'il se porte bien, ne fait pas d'excès de boisson et n'a jamais d'attaques nerveuses. — Du côté des ascendants, il n'y aurait pas d'antécédents névropathiques sérieux.

#### I. DESCRIPTION DE L'AVANT-BRAS DURANT LA VIE.

L'aspect général indique une enfant d'une force moyenne, en rapport du reste avec sa naissance un peu prématurée. — Le membre supérieur droit est le siège d'un arrêt de développement qui n'intéresse que l'avant-bras. En effet, les deux bras ne paraissent différer ni dans leur volume ni dans leur configuration. — L'articulation du coude est libre.

L'avant-bras droit est représenté par un moignon long de 5 centimètres, à peu près cylindrique et sur l'extrémité inférieure duquel on distingue : 1° un petit tubercule cutané ayant 4 à 5 millimètres de hauteur et autant de largeur, dépourvu d'ongle et ne ressemblant que très-vaguement à un doigt ; 2° auprès de ce tubercule on voit, ainsi que la PLANCHE IX le représente d'une façon exacte, un repli cutané, curviligne, profond de 2 à 5 millimètres. Quand on efface cette dépression en tirant sur la peau, on ne découvre aucune trace de cicatrice, mais on aperçoit un autre tubercule encore plus petit que le précédent. — Le palper permet de sentir dans cet avant-bras rudimentaire un corps résistant; mais il est difficile de dire au juste s'il y a un seul os dû à l'union du radius et du cubitus qui seraient aplatis, — ou si ces deux os sont distincts, séparés par un intervalle.

Au moment du bombardement de la Pitié (janvier 1871), on fut obligé de faire évacuer le bâtiment où se trouvait la salle des femmes de M. Empis et, à la fin de mars, nous retrouvâmes et la mère et l'enfant dans le service de M. MOLLAND. Un nouvel examen ne nous fit découvrir aucune particularité nouvelle.

A la fin de mai, l'enfant, se nourrissant mal, le lait de sa mère étant pâle et peu abondant et les circonstances ne permettant pas d'avoir du lait de vache, l'enfant, di-*ons-nous*, s'affaiblit rapidement, devint pâle; bientôt apparut une bronchite qui semblait s'amender un peu lorsque nous avons quitté le service (12 juin). Cette amélioration ne fut pas de longue durée : il survint une *pneumonie lobaire* qui emporta le petit malade le 30 juin. — Nous allons maintenant reproduire la note suivante, que nous devons à l'aimable obligeance de M. Troisier.

B.

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX



Planche IX.

**HÉMIMÉLIE DE L'AVANT-BRAS DROIT.**

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX

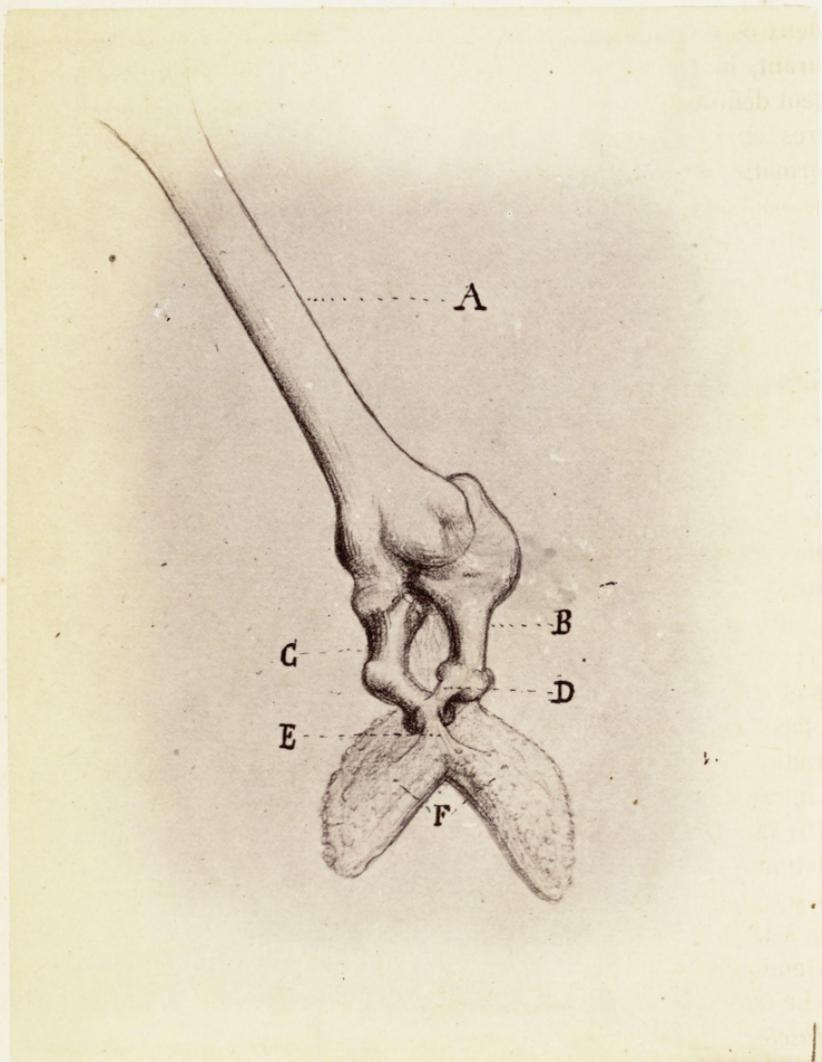


Planche X.

**HÉMIMÉLIE DE L'AVANT-BRAS DROIT**

SQUELETTE

## II. DISSECTION DU MEMBRE

par TROISIER, interne des hôpitaux de Paris.

1<sup>o</sup> *Description des os.* — A. *Bras.* L'*humérus* a sa conformation normale. Il a 7 centimètres de longueur (PLANCHE X, A).

B. *Avant-bras.* Le *radius* (C) et le *cubitus* (B) sont représentés par deux os de la même grosseur que ceux du côté opposé, mais ne mesurant, le cubitus que 5 centimètres et demi, le radius que 2. On peut définir leur forme en disant qu'ils offrent celle de leurs congénères en raccourci. Ainsi leurs extrémités supérieures ont une conformation normale et s'articulent avec l'*humérus*; cette articulation est également normale. Le corps du cubitus présente trois faces et se termine par une extrémité inférieure renflée et offrant à sa partie interne une petite apophyse d'où part un ligament qui s'insère à la peau au niveau de la dépression la moins profonde.

Le radius est situé en avant du cubitus, dans la position de pronation forcée. Il offre une courbure dont la concavité regarde en dedans et en arrière, de sorte que son extrémité inférieure est antérieure et relevée vers le cubitus, 5 millimètres au-dessous duquel elle est située. Elle est très-épaisse et représente la forme normale de l'extrémité inférieure du radius. Un fort ligament part de son apophyse styloïde et s'insère au niveau de la dépression infundibuliforme de la peau. Le corps du radius présente deux tubérosités. Une première, située immédiatement au-dessous de la tête (tubérosité bicipitale); une seconde, très-volumineuse, située à la partie moyenne de l'os et qui représente les rugosités qui se voient à l'état normal sur la face externe du radius.

Le radius et le cubitus sont rattachés l'un à l'autre par une membrane interosseuse, et leurs extrémités inférieures par un fort ligament (D) qui représente le ligament triangulaire. — Il existe une articulation radio-cubitale inférieure.

2<sup>o</sup> *Description des parties molles.* — A. *Muscles du bras.* Le *biceps* s'insère à la tubérosité bicipitale. — Le *brachial antérieur* se voit sous le tendon du biceps et s'insère à l'apophyse coronoïde du cubitus. — Le *triceps* s'insère à l'olécrâne.

B. *Muscles de l'avant-bras.* Les muscles de la région antérieure sont représentés par des masses musculaires qu'on peut diviser en deux groupes : l'un, superficiel, qui s'étend du bord interne de l'*humérus* et de l'épitrôchlée à la tubérosité décrite sur la face externe du radius; cette insertion se fait par un tendon. — L'autre,

profond, qui s'étend de l'épitrôchlée, de la partie supérieure des deux os de l'avant-bras et du ligament interosseux à l'extrémité inférieure du radius et à la peau. Cette masse remplit tout l'espace situé entre le radius et le cubitus.

*Région externe.* Le *long supinateur* et les *radiaux* sont représentés par une masse musculaire qui s'étend du bord externe de l'humérus et de l'épicondyle à la peau du moignon. Le *court supinateur* s'étend de l'épicondyle à la portion du radius située au-dessus de la tubérosité de la face externe (insertions normales).

Les muscles de la *région postérieure* se confondent en partie avec les muscles de la région externe. L'anconé seul est distinct ; il s'étend de l'épicondyle à la facette triangulaire de la face postérieure du cubitus.

L'*artère humérale* se divise au pli du coude en cinq ou six petits rameaux qui se distribuent aux muscles et au tissu cellulaire sous-cutané.

Les principaux *nerfs* de l'avant-bras avaient leurs représentants qui se perdaient dans la peau du moignon<sup>1</sup>.

## ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT DE L'AVANT-BRAS GAUCHE (HÉMIMÉLIE)

PAR LEROY DES BARRÉS, INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Avant de décrire la malformation dont il s'agit, observée chez un enfant âgé de dix mois, nous allons donner quelques détails sur ses parents.

Le *père*, âgé de 56 ans, de constitution robuste, a toujours joui d'une bonne santé, jusqu'à il y a deux ans, époque où il contracta la syphilis : chancre, roséole, plaques muqueuses. Cet homme commet aussi quelques *excès alcooliques*.

La *mère*, âgée de 21 ans, est lymphatique. Jamais elle n'a eu d'accidents syphilitiques ou nerveux. Elle est bien réglée habituellement. Sa grossesse a été pénible : des vomissements tourmentèrent cette femme, pendant les six premiers mois ; ils reparurent dans la dernière quinzaine (vomissements muqueux puis alimentaires). De

<sup>1</sup> La pièce a été présentée à la Société anatomique et déposée au musée Dupuytren. Sur la PLANCHE X, faite d'après un dessin de M. Rosapelly, E représente une sorte de ligament qui se perd dans la peau du moignon, F.

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX



Planche XI.

**HÉMIMÉLIE DE L'AVANT-BRAS GAUCHE**

plus, elle a éprouvé des douleurs abdominales. — L'accouchement (primiparité) a été facile. Le travail commencé à 8 heures du soir se terminait à minuit (présentation du sommet). Le placenta n'a pas été examiné. Cette femme dit *avoir été très-vivement impressionnée au troisième mois* de sa grossesse par la vue d'un de ses voisins qui est atteint d'une paralysie de la main droite<sup>1</sup>.

Elle a allaité son enfant jusqu'à sept mois ; l'a sevré alors, parce que le lait faisait défaut et que ses règles étaient reparues depuis quelque temps (janvier). — Dans la famille des parents, on ne trouve aucun exemple de vice de conformation. — L. Georges, âgé de dix mois, avons-nous dit, est bien portant. Sa croissance se fait bien. Il porte aujourd'hui quatre incisives (deux supérieures, deux inférieures). Il est indemne de syphilis et ne présente aucun autre vice de conformation que celui dont nous allons parler.

Le membre supérieur *droit* a sa configuration normale. Du sommet de l'acromion à l'apophyse styloïde du radius, il a une longueur de vingt et un centimètres et demi. De l'acromion à l'épicondyle huméral on note treize centimètres et demi. L'avant-bras mesure huit centimètres.

A *gauche*, la longueur du bras est de treize centimètres et demi ; mais l'*avant-bras* est constitué par un moignon qui ne mesure que *quatre centimètres et demi*. (Voy. PLANCHE XI, fig. 1.)

La circonférence du bras, à la partie moyenne, est de douze centimètres pour les deux côtés. Au pli du coude, la circonférence est de chaque côté de onze centimètres : il n'y a donc pas d'atrophie à gauche.

Le *moignon* présente les particularités suivantes : long de quatre centimètres et demi, il est conique. La peau a sa coloration naturelle. — Le pli du coude présente deux plis transversaux, distants l'un de l'autre, dans l'extension, de deux centimètres. Le pli inférieur répond à l'articulation du coude, qui est normalement constituée. — Les *mouvements* s'y font avec régularité.

Le *sommet* du moignon offre deux dépressions. Chacune d'elles correspond à l'extrémité de l'un des os de l'avant-bras : on dirait qu'à cet endroit il y a adhérence de la peau avec chaque extrémité osseuse. La dépression interne qui correspond au radius paraît plus excavée ; cette apparence est due à la longueur plus courte de cet os.

<sup>1</sup> Il s'agissait d'un individu atteint d'hémiplégie, suite d'atrophie cérébrale de l'enfance. (Voy. PLANCHES VIII et XVI.)

La dépression de la peau au niveau du cubitus est circonscrite à sa partie interne par un petit sillon incomplet à concavité externe. En déprimant fortement la peau, on peut introduire entre ces deux os l'extrémité unguéale de l'auriculaire.

Plus en dedans, on rencontre deux tubercules cutanés, situés au fond d'une petite gouttière; l'externe a le volume d'un grain de millet; l'interne, celui d'un pois (Voy. PLANCHE XI, fig. 2).

Quand l'avant-bras (gauche) est porté dans la flexion forcée, les dépressions s'effacent à peu près complètement en même temps que les tubercules deviennent plus saillants. S'il est facile alors de sentir l'extrémité des os de l'avant-bras, il n'en est plus de même quand le moignon se trouve dans une position intermédiaire à la flexion et à l'extension; — on dirait en pareil cas qu'il n'existe qu'un seul os dans le moignon; toutefois, si l'on suit la face postérieure du moignon, on parvient à sentir à son extrémité inférieure une espèce de gouttière.

Le moignon jouit de mouvements de flexion et d'extension très-complets; on peut même constater l'existence de légers mouvements de pronation et de supination — Les muscles se contractent énergiquement et l'enfant oppose une résistance sérieuse aux explorations du moignon; — celui-ci, qui est conique pendant la contraction, se ramasse pendant le repos et prend une forme arrondie; alors disparaissent en partie dans les plis de la peau les particularités qui viennent d'être indiquées.

---

## CLINIQUE OBSTÉTRICALE

---

### NOTES ET OBSERVATIONS SUR QUELQUES MALADIES PUERPÉRALES

PAR BOURNEVILLE<sup>1</sup>

#### III. EXEMPLE DE RUPTURE DE L'UTÉRUS. (*Suite.*)

Nous avons publié dans le numéro de janvier (page 25) une observation de *rupture de l'utérus*, survenue chez une multipare à la suite probablement de manœuvres maladroites. Cette femme, au

<sup>1</sup> Voy. *Revue photographique*, 1870, pages 155, 176, 216 et 247; — 1871, pages 25.

moment de son entrée à l'hôpital Saint-Louis (service de M. HARDY), présentait des symptômes indubitables de péritonite. Elle mourut sans accoucher douze jours après le début des accidents, neuf jours après son admission dans l'établissement. L'autopsie nous a permis de vérifier le diagnostic porté pendant la vie : rupture de l'utérus et péritonite consécutive. Au moment de la publication de cette observation, le défaut d'espace nous a empêché d'insérer les réflexions suivantes qui font ressortir les traits principaux de l'histoire de ce cas :

RÉFLEXIONS. I. Les *causes* de la rupture de l'utérus sont nombreuses. Les unes sont *prédisposantes* (multiparité, distension excessive et affaiblissement morbide des parois utérines, rétrécissement du bassin, rigidité ou imperforation du col utérin, obliquité de l'utérus ou de la tête de l'enfant); les autres sont *déterminantes* (violences extérieures, contraction de l'utérus et des muscles abdominaux, manœuvres obstétricales). Quelles causes invoquerons-nous pour expliquer la rupture observée chez notre malade?

Tout en reconnaissant que la multiplicité des couches faites par cette femme a pu amener un affaiblissement de l'utérus, nous croyons que l'accident a eu pour origine principale les manœuvres obstétricales. Le passage suivant du *Traité* de M. Hervieux vient justifier notre opinion : « Assurément, dit-il, les manœuvres les plus habiles et les mieux justifiées peuvent, dans certains cas où les parois de la matrice ont subi une distension et un amincissement extrêmes, comme il arrive surtout chez les multipares, donner lieu à des ruptures de l'organe, mais qu'il nous soit permis de dire hautement que ce n'est pas là l'origine la plus habituelle des faits... *L'impéritie de l'accoucheur pendant l'acte parturitif*, des manœuvres coupables pendant la gestation, voilà peut-être les causes déterminantes les plus communes des ruptures utérines. » (*Loc. cit.*, p. 291.)

L'impéritie de l'accoucheur! hélas! elle n'est que trop fréquente et il est certain qu'elle joue un très-grand rôle dans la production des accidents qui succèdent aux couches. Pour s'en convaincre, il suffit de se rappeler comment se fait l'enseignement clinique de cette partie si importante de la pratique médicale. Où les étudiants peuvent-ils s'instruire? A l'hôpital des cliniques. Mais il s'y fait un nombre relativement peu considérable d'accouchements, insuffisant pour que les sages-femmes et les étudiants puissent acquérir des notions sérieuses. Et, d'un autre côté, il ne faut pas oublier que la

répétition du toucher sur une même femme n'est pas sans inconvénient.

La Maternité est réservée d'une façon exclusive aux sages-femmes. Le service spécial de l'hôpital Cochin, institué en 1865, a été fermé jusqu'ici, non-seulement aux étudiants en général, mais encore aux internes et aux externes de l'établissement, en vertu d'un ordre de M. Husson, cet administrateur dont quelques-uns osent encore vanter le zèle et la bonne volonté !

Restent donc les petits services des hôpitaux. Or ceux-ci sont sous la direction de médecins victimes eux-mêmes d'un enseignement défectueux ou qui préfèrent consacrer leur temps aux malades ordinaires et n'ont, par conséquent, que de faibles dispositions à donner des conseils aux rares élèves désireux d'acquérir quelques notions sur les accouchements. La preuve de cette assertion est facile à fournir : tandis qu'il y a chaque année, dans les hôpitaux, un certain nombre de cours cliniques sur la médecine ou sur la chirurgie, on n'en voit pas un seul sur les accouchements.

II. Cette digression, déjà trop longue, nous éloigne de notre sujet et il est temps d'y revenir. Nous avons dit quelles étaient les causes probables de la *rupture de l'utérus*. Voyons maintenant quelles étaient les autres particularités de la *lésion*.

La rupture siègeait ici sur la face antérieure et le fond de l'utérus ; on sait qu'elle peut occuper d'autres points de l'organe et même s'étendre au vagin. Elle était complète, ce qui est le cas le plus commun ; les exemples de rupture incomplète, c'est-à-dire intéressant seulement, soit la tunique péritonéale, soit les couches musculaires, sont plus rares. — Les bords de la déchirure étaient déchiquetés, irréguliers, ainsi que cela se voit en général. Contrairement à ce que l'on observe souvent, il n'y avait pas de caillots sanguins dans la cavité péritonéale ; on y trouva un liquide sanieux, fétide et les autres lésions de la péritonite. — Un point mérite encore d'être relevé ; c'est le *passage* presque complet du fœtus dans l'abdomen et la présence du *placenta* dans la fosse iliaque gauche.

III. La rupture s'est effectuée sans déterminer de douleurs angoissantes, ni d'état syncopal, phénomènes fréquents en pareille occurrence. A la suite de l'accident, les contractions utérines ont-elles cessé ou continué ? Nous ne saurions rien préciser à cet égard, puisque nous n'avons aucune notion exacte sur le moment même de la rupture. Ce que nous savons, c'est qu'elles n'ont pas reparu à

partir du 15 octobre, c'est-à-dire la veille de l'admission de la malade à l'hôpital. Du reste, l'arrêt du travail n'est pas la règle. Jolly cite 23 cas dans lesquels les contractions utérines ont persisté. (*Des ruptures utérines pendant le travail de l'accouchement*, 1870.)

IV. En prenant pour époque du début de l'accident le jour de la disparition des contractions utérines (15 octobre), nous voyons que notre malheureuse malade a survécu 11 à 12 jours après la rupture. C'est là une circonstance, pour ainsi dire, exceptionnelle : le plus souvent la mort survient au bout de quelques heures.

#### IV. DE LA TEMPÉRATURE DANS L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE.

*Historique.* Si nous en croyons les recherches bibliographiques que nous avons faites, les auteurs n'auraient pas jusqu'ici noté la marche de la *température* dans l'éclampsie puerpérale. Les observations éparses dans les différents recueils périodiques, les mémoires originaux, les chapitres consacrés à cette maladie dans les *Traité d'accouchements*, même les plus récents, l'article *Éclampsie* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, ne nous ont donné, sur ce point spécial, aucune indication sérieuse.

Dire avec Nægélé et Grenser que « la température de la tête est élevée, surtout au front, » et que, dans l'intervalle des accès d'éclampsie, « il ne reste que de la fréquence du pouls et de l'élévation de la température, » — c'est s'en tenir à des assertions bien vagues et qui n'éclairent pas beaucoup la question.

L'insuffisance, sous ce rapport, des descriptions de l'éclampsie puerpérale nous encourage à communiquer à nos lecteurs les trois faits que nous avons recueillis. Bien qu'ils soient moins complets que nous ne l'aurions voulu, s'ils ne peuvent fournir une solution définitive, ils serviront tout au moins à attirer l'attention sur les modifications de la température. Enfin, plus tard, nous aurons l'occasion, à propos de l'*urémie*, de montrer l'importance de la thermométrie au point de vue du diagnostic entre ces deux maladies : — *Éclampsie puerpérale* et *urémie*. Passons maintenant à l'exposé des faits cliniques.

OBSERVATION I. — *Grossesse à terme.* — *Attaques éclamptiques.* — *Urines albumineuses.* — *Température.* — *Mort.* — *Autopsie* : — *ramollissement (cadavérique ?) des corps striés,* — *altérations rénales,* — *apoplexie pulmonaire.* — Bah... Marie, 19 ans, teinturière, est en-

trée à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Thomas, n° 47 (service de M. BLACHEZ), le 16 juin 1869. A l'arrivée de la malade, à midi, on note les phénomènes suivants : stupeur profonde, yeux hagards ; œdème des membres inférieurs ; grossesse à terme : le col, assez haut, laisse entrer avec peine la première phalange de l'index. On nous assure que, depuis hier soir, elle aurait eu plusieurs attaques convulsives. Bientôt en survient une durant laquelle le pouls est à 124, la respiration à 64, la température vaginale à 40°. Après une minute de répit, en apparaît une autre ainsi caractérisée : torsion du cou, déviation énergique de la face vers l'épaule gauche ; le bras gauche se soulève, se roidit, les membres inférieurs sont animés de quelques secousses, puis le bras droit se roidit ; enfin naissent des convulsions cloniques au commencement desquelles la face, qui est pâle, revient à droite ; la respiration est stertoreuse, l'écume s'échappe de la bouche. L'attaque a duré une minute et demie ; elle n'a été précédée d'aucun cri, ni accompagnée d'évacuations involontaires. Le thermomètre n'a pas bougé. Traitement : lavement pugatif ; potion avec bromure de potassium, 6 grammes ; sinapismes.

*Six heures du soir.* — Cinq accès depuis midi. Pouls assez petit, à 148 ; R. 60 ; T. V. 40° ; décubitus dorsal. Tête inclinée tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. Front brûlant, face colorée. Pupilles égales, notablement dilatées. Nulle trace de paralysie. La malade a bu presque toute sa potion ; la déglutition s'opère avec quelque difficulté. — Le toucher vaginal fait constater une dilatation du col égale aux dimensions d'une pièce d'un franc. Huit ventouses scarifiées à la nuque (les urines, extraites par la sonde, contiennent de l'*albumine*). — Elle meurt, sans avoir accouché, à onze heures du soir.

*AUTOPSIE, le 18 juin.* — *Péricrâne*, rien. — *Os* friables, minces. — Veines de la dure-mère gorgées et distendues. — Le liquide céphalo-rachidien n'est pas augmenté. Sur la face convexe de l'hémisphère droit, légère injection de la pie-mère, qui, des deux côtés, lorsqu'on la détache, entraîne en beaucoup de points la couche superficielle des circonvolutions, principalement à droite. De ce côté, la paroi du ventricule latéral est très-ramollie ; le corps strié est séparé de la couche optique. La partie antérieure de ce ventricule est assez ferme. A gauche, le corps strié est également séparé de la couche optique. A part les bords qui répondent à cette dissection, la couche optique et le corps strié sont assez résistants. On ne note pas de co-

loration anormale. La *pie-mère cérébelleuse* s'enlève avec peine. — La protubérance et le bulbe sont normaux. — L'hémisphère gauche pèse 15 grammes de plus que le droit.

Gestion intense des deux *poumons*; dans le lobe inférieur, il y a des ilots d'apoplexie. — Caillots noirs dans l'*oreillette gauche*; caillots blancs dans l'*oreillette droite*, se prolongeant dans les veines caves. Le tissu du *cœur* est moins coloré que d'habitude. — *Foie* volumineux, peu coloré; pas de calculs. — L'*estomac*, le *pancréas*, la *rate*, n'offrent aucune lésion. — La veine cave inférieure, les veines iliaques et utéro-ovariennes sont distendues par du sang noir en partie fluide, en partie coagulé. — La substance corticale des reins est remarquablement pâle, jaunâtre, grenue; les pyramides sont distinctes, rougeâtres.

*Utérus*. — La dilatation du col est plus grande que pendant la vie. Le *fœtus* paraît à terme. Il est considérablement œdématié, et sur le ventre on voit plusieurs phlyctènes.

— L'ensemble symptomatique offert par cette femme était tout à fait comparable à celui qu'on remarque chez les épileptiques et désigné sous le nom d'*état de mal épileptique*. Dans le cours de notre travail, nous nous servions donc, par analogie, des mots *état de mal éclampitique* pour désigner à la fois et les convulsions et le coma qui leur succède<sup>1</sup>.

Quand cette malade est arrivée à l'hôpital, les attaques éclampitiques dataient déjà de 16 à 18 heures; il y avait, en outre, un coma profond et continu. Eh bien, à ce moment la température vaginale était à 40°, et six heures plus tard, elle était encore la même. Un premier point qui ressort de cette observation, c'est que l'*état de mal éclampitique a pour effet de produire une élévation de la température*.

Les cas suivants, tout en confirmant ce premier résultat, vont nous faire découvrir d'autres particularités.

OBSERVATION II. — *Grossesse à terme*. — *Éclampsie*. — *Température durant et après les accès*. — *Urines albumineuses*. — *Accouche-*

<sup>1</sup> Dans le premier volume de la *Revue photographique des hôpitaux* (1869, p. 165), nous avons étudié : 1° les modifications de la température p. oduites par l'attaque d'épilepsie; 2° la température dans l'état de mal épileptique. En comparant ce premier travail à celui que nous publions aujourd'hui, le lecteur comprendra mieux les re-semblances qui existent entre l'état de mal épileptique et l'état de mal éclampitique. — Voy. aussi BOURNEVILLE, *Études de thermometrie clinique dans l'hémorrhagie cérébrale et dans quelques autres maladies de l'encéphale*. Paris, 1870

*ment par le forceps. — Marche de la température. — Pneumonie. — Guérison.* — Bichon, Blanche, 47 ans, est entrée le 27 décembre 1869, à l'hôpital Saint-Louis, salle Ferdinand, n° 15 (service de M. HARDY). D'après les renseignements qui nous sont donnés par son beau-père, elle avait depuis deux mois de la bouffissure de la face, et ses urines étaient devenues plus abondantes, au point que, la nuit, elle était obligée de se relever deux ou trois fois. Hier soir, vers onze heures, après avoir dîné comme d'habitude, elle a été prise d'attaques convulsives qui n'ont pas discontinué. On nous l'a amenée ce matin, couchée sur de la paille, dans une voiture ouverte à tous les vents. A peine était-elle mise au lit qu'elle a eu une nouvelle attaque franchement éclamptique, après laquelle le pouls était à 128, et la température vaginale à 39°,2. En moins d'un quart d'heure, nous assistons à deux autres accès, avec convulsions, cyanose, déviation de la face à droite, torsion du cou, etc. La malade est dans un état comateux. Le col de l'utérus est abaissé, effacé et dilaté (1 centimètre et demi de diamètre). Des inhalations de chloroforme, jusqu'à résolution complète, puis recommencées une fois encore au bout de quelques minutes, ont fait cesser les crises de 11 heures 10 minutes à midi 50 minutes.

De midi 50 à 1 heure 10, moment où nous revoyons cette jeune fille, elle a eu quatre attaques. Nous assistons alors à une véritable série. Les convulsions affectent surtout la forme tonique; la cyanose est très-marquée. A la fin de chaque crise, il s'écoule par les narines des flots de liquide blanchâtre, mousseux, assez épais. La langue présente des écorchures. La malade a uriné sous elle. — Le thermomètre, placé dans le vagin depuis trois minutes, était à 40 degrés, quand est survenue une crise durant laquelle la température s'est élevée à 40°,2. Elle est ensuite descendue à 40°, pour remonter, dans une autre attaque, à 40°,2. Après celle-ci, la température était déjà descendue à 40°,1, lorsque de nouvelles convulsions l'ont fait revenir à 40°,2. — *Traitement*: saignée de 400 à 450 grammes; ventouses sèches. Durant l'application de ces moyens, le pouls était à 156; le col avait une dilatation à peu près égale aux dimensions d'une pièce de 2 francs. En moins de 40 minutes, nous comptons douze attaques.

*Une heure 50 minutes.* — Le col de l'utérus étant suffisamment dilaté, on applique le forceps au détroit supérieur: l'accouchement s'opère rapidement. L'enfant, dont on entendait les battements du

cœur à onze heures ce matin, est venu mort. Aussitôt après l'accouchement, le pouls était à 146, la température vaginale à 59°,6. Après la délivrance (2 heures 20 minutes) : P. 124; T. V. 59°,5. La malade a perdu peu de sang.

5 heures. Pas d'accès depuis l'accouchement. P. 136; R. 28; T. V. 59°,9.

28 décembre, 10 heures. P. 120; R. 28; T. V. 59°,8. B... a eu cette nuit deux attaques seulement. Ce matin, elle est assoupie, ne répond pas; les paupières sont fermées; quand on les écarte, elle se plaint; les pupilles sont normales. Les joues sont médiocrement chaudes et colorées; les narines humides. La bouche est entr'ouverte; le bord libre des lèvres, les gencives présentent des croûtes brunes, sèches (sang et mucosités). La langue est gonflée, turgescence, et offre à sa face inférieure des dépôts grisâtres qui recouvrent des morsures que la malade s'est faites durant ses crises convulsives. En raison de l'état de la langue, la déglutition est difficile. Une selle très-abondante, involontaire (B... a pris un lavement purgatif hier soir). — 12 sangsues derrière les oreilles.

Soir. Pas de nouvelles attaques. Assoupissement. Ventre souple, ni vomissements, ni selles, seins assez gros, mous; sécrétion aqueuse. Miction involontaire. Par la sonde on retire une urine épaisse qui, traitée par la chaleur seule, et avec l'acide azotique, contient une grande quantité d'albumine, mais pas de traces de sucre. P. 120; R. 26; T. V. 59°,6. Les sangsues ont bien coulé.

29 décembre. P. 118; R. 26; T. V. 59°,4. Nuit calme. Lavement avec 60 grammes de miel de mercuriale. — Soir : P. 128; R. 28; T. V. 40°. Les lèvres, les gencives sont nettoyées; la langue présente toujours des dépôts d'aspect gangréneux. Les seins sont mous; sécrétion presque nulle.

30 décembre. P. 104; R. 22; T. V. 58°,8. Glandes mammaires molles; sécrétion jaunâtre. Physionomie calme. La malade parle bien. Peau fraîche. Langue moins grosse; les ulcérations se nettoient. Seins souples; sécrétion jaunâtre. — Soir : P. 120; R. 24; T. V. 59°,7.

31 décembre. Les glandes mammaires, sensibles, sont à peine gonflées et fournissent une sécrétion blanche. P. 106; R. 24; T. V. 58°,7. — Soir : P. 112; R. 34; T. V. 59°,6.

1<sup>er</sup> janvier 1870. P. 112; T. V. 59°,3.

2 janvier. P. 112; T. V. 58°,8. — Soir : P. 108; T. V. 57°,6.

3 janvier. P. 124; R. 36; T. V. 40°,2. Toux fréquente, sans

expectoration. A l'auscultation, souffle tubaire et bronchophonie à gauche en arrière, au niveau du tiers moyen et au dessous de l'aisselle. Pas de frisson. La langue est humide; les dépôts gangréneux ont disparu, laissant à découvert une ulcération assez longue, à bords déchiquetés; soif vive; nausées la nuit dernière; pas de vomissements; ventre un peu ballonné; constipation depuis deux jours. Les seins sont mous et donnent une sécrétion aqueuse de moins en moins abondante. Les lochies ont suivi leur cours régulier. Les urines ne renferment plus d'albumine. — Soir: P. 128; T. V. 40°,2.

4 janvier. P. 100; T. V. 38°. — Soir: P. 120; T. V. 39°,8.

5 janvier. P. 124; T. V. 40°,2. — Soir: P. 108; T. V. 39°,4.

6 janvier. P. 84; T. V. 37°,2. — Soir: P. 100; T. V. 37°,8.

7 janvier. P. 80; T. V. 37°,2. — Appétit; langue humide; les ulcérations se ferment. Aucun accident nerveux. A l'auscultation, on trouve encore quelques râles sous-crépitaux vers le tiers moyen et postérieur du poumon gauche. La *pneumonie* est en voie de résolution. — La malade est sortie parfaitement guérie à la fin de janvier<sup>1</sup>.

— De même que dans le cas précédent, la première exploration a été faite ici, à une époque déjà assez distante du début des attaques éclampiques, — vingt-quatre heures environ. La température vaginale à ce moment était à 39°,2. Les attaques continuant à des intervalles rapprochés, nous la voyons monter successivement à 40°, puis 40°,2, chiffre élevé qui vient à l'appui de celui que nous avons consigné chez la première malade (Fig. 1).

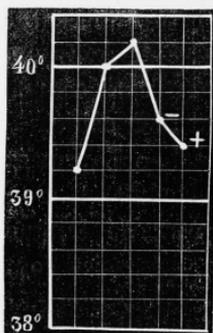


Fig. 1. — Température aussitôt après l'accouchement. + Température aussitôt après la délivrance. — Chaque ligne verticale correspond à une heure.

Mais ce n'est pas tout. Cette deuxième observation nous permet encore d'apprécier l'influence de l'attaque elle-même sur la température. Que voyons-nous, en effet? Dans un instant de répit, la température était à 40°; survient une attaque et la température monte à 40°,2. Durant un second repos, la température

descend à 40° et, dans un nouvel accès, elle atteint de nouveau 40°,2. Enfin, alors que pour la troisième fois, la colonne mercurielle baissait et avait déjà gagné 40°,1, une troisième crise la fait

<sup>1</sup> Les notes ont été prises à partir du 1<sup>er</sup> janvier par notre collègue M. Saison.

rapidement regagner 40°,2. D'où il nous semble naturel de conclure que l'accès éclamptique produit une ascension de la température.

Si l'accouchement s'opère et si les accidents s'éloignent puis disparaissent, — et c'est le cas de notre seconde malade, — la température diminue; elle diminue encore après la délivrance. Nous n'insistons pas sur les oscillations thermométriques des jours qui ont suivi la parturition, car elles dépendent non-seulement du trouble occasionné dans l'organisme par l'état de mal éclamptique, mais encore de la fièvre de lait, puis d'une pneumonie.

L'état de mal éclamptique doit-il, au contraire, aboutir à une issue fatale, la température, loin de baisser, continue de s'élever : c'est au moins ce que nous avons constaté chez notre dernière malade.

OBSERVATION III. — *Grossesse de huit mois. — Albuminurie. — Attaques éclamptiques. — Marche ascendante de la température (38°,8 à 41°,2). — Saignée; anesthésie; accouchement — Persistance des attaques. — Mort. — Néphrite. — Lem..., Éliisa, 26 ans, cartonnrière, est entrée le 2 janvier 1871 à l'hôpital de la Pitié, salle du Rosaire, n° 42 (service de M. MARROTTE). Les personnes qui l'ont apportée racontent qu'elle a pâti beaucoup dans ces derniers temps, étant tout à fait dénuée de ressources et privée de l'appui de son amant parti pour l'armée. Elle serait enceinte pour la première fois (7 à 8 mois, dit-on). Ce matin, vers 10 heures, elle aurait eu une *attaque convulsive* avec perte de connaissance, écume et cyanose. Depuis 2 heures de l'après-midi jusqu'à 6 heures, on a compté quatre attaques.*

6 heures; soir. La malade est dans le coma et présente une cyanose assez prononcée. La face et les yeux sont dirigés vers la gauche. La conjonctive oculaire est injectée. Les pupilles sont contractiles, dilatées, égales. La lèvre inférieure est couverte de salive desséchée. La langue offre plusieurs morsures qui ont déterminé un gonflement assez considérable. Le cou est roide. Les membres sont contracturés; les inférieurs dans l'extension, les supérieurs dans la demi-flexion. Les doigts sont fléchis sur la paume de la main. — Œdème.

Au toucher, nous trouvons le col effacé, dilaté de deux centimètres à peine. (Saignée de 500 grammes, lavement purgatif.) — Pouls 112. Température vaginale 38°,8. Par le cathétérisme on retire plus

d'un demi-litre d'urine, qui renferme une grande quantité d'*albumine*.

10 heures. Après la saignée, la malade a paru un peu éveillée: nous n'avons obtenu d'elle aucune parole, mais elle a fait quelques efforts pour montrer la langue. De 6 à 10 heures, trois attaques. Même aspect général. Pas de modification notable au toucher. P. 136, petit; T. V. 39°,2. — La malade est éthérisée jusqu'à résolution complète. A 11 heures, la dilatation du col égale la largeur d'une pièce de 5 francs. Une attaque.

3 janvier. 2 heures. P. 140; T. V. 59°,6. Lem... a encore eu des attaques; elles n'ont pas été comptées. Le travail a bien marché; la

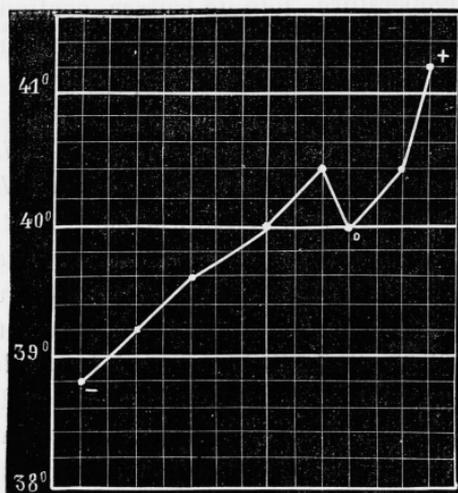


Fig. 2. — Température 7 heures après le début. O Abaissement de température consécutif à l'injection de chloral. + Température aussitôt après la mort. — Chaque ligne correspond à deux heures.

tête est dans l'excavation. L'accouchement s'opère avec assez de rapidité. — Vésicatoires aux mollets; sinapismes sur les cuisses.

8 heures. P. 144; T. V. 40°. Huit attaques depuis l'accouchement. Coma profond, cyanose, etc. Pupilles très-dilatées; mouvements convulsifs des paupières. — Constipation: huile de ricin, 15 gr.; huile de croton, 2 gouttes.

Midi. Deux attaques. P. 140; T. V. 40°,4. — Injection de 2 gr. de chloral (solution au tiers).

4 heures. Une nouvelle injection de chloral a été pratiquée à 2 heures (5 grammes). A ce moment, la température était descendue à 40°; une selle peu copieuse. Nous notons maintenant: P. 120;

R. 40: T. V. 40°,4. A 6 heures, râle laryngo-trachéal. — La mort arrive à 8 heures du soir : T. V. 41°,2.

AUTOPSIE, le 5 janvier. Distension assez marquée des veines de la dure-mère. — Injection légère de la pie-mère, qui se détache sans peine. — Cerveau sain. — Le liquide céphalo-rachidien nous a semblé un peu plus abondant que de coutume.

Congestion assez intense et générale des poumons, sans aucune trace d'hépatisation ni d'apoplexie. — Cœur, rien. — Foie congestionné, friable, grassex ; pas de calculs. — Rate, hyperémiee. — Vessie, normale. — Reins : la substance corticale est un peu atrophiée et considérablement anémiée, tout à fait jaunâtre. Les pyramides sont encore assez distinctes. — L'utérus est en partie revenu sur lui-même.

Cette observation nous renseigne : 1° sur la température peu après le début de l'éclampsie ; 2° sur la marche de la température dans le cours de l'état de mal éclamptique ; 3° sur la température à l'instant de la mort.

1° La première exploration, qui donna 38°,8, a été pratiquée huit heures après l'apparition des convulsions, lesquelles<sup>1</sup> pendant ce laps de temps ont d'ailleurs été très-rares ;

2° Ici, comme dans les deux autres faits, l'état de mal éclamptique a eu pour conséquence une élévation progressive de la température et cela malgré une saignée abondante, malgré l'accouchement :

3° Enfin la température, qui, deux heures avant la mort, était à 40°,4, atteignit aussitôt après la terminaison fatale le chiffre considérable de 41°,2. (Fig. 2.)

Des trois cas qui précèdent et dans lesquels les urines, assez abondantes, contenaient une quantité notable d'albumine, nous croyons pouvoir tirer, sous toutes réserves du reste, les conclusions suivantes :

I. Dans l'état de mal éclamptique, la température s'élève depuis le début jusqu'à la fin ;

II. Dans les intervalles des accès et le coma persistant, la tempé-

<sup>1</sup> On pourrait nous objecter et avec quelque raison, que cette température n'est pas en réalité celle du début. Nous en convenons et c'est pour ce motif que nous relevons l'objection, afin d'engager les observateurs plus favorisés que nous à combler cette lacune.

rature se maintient à un chiffre élevé et, au moment des *convulsions*, on enregistre une légère ascension de la colonne mercurielle.

III. Enfin, si les accès disparaissent, et si le coma diminue ou cesse d'une façon définitive, la température s'abaisse progressivement; si, au contraire, l'état de mal éclamptique doit se terminer par la mort, la température continue d'augmenter et parvient à un chiffre très-élevé<sup>1</sup>.

## BIBLIOGRAPHIE

**Examen clinique de 396 cas de rétrécissements du bassin**, observés à la Maternité de Paris, de 1860 à 1870, par E. RIGAUD, ex-interne des hôpitaux de Paris. — Brochure in-8° de 142 pages. Ad. Delahaye, éditeur.

Ce travail, fait avec beaucoup de soin, comprend tous les cas de rétrécissements du bassin, qui ont été observés, à la Maternité, depuis 1860 jusqu'à 1870. — Dans une première partie, notre regretté collègue<sup>2</sup> expose d'une façon succincte tous les faits constatés, en ayant soin de les classer d'après le degré du rétrécissement; c'est ainsi qu'il en fait huit catégories, en se basant sur la dimension du diaètre sacro-sous-pubien (S. S. P.)

1° Rétrécissements de 0,10 et de 0,11; 2° R. de 0,09 jusqu'à 0,10 exclusivement; 3° R. de 0,08 jusqu'à 0,09 exclusivement; 4° R. de 0,07 jusqu'à 0,08; 5° R. de 0,06 jusqu'à 0,07; 6° R. de 0,05; 7° R. produits par des tumeurs du bassin; 8° R. dont le degré n'est point indiqué.

La *deuxième partie* comprend une série de tableaux dans lesquels se trouve le relevé statistique des résultats obtenus dans chaque catégorie de rétrécissements d'après le mode de terminaison employé.

La *troisième partie* est consacrée à une discussion clinique de chacune des séries des cas qui ont été relatés; discussion clinique basée sur les différents éléments qui entrent dans la question.

Enfin, dans une *quatrième et dernière partie*, M. Rigaud fait un

<sup>1</sup> Nous avons communiqué ce travail à la *Société de biologie*.

<sup>2</sup> Notre excellent ami E. Rigaud a péri victime de son dévouement pour les blessés dans la malheureuse campagne de Sedan: dans les premiers jours de septembre, il fut atteint de typhus et ne tarda pas à succomber.

résumé général de tous ses tableaux et en rapproche les résultats obtenus à la clinique d'accouchements, pendant une période de seize ans, tels qu'ils sont exposés dans la thèse de M. Stanesco ; puis il donne les indications que l'on peut retirer des faits qui font la base de son travail ; — ce sont ces indications que nous allons brièvement analyser.

I. Dans les rétrécissements de 0,10, la plus faible mortalité, tant pour les mères que les enfants, se trouve, dans la classe des accouchements spontanés ; — ce qu'il faut faire dans ces cas, c'est donc de l'*expectation*. — Entre le forceps et la version, le forceps doit toujours être préféré ; la version pelvienne doit être seulement réservée pour les présentations de l'épaule.

II. Dans les rétrécissements de 0,09 à 0,10, les accouchements spontanés ont fourni le plus petit contingent à la mortalité des mères, tandis que, pour les enfants, la plus faible mortalité appartient aux accouchements par le forceps. Pour un rétrécissement de 0,09, l'indication oscille donc entre l'*expectation* et l'*intervention* à l'aide du forceps. En tout cas, si le travail se prolonge, on ne doit pas tarder à appliquer le forceps.

III. Dans les rétrécissements de 0,08 à 0,09, les accouchements les plus nombreux sont compris dans la classe des céphalotripsies. Ils ont donné une mortalité de 23,68 pour 100. — Dans un cas de rétrécissement du bassin de 0,08 de diamètre sacro-sous-pubien, on doit compter fort peu sur l'accouchement spontané. Aussi dès que le col présentera une dilatation suffisante, faudra-t-il appliquer le forceps ; et si le forceps ne réussit pas, réduire bientôt le volume de la tête fœtale par la craniotomie et la céphalotripsie.

IV. Dans les rétrécissements de 0,07 à 0,08, il faut réduire le plus souvent la tête fœtale par la craniotomie et la céphalotripsie. Dans 5 cas seulement sur 42, il fut possible de terminer l'accouchement par le forceps.

V. Dans les rétrécissements de 0,06 à 0,07, la céphalotripsie est l'opération qui a donné les meilleurs résultats.

VI. Dans le seul cas de rétrécissement de 0,05, l'opération césarienne a été pratiquée ; la mère est morte et l'enfant a vécu.

Si nous additionnons les résultats compris dans les trois dernières catégories, nous arrivons à cette conclusion que nous énonçons avec réserve :

*Dans les cas de rétrécissements de 0,07 (diamètre sacro-sous-pubien), et au-dessous, par l'avortement, on peut conserver la vie à*

*un plus grand nombre d'individus que par tout autre moyen de temporisation,*

Il est probable, en effet, que si, dans les cas où on a été réduit à la craniotomie ou à l'opération césarienne, on avait pratiqué l'avortement, on serait arrivé à des résultats plus satisfaisants.

G. PELTIER.

**Des effets de la coxalgie infantile sur la croissance ultérieure du membre ;**  
par le docteur E. BECKEL.

Voici les conclusions d'un travail intéressant qui a paru dans les derniers numéros des *Archives de physiologie normale et pathologique*.

1° La coxalgie survenue pendant l'enfance cause presque inévitablement un arrêt de développement des os qui ne s'étend, dans les cas légers, qu'au fémur et au tibia; mais dans les cas graves également à l'os iliaque, au sacrum et à tout le pied.

2° Cet arrêt de développement de squelette est d'autant plus considérable que le membre a été privé plus longtemps de ses fonctions; aussi est-il généralement proportionnel à l'atrophie des muscles du mollet.

3° L'arrêt de développement ne porte pas seulement sur la longueur, mais aussi sur l'épaisseur des os, qui sont raréfiés et par conséquent plus fragiles qu'à l'état normal. Les fractures, quand elles se produisent, guérissent du reste aussi facilement que sur un os normal.

4° Les traitements actifs de la coxalgie (appareils inamovibles, résection articulaire) n'augmentent pas ces arrêts de développement; ils tendent au contraire à les diminuer en abrégant la durée totale de l'affection. Les plus mauvais résultats sont fournis par les coxalgies abandonnées à elles-mêmes, qui se prolongent presque indéfiniment.

5° Les arrêts de développement de l'os iliaque se combinent avec la pression exagérée transmise par le fémur sain pour produire des déformations du bassin. L'atrophie presque constante des muscles fessiers causée par l'ankylose concourt au même résultat. Le rétrécissement du bassin porte surtout sur le détroit supérieur, mais il n'est généralement pas assez considérable pour causer un obstacle majeur à l'accouchement. (*Loc. cit.*, 1870, p. 566.)

*Le Gérant* : A. DE MONTMÉJA.

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX



Planche XII.

**EXOSTOSES MULTIPLES ET SYMÉTRIQUES**

FÉMUR, TIBIA

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX DE PARIS

---

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

---

### EXOSTOSES MULTIPLES ET SYMÉTRIQUES DES OS LONGS

PAR CORNILLON ET VALTAT, INTERNES DES HOPITAUX DE PARIS.

K..., 75 ans, admise à la Salpêtrière depuis plusieurs années, succomba au commencement du mois d'avril 1871 à la suite d'une attaque de ramollissement cérébral, dans le service de M. CHARCOT, salle Sainte-Rosalie.

Cette femme fut soumise à notre examen dans les derniers temps de sa vie, aussi n'avons-nous sur elle que des renseignements fort incomplets. Néanmoins, nous avons pu nous assurer que depuis fort longtemps elle avait au niveau de certaines articulations des tumeurs dures attenant aux os contingents. Aucune cause ne pouvait expliquer la présence de ces ostéophytes, cette malade n'ayant jamais contracté la syphilis.— Nous ajouterons que ces tumeurs, dont l'apparition remontait à l'enfance, ne subissaient plus de développement depuis un grand nombre d'années. Jamais, elles ne lui avaient causé de douleur; la pression seule sur ces masses résistantes provoquait quelque souffrance. Certains mouvements étaient gênés, notamment la flexion des genoux, ce qui n'empêchait pas cette femme de vaquer à ses affaires.

L'*autopsie* nous montra les lésions suivantes : *os du crâne et de la face sains.*

*Humérus.* Ils sont normaux l'un et l'autre à leur extrémité inférieure; — sur leur segment supérieur et au voisinage de la coulisse bicapitale, on remarque la présence d'un ostéophyte pédiculé (t s'avancant en pointe sous les téguments. En outre, sur la face postérieure de l'humérus droit, on voit un rebord saillant qui donne à

cette partie de l'os une direction anormale. — Les grosse et petite tubérosités ont leur volume ordinaire. (Voy. PLANCHE XIII; fig. 1, humérus gauche; fig. 2, humérus *normal*; fig. 3, humérus droit.)

*Radius*. Leur extrémité supérieure est saine; à sa partie inférieure le *radius gauche* présente, à trois centimètres environ de l'articulation du poignet, un ostéophyte mamelonné dont le pédicule, assez large, s'insère sur le bord interne de l'os, dont la portion libre et irrégulièrement arrondie fait saillie en dedans sous les muscles fléchisseurs. Cet ostéophyte mesure trois centimètres de longueur, deux de largeur et un d'épaisseur. (PLANCHE XIII, fig. 4.)

Le *radius droit* ne présente que quelques bourgeons osseux insignifiants au niveau de la coulisse des muscles radiaux.

*Cubitus*. Sains à leur extrémité supérieure. — Le *droit* porte à son extrémité inférieure (un centimètre environ de l'articulation) un ostéophyte de trois centimètres de longueur, deux et demi de largeur et un et demi d'épaisseur dont le pédicule, assez court, offrant lui-même une petite apophyse lamelleuse, s'insère sur le bord interne de l'os au voisinage du ligament interosseux, tandis que l'extrémité libre est globuleuse et s'avance du côté externe de l'avant-bras. (PLANCHE XIII, fig. 5.) Le *cubitus gauche* n'offre rien d'extraordinaire dans sa configuration.

*Fémurs. Extrémité supérieure*. Les grands et petits trochanters ont un développement plus considérable qu'à l'état normal. — Les rebords osseux qui délimitent le col inférieurement sont épais et saillants.

*Fémur droit. Extrémité inférieure*. A six centimètres du bord inférieur du condyle interne, on voit un ostéophyte, à pédicule assez large, de la forme d'une pyramide triangulaire, ayant cinq centimètres de hauteur, deux de largeur et un et demi d'épaisseur. Un peu plus en arrière et en dedans, sur le prolongement de la division interne de la ligne âpre, existe un petit ostéophyte. — A quatre centimètres et demi du bord inférieur du condyle interne, existent deux autres productions peu volumineuses. (PLANCHE XII, fig. 1.)

*Fémur gauche. Extrémité inférieure*. A cinq centimètres du bord inférieur du condyle interne, ostéophyte ovoïde, plus lisse que les précédents, ayant un pédicule assez large et épais, mesurant quatre centimètres de hauteur, deux et demi de largeur et d'épaisseur. — A six centimètres au-dessus du bord inférieur du condyle externe, ostéophyte spongieux, légèrement mamelonné, ayant la

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX

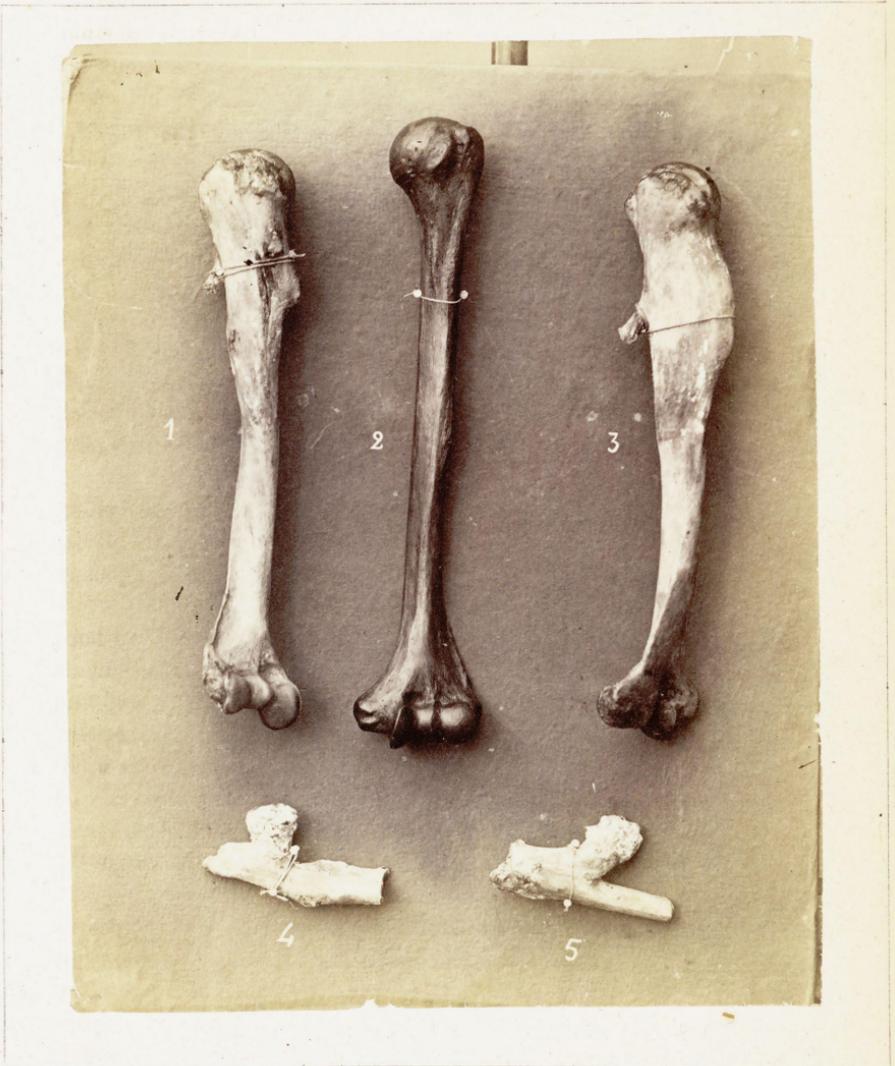


Planche XIII.

**EXOSTOSES MULTIPLES ET SYMÉTRIQUES**

HUMÉRUS, RADIUS, CUBITUS

forme d'un ovoïde allongé (cinq centimètres de haut, deux centimètres dans les autres sens). — Sur la face postérieure, à deux centimètres des condyles, saillies larges, peu proéminentes.

*Tibia gauche.* L'extrémité supérieure présente à deux centimètres et demi au-dessous de la tubérosité interne, trois ostéophytes dont le plus grand a deux centimètres de long. (Voy. PLANCHE XII, fig. 3.) — L'extrémité inférieure est saine.

*Péroné gauche.* L'extrémité supérieure est pourvue d'un gros ostéophyte, ayant l'aspect d'une masse quadrangulaire, convexe en dehors, concave en dedans, mamelonné sur ses bords, adhérent à deux centimètres de l'extrémité supérieure du péroné par un pédicule assez étroit. Il a quatre centimètres de haut et six centimètres de large. En face de lui, légère saillie. (PLANCHE XII, fig. 5.)

L'extrémité inférieure est normale.

Le *tibia* et le *péroné* du côté *droit*, normaux à leur extrémité inférieure, sont irréguliers en haut où ils sont soudés ensemble d'une façon intime. A deux ou trois centimètres au-dessous de la tubérosité interne du tibia, on voit deux petits ostéophytes d'un à deux centimètres de longueur, séparés par un intervalle de cinq à six millimètres. (PLANCHE XII, fig. 4 ; face postérieure.)

L'extrémité supérieure du *péroné* porte en avant et en dehors deux petits tubercules.

Au niveau de l'articulation tibio-péronéale supérieure existe une grosse masse osseuse, écartant les deux os l'un de l'autre, aplatie en avant, saillante en arrière. Composée surtout de tissu spongieux, elle mesure trois centimètres et demi de largeur et de hauteur et près de cinq centimètres d'épaisseur<sup>1</sup>.

Les os du pied et de la main sont exempts de toute altération.

Nous avons sous les yeux un exemple des plus frappants de cette infirmité connue sous le nom d'*Exostoses multiples et symétriques des os longs* dont M. Soulier a fait le sujet de sa thèse inaugurale.

M. Broca est le premier en France qui ait attiré l'attention des chirurgiens sur cette affection singulière; il a de plus étudié d'une

<sup>1</sup> Les ostéophytes des humérus étaient dirigés de haut en bas; ceux du radius et du cubitus de bas en haut; ceux du fémur de bas en haut; ceux du tibia et du péroné de haut en bas.

manière très-complète les rapports qui existent entre ces exostoses et le cartilage d'ossification.

Les *exostoses symétriques* sont idiopathiques et indolentes. Elles cessent de croître quand l'ossification est terminée, c'est-à-dire à partir de vingt-cinq ans. Il est donc probable que chez notre femme, elles étaient stationnaires depuis cette dernière époque. Ces ostéophytes croissent avec lenteur et comme de véritables apophyses. Rarement on en observe sur la diaphyse, le plus souvent on les rencontre aux extrémités des os longs. Voici leur ordre de fréquence : le tiers inférieur du fémur et le tiers supérieur du tibia et du péroné, le tiers supérieur de l'humérus et le tiers inférieur de l'avant-bras ; puis viennent ensuite l'extrémité supérieure du fémur et l'extrémité inférieure du tibia et du péroné. Sur les os de la face ces productions nouvelles sont très-fréquentes ; toutefois chez notre malade il n'y en avait pas trace.

Généralement pédiculés, ces ostéophytes se dirigent en tout sens, tantôt sous forme d'aiguille, tantôt sous forme de masses arrondies ou globuleuses. Leur siège habituel dans certaines régions du squelette est facilement explicable. En effet, les os s'allongent principalement par les extrémités de leur diaphyse aux dépens du cartilage d'ossification qui sépare la diaphyse de l'épiphyse et dont la disparition signale la fin de la croissance de l'os en longueur. S'il en était ainsi pour chaque extrémité osseuse, les exostoses symétriques siègeraient indistinctement, soit sur le segment supérieur, soit sur le segment inférieur des os longs. — Mais il est admis que les os ne se développent pas également par chacune de leurs extrémités.

Bérard prétend que des deux extrémités des os longs, c'est toujours celle vers laquelle se dirige le canal nourricier qui se soude la première avec le corps de l'os. — D'autre part M. Ollier avance que les os des membres supérieurs s'allongent surtout *par les extrémités opposées au coude ; ceux des membres inférieurs par les extrémités qui regardent le genou*. Cette soudure est effectuée à l'âge de vingt-cinq ans, tandis que pour les parties opposées au genou et contingentes au coude, elle a lieu deux ou trois ans plus tôt.

L'origine et le développement des exostoses symétriques se trouvent entièrement expliqués par la phrase de M. Ollier. En effet, ces ostéophytes n'étant en définitive qu'une surabondance du tissu osseux d'ossification, doivent occuper, lorsqu'ils existent, les points où le travail d'ossification est le plus actif, et en même temps

le plus long. Notre malade a été fidèle à la règle; ses exostoses siégeaient en effet au genou et sur les extrémités osseuses opposées au coude.

---

## OPHTHALMOLOGIE

---

### TRAUMATISME DE L'ŒIL; ESCHARE DE LA CONJONCTIVE; DÉCOLLEMENT DE L'IRIS

PAR ROSAPELLE, INTERNE DES HÔPITAUX

OBSERVATION. — *Contusion de l'œil gauche. — Accidents rapides. — Eschare de la conjonctive. — Déformation de la pupille. — Élimination de l'eschare. — Décollement de l'iris. — Pupille anormale.*

Le nommé Bazin, Charles, âgé de 57 ans, charretier, entre à la Pitié, salle Saint-Louis, n° 1, le 20 juillet 1871 (service de M. BROCA).

Son œil gauche a été atteint la veille par un violent coup de mèche de fouet.

A l'examen, la lésion qui frappe au premier abord est une tumeur du volume d'un gros pois, d'un blanc mat siégeant sur la partie de la conjonctive comprise entre la cornée et la caroncule.

Cette tumeur (PLANCHE XIV, fig. 1) irrégulièrement ovalaire, allongée transversalement, déprimée en haut et en bas par le rapprochement des paupières, présente à sa partie moyenne une crête saillante qui empêche l'occlusion complète de l'œil en s'interposant entre les bords palpébraux. Par sa base, elle adhère intimement au globe de l'œil; par sa circonférence elle semble se continuer avec la conjonctive dont la rougeur intense cesse brusquement à son niveau et fait ressortir la teinte laiteuse de la tumeur. Enfin, sa surface lisse et humectée par les larmes est dépourvue de vaisseaux et complètement insensible. En dehors, elle s'avance sur la cornée dans la largeur d'un millimètre environ; à ce niveau l'iris semble repoussé du côté de la pupille qui présente une légère déformation.

Les paupières sont un peu gonflées; la conjonctive fortement injectée dans toute son étendue. La vision est troublée, nuageuse; il existe un peu de photophobie et du larmolement.

M. Broca reconnaît dans cette lésion de la conjonctive une eschare dont il enlève immédiatement avec des ciseaux courbes la partie la

plus saillante, excision qui ne provoque aucune douleur et pas d'écoulement de sang.

Application de compresses humectées d'eau fraîche.

Les jours suivants, la déformation de la pupille s'accuse de plus en plus ; celle-ci prend la forme d'un œil dont on aurait enlevé un large croissant. Cette déformation est-elle due à une iritis, à une paralysie partielle de l'iris par déchirure des nerfs ou enfin au décollement d'une partie de l'iris ? La présence de l'eschare qui empiète encore sur la cornée ne permet pas de préciser plus nettement le diagnostic. Instillations d'atropine qui, en dilatant la pupille, rendent la déformation encore plus sensible.

Le 29 juillet, l'élimination graduelle de l'eschare permet de voir le bord de l'iris détaché dans un quart environ de son étendue et séparé du bord de la sclérotique par une fente ayant l'aspect noir d'une pupille. La vision encore troublée tend à devenir de plus en plus nette.

Bientôt l'œil offre les caractères représentés dans la *PLANCHE XIV*, fig. 2. L'eschare, irrégulière, n'a plus que quelques millimètres de diamètre et s'avance jusqu'au bord de la cornée. Dans les autres points de son pourtour, elle est limitée par un très-léger sillon et un liséré d'un rouge un peu plus foncé que sur le reste de la conjonctive qui est injectée dans sa moitié interne.

Le quart environ de la grande circonférence de l'iris est séparé de ses attaches ciliaires. La partie correspondante de l'iris s'est éloignée du bord de la sclérotique pour empiéter sur une portion équivalente du champ pupillaire. La portion ainsi décollée ne présente pas de tremblement ni de déplacement par rapport au plan de l'iris. Sa face antérieure n'offre pas de coloration anormale.

L'atropine n'a pas agi aussi énergiquement sur elle que sur les parties saines de l'iris, si l'on en juge par sa largeur, qui semble un peu plus considérable. La petite circonférence de la portion décollée forme une ligne droite qui, en haut et en bas, se continue à angle droit avec le reste du bord pupillaire. Cette ligne à peu près verticale est très-rapprochée de la partie moyenne de la pupille.

Le bord décollé, détaché en bas sous un angle très-aigu, décrit en haut une petite courbure pour aller gagner ses adhérences normales, de sorte que la pupille anormale présente en haut une certaine largeur. Ce bord forme une ligne un peu sinueuse et comme déchiquetée.

La pupille anormale a la forme d'un  $\sim$  croissant dont l'angle supé-

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX

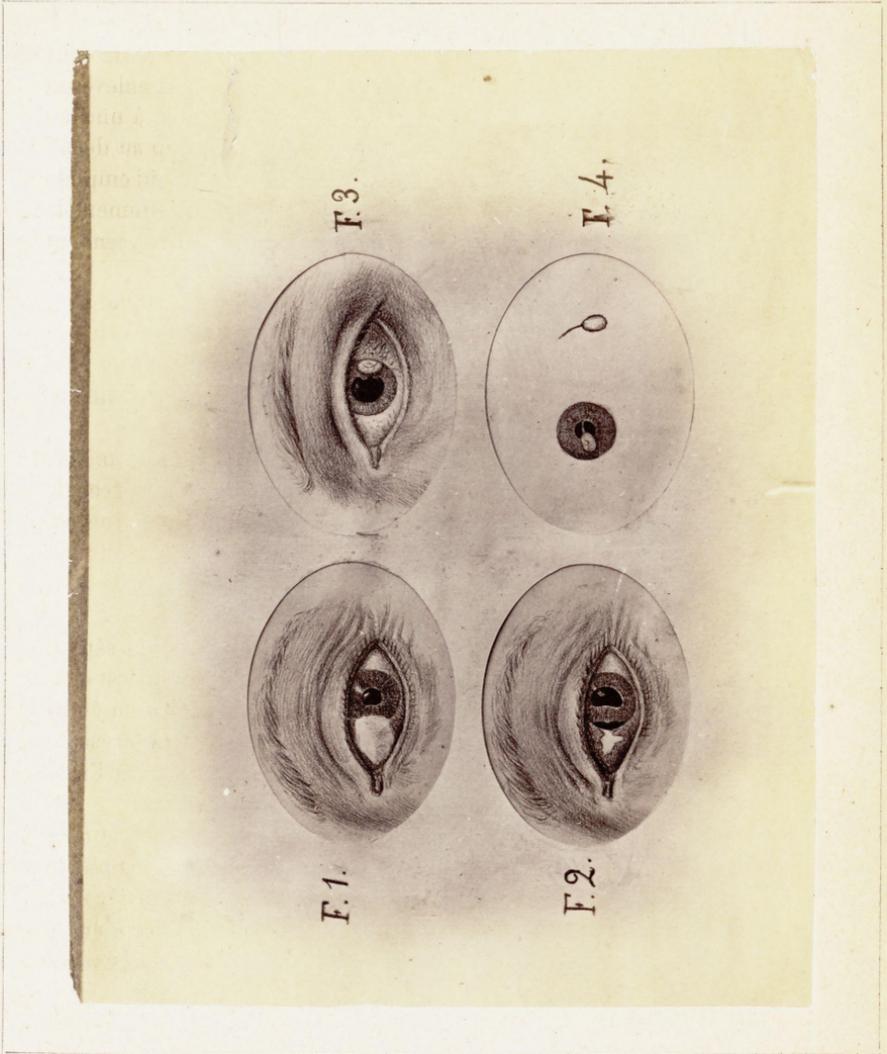


Planche XIV.

DÉCOLLEMENT ET KYSTES DE L'IRIS

rieur serait écorné. L'examen ophthalmoscopique permet de voir le fond de l'œil à travers cette ouverture et M. Broca s'est assuré que le malade pouvait percevoir par elle l'image des objets extérieurs en plaçant au-devant de la vraie pupille un écran de carton ne permettant l'entrée des rayons lumineux que par la pupille pathologique.

L'iris n'a aucune tendance à se rapprocher de ses connexions naturelles; la déformation, qui d'ailleurs n'amène par elle-même aucun trouble visuel, paraît devoir persister définitivement.

La vue devient de plus en plus nette. — Le malade sort dans cet état le 5 août.

### KYSTES DE L'IRIS

Les kystes de l'iris sont très-rares. M. Guépin fils les a étudiés avec soin dans sa thèse inaugurale, en 1860. Il en a réuni 14 cas recueillis par MM. Mackenzie, Turner, Dalrymple, Wharton Jones, White Cooper, Walton, Ad. Richard, Stæber, Combessis, Dixon et Guépin. A ces 14 observations Wecker, dans son *Traité des maladies des yeux*, en ajoute d'autres publiées par Fischer, Arlt, de Græfe et une qui lui est personnelle.

Nous pouvons, aujourd'hui, y joindre encore deux observations, dont l'une a été recueillie dans le service de M. le docteur LABBÉ, et dont l'autre a été publiée par M. le professeur Stæber dans la *Gazette médicale de Strasbourg* (1865, page 46). Nous donnons en même temps la reproduction de dessins représentant ces cas intéressants, et que nous devons à l'obligeance de M. Rosapelly. (Voy. PLANCHE XIV, fig. 3 et 4.)

OBSERVATION I. — *Kyste de l'iris. — Extirpation incomplète. — Reproduction de la tumeur. — Cataracte secondaire.* (Résumé d'une observation recueillie par M. CHAUME, communiquée par M. LABBÉ.)

Achille Frig..., 21 ans, domestique, entré le 29 mars 1869, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Christophe, n° 52, service de M. Labbé. — Il y a deux mois environ, ce jeune homme ressentit de la douleur dans l'œil gauche; bientôt une conjonctivite assez intense se déclara et dura à peu près huit jours; les accidents disparurent; néanmoins il resta toujours un peu de trouble de la vision. — Au bout de quelques jours, cependant, F... vit à la partie externe de la grande circonférence de l'iris un petit point blanc qui bientôt

prit une coloration rosée. Le premier mois, la tache ne fit presque pas de progrès, mais bientôt elle s'agrandit en se dirigeant vers la pupille, et la vision devint de moins en moins bonne. C'est ce qui l'amène à l'hôpital.

A l'examen, on constate la présence d'une petite tumeur gris pâle située dans la chambre antérieure, et faisant ombre sur l'iris; elle s'avance sur le rebord pupillaire; — il n'existe aucune douleur spontanée, ni provoquée.

Le 1<sup>er</sup> avril, on pratique l'examen au moyen de l'éclairage latéral. Il est évident qu'il y a une augmentation légère dans le volume de la tumeur. Aujourd'hui, en effet, l'iris est déprimé; il semble que la portion de l'iris qui subit la pression soit paralysée; elle n'obéit pas à la lumière aussi vite que les autres parties, ce qui, à certains moments, donne un aspect irrégulier à la pupille. On constate aussi la présence de petits vaisseaux qui parcourent la tumeur. — (La figure 3 de la PLANCHE XIV reproduit la configuration de l'œil à cette époque.)

Le 3 avril, M. Labbé pratique, avec le couteau lancéolaire, une petite incision à un demi-millimètre environ du bord de la cornée. Par cette ouverture, une petite pince légèrement courbe est introduite dans le but de saisir la tumeur et de l'amener au dehors. Sous la pression de la pince, la tumeur se vide et laisse suinter au dehors son contenu qui a l'apparence du corps vitré. A plusieurs reprises, on essaye de saisir et d'extirper les parois de la tumeur, ce qui se fait avec assez de difficulté; l'iris qui fait hernie est excisé, et une petite quantité de sang s'épanche dans la chambre antérieure; elle en est retirée à l'aide de la curette.

Après l'opération, on aperçoit encore une partie de la tumeur; elle tient la place de la portion d'iris qu'on a enlevée; mais les adhérences qu'elle semble avoir contractées avec les parties profondes, font renoncer à de nouvelles tentatives d'extraction. — Il y a une légère réaction et le lendemain, le malade sort *un peu mieux* qu'auparavant. Tout se passe régulièrement pendant trois ou quatre jours, mais bientôt la portion de la tumeur qui n'a pas été enlevée augmente de volume; elle gagne de nouveau le milieu de la pupille; dans les premiers jours de mai, elle arrive sur le cristallin, et la compression de cette partie de l'œil amène de l'opacité. — Dès lors toute vision est abolie. — Le malade quitte l'hôpital le 8 juin, n'éprouvant aucune douleur, mais ayant le champ visuel tout à fait obtus du côté gauche.

OBSERVATION II. — *Kyste de l'iris contenant un cil.* (Observation communiquée à la Société de médecine de Strasbourg par M. STEBER.)

Le 16 août 1864, se présenta à la clinique ophthalmologique un jeune garçon de onze ans ayant eu, dix mois auparavant, l'œil contusionné par un éclat de bois. — Immédiatement après l'accident on ne remarqua rien de particulier; quelques jours après une légère irritation se manifesta à l'œil, mais disparut bientôt. — Au bout de plusieurs mois, on aperçut une petite tache blanche derrière la cornée. Cette tache augmentant peu à peu, s'étendit au-devant d'une partie de la pupille, et gêna sensiblement la vue.

*État actuel.* — Dans la chambre antérieure existe une tumeur, ayant la forme et les dimensions d'un petit pois, légèrement ovaire. Le petit corps est implanté sur la partie externe du bord pupillaire de l'iris auquel il est visiblement adhérent; on voit même des vaisseaux sanguins passer de l'iris sur la tumeur. Celle-ci s'étend jusqu'au milieu de la pupille; de son extrémité part une ligne brun foncé, qui se dirige vers le côté opposé de la pupille où elle paraît se perdre derrière l'iris. (Voy. PLANCHE XIV, fig. 4.) L'indication était évidente; il fallait enlever la tumeur afin de l'empêcher d'envahir toute la pupille et d'abolir la vue. L'opération fut décidée immédiatement. L'enfant étant chloroformé, une incision fut pratiquée au bord de la cornée; la tumeur fut saisie avec une pince et tirée au dehors avec la partie de l'iris auquel elle adhérait; un coup de ciseaux suffit ensuite pour l'enlever.

La tumeur excisée était constituée par un kyste dont le contenu blanchâtre et grumeleux, examiné au microscope, était formé de cellules remplies de graisse et de cristaux de cholestérine. La ligne brune qui avait traversé la pupille était formée par un cil châtain foncé, implanté par son bulbe au fond du kyste, et dont l'extrémité libre avait été cachée par l'iris. Ce cil avait une longueur de près d'un centimètre, et était légèrement recourbé.

*L'étiologie* des kystes de l'iris est inconnue: « On peut dire cependant que la plupart des kystes observés se sont développés après une lésion directe de l'iris ou des annexes de l'œil. Dans les cas où la blessure directe n'était pas démontrée, la présence d'une cicatrice sur la cornée permettait de la supposer avec quelque raison. — On a voulu encore attribuer les kystes de l'iris à la présence d'un cysticerque emprisonné dans la trame de cette membrane (Stellwag).

Rien d'impossible à cela ; mais aucune observation concluante ne l'a jusqu'ici prouvé.

« Quant au traitement de ces tumeurs, il n'y faut songer que lorsqu'elles sont des causes d'irritation, ou qu'elles prennent un accroissement rapide. On peut alors se contenter, comme l'ont fait Mackenzie et Dalrymple, de ponctionner le kyste, mais il est bien plus sûr d'exciser la partie de l'iris dans laquelle il siège <sup>1</sup>. » G. P.

---

## TÉRATOLOGIE

---

### HÉMIMÉLIE DE L'AVANT-BRAS DROIT<sup>2</sup>

PAR E. DEFFAUX, INTERNE PROVISOIRE DES HOPITAUX

Dans les derniers jours du mois de juillet, Juliette D..., âgée de 26 ans, entrant à l'hôpital de la Pitié (service de M. Broca) pour y être traitée d'une arthrite du genou droit. Cet accident, qui ne nous arrêtera pas, nous a procuré l'occasion d'observer une malformation que présente cette femme, malformation assez rare, intéressant l'avant-bras droit et désignée sous le nom d'hémimélie.

D... nous donne les renseignements suivants sur sa famille. Son père, vigoureux autrefois, est encore bien portant aujourd'hui, malgré ses soixante et onze ans ; il ne s'est jamais livré à des excès alcooliques.

Sa mère, âgée de cinquante-sept ans, fut très-bien réglée jusqu'à cinquante ans et n'a jamais eu d'attaques nerveuses. — Il n'y a pas

<sup>1</sup> Wecker, *Traité pratique des maladies des yeux*, t. I, p. 42.

<sup>2</sup> Nous donnons encore aujourd'hui un nouveau spécimen de la malformation décrite sous le nom d'hémimélie, car les séries de ce genre sont assez rares. D'un autre côté chacun de ces trois cas nous a offert des particularités nouvelles.

Dans le premier cas, M. Troisier nous fournit des renseignements importants sur l'anatomie pathologique, sur la terminaison des os du moignon.

Le second cas, — celui de M. Leroy des Barres, — appartenant à un enfant plus âgé que le précédent, confirme les détails déjà acquis et nous montre que dans les premiers temps de la vie, tant que l'enfant ne se sert pas de ses membres, il n'y a pas entre eux de différences sensibles. Nous avons été obligé de faire la photographie d'après un dessin de G. Peltier, parce que plusieurs tentatives faites pour photographier l'enfant avaient échoué.

Enfin le cas de notre ami Deffaux vient nous renseigner sur les différences qui existent, à l'âge adulte, entre le membre normal et le membre arrêté dans son développement.

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX



Planche XV

**HÉMIMÉLIE DE L'AVANT-BRAS DROIT**

de consanguinité. — Sur dix frères et sœurs, aucun n'a présenté de vice de conformation. Les sept qui survivent — non compris Juliette, — jouissent d'une excellente santé.

Notre malade est née la neuvième, à terme ; son père avait alors quarante-cinq ans, sa mère quarante et un. Pendant qu'elle était enceinte d'elle, du deuxième au troisième mois, sa mère aurait ressenti une impression à laquelle il ne faut peut-être attacher qu'une médiocre importance : dans un cauchemar elle s'imaginait qu'un soldat poursuivait un enfant, lui saisissait l'avant-bras droit qu'il tranchait d'un coup de sabre, faisant jaillir le sang de toutes parts. A ce moment, elle bondit sur son lit pour aller au secours de la victime. Ce mouvement réveilla son mari qui la fit sortir de ce rêve pénible.

Juliette est grande, forte, intelligente ; elle n'a jamais fait de maladies graves et n'offre aucun accident névropathique. Née à Chantilly, elle est venue à Paris à l'âge de onze ans. Ses règles ont paru pour la première fois à dix-huit ans. Elle n'a jamais eu d'enfants.

Arrivons maintenant à la description de la malformation figurée sur la PLANCHE XV.

D'une manière générale, ce qui existe du *membre droit* est plus grêle que la portion correspondante du gauche ; la clavicule droite n'a que 13 centimètres de longueur, tandis que la gauche en a 15. A droite, le deltoïde, les muscles de la région scapulaire étant peu développés, il en résulte que l'épaule de ce côté a une forme aplatie ; la gauche au contraire est très-bombée, normale.

La longueur des deux bras est à peu de chose près la même : ils mesurent environ 51 centimètres de l'acromion à l'épicondyle, mais leur circonférence présente des différences assez notables : tandis que la mensuration donne pour le bras gauche 28 centimètres près de la racine du membre, 26 centimètres et demi à la partie moyenne, 23 centimètres et demi près du coude ; pour le bras droit nous ne trouvons que les dimensions suivantes : à la racine du membre, 24 centimètres ; à la partie moyenne, 22 ; près du coude, 22 et demi seulement.

Le *moignon*, long de 7 centimètres, a une *forme conique* dans l'extension. Son sommet est occupé par un mamelon de 2 centimètres de diamètre. Ce mamelon est bien limité dans ses deux tiers inférieurs et internes par un sillon curviligne de 2 à 3 milli-

mètres de profondeur ; le tiers externe et supérieur ne présente pas de trace de sillon.

Il existe au centre du mamelon une *dépression* en forme de fente ; dans l'extension, cette dépression a environ 4 millimètres de profondeur ; très-près d'elle et au-dessous se trouve un petit tubercule large et aplati (2 millimètres).

En comprimant les bords du mamelon, on fait saillir de la dépression centrale, que nous venons de décrire, un *tubercule* d'une très-curieuse conformation : irrégulièrement cylindrique, de 4 millimètres de diamètre, il est en quelque sorte invaginé à sa base à l'instar d'un gland ou d'un clitoris.

Dans la flexion du moignon sur le bras, le sillon qui circonscrit le mamelon se creuse ; le mamelon devient plus saillant et l'ensemble du moignon a une forme hémisphérique<sup>1</sup>. — Les *mouvements* de flexion et d'extension sont du reste très-étendus.

Sur le moignon la *peau* a sa coloration normale ; à peine voit-on un pli transversal au niveau du coude.

A l'aide de l'électricité on constate que la contractilité est parfaite dans les muscles coraco-huméral et biceps ; ce dernier même paraît envoyer une expansion musculaire au mamelon qui est fortement rétracté quand le courant électrique passe dans le muscle.

On ne peut que difficilement déterminer l'état du *squelette* du moignon en raison surtout de son peu de longueur et de l'épaisseur des parties molles ; le squelette est sans doute formé par deux os rudimentaires soudés ou réunis par un ligament fibreux très-résistant, car on ne peut pas les faire glisser l'un sur l'autre.

Ce membre imparfait est encore d'une grande utilité pour la malade, elle s'en sert pour fixer et maintenir différents objets. Ainsi, en fléchissant le moignon elle est capable de soutenir un panier même assez pesant. Elle s'habille seule, noue elle-même les cordons de ses jupons, fait bien le crochet, etc. Lorsqu'elle coud, voici comment elle procède : elle rapproche les bords qu'il faut coudre avec la main gauche, puis les maintient avec son moignon ; cela fait, elle prend l'aiguille de la main gauche et la besogne marche vite. Elle est coloriste et passe pour habile dans son métier.

<sup>1</sup> Ces détails se voient bien sur la *PLANCHE XV* qui représente le bras placé sur un support ; le moignon est fléchi, mais, comme il est court et qu'il n'y a pas de sillon au niveau du pli du coude, le moignon ne se distingue pas du bras.

## PATHOLOGIE INTERNE

DE LA TEMPÉRATURE DANS L'URÉMIE; COMPARAISON AVEC  
LA TEMPÉRATURE DANS L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE

PAR BOURNEVILLE

L'étude de la température dans l'*éclampsie puerpérale*<sup>1</sup> nous a fourni divers renseignements qui nous paraissent d'autant plus utiles que souvent on a établi entre elle et les accidents plus ou moins semblables que l'on observe dans les *néphrites parenchymateuses* ou encore dans les cas de *suppression de l'urine* par un obstacle mécanique s'opposant à son libre écoulement : nous voulons parler des *accidents urémiques* et en particulier de ceux qui revêtent la forme comateuse et convulsive. Le travail qui suit a pour but de montrer qu'il s'agit, dans les deux affections, de phénomènes différents et que la ressemblance entre elles, loin d'être aussi accusée que le pensent quelques auteurs, n'est qu'apparente. L'examen des faits disséminés dans les publications périodiques et de ceux qui nous sont personnels sera suffisant, nous l'espérons, pour édifier nos lecteurs.

## I

M. Kien, élève de M. Hirtz, a publié en 1865 une observation dans laquelle on trouve deux indications relatives à la température<sup>2</sup> et dont nous allons résumer les traits principaux.

OBSERVATION I. — *Urémie ; attaques éclamptiques, coma, mort. — Altération urémique du sang ; lésions cérébrales.* — Héloïse Watremetz, 36 ans, vit ses règles se supprimer à l'âge de 35 ans, époque où elle eut une albuminurie avec anasarque considérable qui disparut pendant quatre mois, revint et disparut de nouveau dans le cours de la même année. Elle entre à l'hôpital civil le 14 novembre pour une lymphite du membre inférieur gauche. A cette date : pouls à 104, régulier, peu développé, mais assez résistant ; *température normale* ; ni œdème, ni épanchement ; pas de vomissements, mais diarrhée abondante ; *urines rares* (200 gr. en vingt-quatre

<sup>1</sup> *Revue photographique des hôpitaux*, 1871, p. 85.

<sup>2</sup> *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1865, p. 12.

heures), jaunes, très-troubles, donnant par la chaleur et l'acide azotique un précipité très-considérable.

15 nov. La diarrhée continue ; des vomissements aqueux et verdâtres apparaissent et se répètent, le 16 et le 17, jusqu'à dix fois en un jour. Il n'y a presque plus d'urine.

18 nov. Affaiblissement notable ; sécheresse de la bouche ; refroidissement des extrémités. Diarrhée et vomissements incoercibles. *Suppression complète des urines*. P. 92, régulier, petit. T. 36°,4. — Le soir, incertitude dans les idées, somnolence, hébétude ; suspension des vomissements et de la diarrhée. La nuit se passe dans un état demi-comateux.

19 nov. A 5 heures, *attaque éclamptique* d'une minute de durée environ et suivie d'un coma profond pendant une demi-heure au bout de laquelle la lucidité revient à moitié. L'attaque se reproduit d'une façon identique à 7 et à 9 heures. Ces attaques consistent en une perte complète de connaissance, accompagnée d'abord de *convulsions toniques* de tout le corps ; 20 minutes plus tard, *convulsions cloniques* générales avec morsure de la langue, écume sangui-nolente. Une demi-heure après la dernière attaque, le coma complet fait place à un état semi-comateux qui persiste toute la journée. De temps en temps, quelques secousses traversent encore le corps. L'haleine expirée est chargée d'ammoniaque. Le sang d'une saignée contient, pour 100 grammes, 172 milligrammes d'urée au lieu de 16 milligrammes, dans les conditions normales (Hepp).

20 nov. Même état demi-comateux ; stupeur prononcée ; déglutition difficile. P. 80, très-petit ; R. 16 ; T. 36°,8. — La malade meurt dans la matinée du 21 novembre.

AUTOPSIE. — Toute la *masse cérébrale* est œdématisée et plus consistante qu'à l'état sain. — *Rein gauche*, 145 gr., lobulé à la surface ; substance corticale atrophiée et réduite à la moitié de son épaisseur. *Rein droit*, 125 gr., plus malade ; dans quelques endroits la substance corticale et la substance tubulaire ont tout à fait disparu et les calices arrivent sous la capsule propre. — Dégénérescence graisseuse avancée des canalicules urinifères et de la plupart des glomérules de Malpighi : reins cirrhotiques, 3<sup>e</sup> degré de l'albuminurie (Morel).

— Ni M. Kien, ni M. Hirtz qui a fait, à propos de cette observation, une leçon sur l'urémie (*loc. cit.*, p. 13) n'ont relevé l'*abaissement de la température*. Il est à regretter aussi que les explorations n'aient pas été pratiquées d'une façon plus régulière.

Dans un mémoire intéressant de M. W. Roberts (de Manchester) intitulé *The Pathological of suppression of Urine*<sup>1</sup> nous lisons le passage suivant témoignant que l'auteur a vu l'importance de la thermométrie en pareille circonstance.

« La température du corps, dit M. W. Roberts, ne paraît pas élevée dans l'empoisonnement urémique. Il y a là une condition qui ressemble à la fièvre et est même décrite comme telle, mais qui en diffère essentiellement, car elle n'est pas accompagnée d'une augmentation de la chaleur du corps. Dans mon second cas, le soir du septième jour de la suppression de l'urine, alors que la langue était sèche et la soif vive, la température était seulement à 37°, c'est-à-dire normale. A cette époque, il existait des symptômes évidents d'intoxication urémique.... Dans un cas de maladie de Bright chronique que j'ai vu récemment, ce point me parut même plus frappant, car plus d'une quinzaine avant la mort, l'urine, devenue très-rare (9 à 12 onces en vingt-quatre heures), avait un poids spécifique de 1018—1020; la langue et la bouche étaient toujours sèches; le sommeil était agité, les pupilles étaient contractées; le malade était indifférent. Eh bien, la température axillaire, notée presque quotidiennement durant cette période, oscilla entre 34°,7 et 35°,8. Une inflammation érythémateuse des téguments œdématisés des jambes survint sans accroître la température et, chose plus étrange, une péricardite, qui se manifesta deux jours avant la mort, ne causa pas non plus la moindre élévation de la température : le thermomètre enregistrait encore 35°. »

Bientôt M. W. Roberts eut l'occasion de vérifier ses premiers aperçus sur la température dans l'urémie chez un malade dont il a aussi inséré l'histoire dans *The Lancet*<sup>1</sup>. Nous la rapportons en l'abrégant.

OBSERVATION II. — *Obstruction permanente de l'uretère gauche par un calcul (1864). — Obstruction soudaine de l'uretère droit par un calcul (1868). — Suppression d'urine; mort en dix jours. — Marche de la température.* — M. I., 59 ans, grand, très-vigoureux, pesant 187 kilogrammes, souffrit en juillet 1864 de coliques néphrétiques à gauche. Deux petites pierres furent évacuées. Durant les quatre années qui suivirent, la santé, en général, fut bonne. Le 29 avril 1868, M. I... urina comme à l'ordinaire en se levant du lit.

<sup>1</sup> *The Lancet*, 1868, vol. I, pages 655 et 682.

<sup>2</sup> *On the Pathology of suppression of Urine with a case*, 1870, vol. I, p. 868.

Mais, aussitôt après le déjeuner, sans cause appréciable, il ressentit une douleur subite dans la région lombaire droite avec un besoin pressant d'accomplir la miction. Il rendit, après des efforts, deux cuillerées à bouche d'urine sanglante. Malgré ces accidents il alla à Manchester, distante de 16 milles de sa résidence. Pendant son séjour à la ville les douleurs lombaires et les envies fréquentes d'uriner persistèrent. Une demi-pinte d'urine sanguinolente fut encore évacuée et ce fut tout ce jour-là. Estomac irritable.

2<sup>e</sup> jour : Pas de miction. Douleur lombaire modérée. Vomissements.

3<sup>e</sup> jour : Le malade est levé; calme, ni douleurs, ni vomissements, mais des nausées. Nul besoin d'uriner. Pas de miction depuis 50 heures. Anorexie; soif incommode; la pointe de la langue tend à devenir sèche. Région lombaire droite sensible à la pression; région lombaire gauche indolore. Ni rétraction des testicules, ni douleurs au pénis. Pouls à 72.

4<sup>e</sup> jour : Deux onces environ d'urine un peu sanglante ont été rendues, poids spécifique 1010. Trace légère d'albumine. Cellules épithéliales ressemblant à celles du bassinnet. Depuis ce moment jusqu'à la terminaison, M. I... ne rendit plus d'urine et, à la mort, la vessie fut trouvée vide. État général en apparence meilleur. Ni nausées, ni vomissements; soif moins vive; langue sèche à la pointe. Intelligence d'une netteté parfaite. Pupilles naturelles. P. 72; R. 24; Température axillaire 37°,77. *Diagnostic* : suppression de la fonction du rein gauche depuis quatre ans, due, selon toute probabilité, à l'oblitération de l'uretère gauche par un calcul; obstruction de l'uretère droit par un calcul depuis le 29 avril, d'où anurie. *Pronostic* grave.

5<sup>e</sup> jour : Quelques nausées. Affaiblissement des forces. Légère sensibilité de la région lombaire. Pas d'odeur urineuse. P. 72; R. 24; T. ax. 37°,61.

6<sup>e</sup> jour : P. 72; R. 24; T. ax. 37°,61. Le sentiment de faiblesse, dont se plaint le malade, est le symptôme le plus prononcé. M. I... s'est levé, promené. Physionomie calme, mais un peu abattue : céphalalgie légère; répugnance à parler. Peu d'appétit; langue moite, saburrale; ni nausées, ni vomissements; selles, mais seulement après l'administration de purgatifs. La nuit a été mauvaise; somnolence, par instants, durant le jour. La région lombaire droite et le trajet de l'uretère correspondant sont plus sensibles à la pression.

7<sup>e</sup> jour : P. 76 ; R. 20 ; T. ax. 37°. Nuit très-agitée. Somnolence interrompue par des soubresauts. — La pointe de la langue incline vers la sécheresse. M. I... s'est levé et a pris avec plaisir quelque nourriture. Quatre selles après purgation. Pour la première fois on observe de légers tressaillements des muscles du tronc et des membres. Céphalalgie passagère. Pupilles normales.

8<sup>e</sup> jour : P. 76 ; R. 22 ; T. ax. 36°, 77. Insomnie. Physionomie calme ; pas de confusion mentale ; tendance à la somnolence. Faiblesse croissante. Émaciation progressive. Soif plus vive ; appétit médiocre ; constipation. La région lombaire, surtout à droite, et le trajet de l'uretère droit sont plus douloureux à la pression. Proéminence des glandes sébacées de la face. — La respiration est hale-tante ; l'inspiration s'accomplit avec peine ; l'expiration est courte, soudaine, suivie d'une pause prolongée.

9<sup>e</sup> jour : P. 76 ; R. 20 ; T. ax. 36°, 53. Aggravation. Agitation plus grande. Sécheresse de la langue et de la voûte palatine ; soif inquiétante ; inappétence absolue ; vomissements, deux selles copieuses, provoquées. Aucune douleur aux lombes, etc. Céphalalgie peu intense ; pupilles légèrement contractées. — L'intelligence est nette, quand on excite le malade ; mais, abandonné à lui-même, il tombe dans un état de somnolence, ayant la bouche ouverte et respirant à de longs intervalles. M. I... se plaint d'un sentiment d'engourdissement dans les pieds, les mains et les mollets. Les spasmes musculaires sont plus fréquents et plus intenses.

10<sup>e</sup> jour : Dans la soirée d'hier, la faiblesse est allée croissante ; la nuit a été très-agitée. Besoins de défécation, sans effet. La soif, la sécheresse de la bouche, les spasmes musculaires sont allés en augmentant. A six heures du matin, respiration pénible ; suffocation imminente. Vomissements abondants. Impuissance à soulever les jambes, que le malade dit ne plus sentir. Pupilles très-contractées. Spasmes incessants, généralisés, mais n'allant pas jusqu'à produire un déplacement des membres. Respiration de plus en plus embarrassée. Mort à une heure de l'après-midi, sans coma ni attaques épileptiformes.

AUTOPSIE. — Tous les organes de l'abdomen — qui fut seul examiné — étaient sains, excepté les reins et les uretères. *Rein droit*, hypertrophié, 16 onces et demi (466 grammes), sain ; surface parsemée de nombreux points noirs, sanguinolents ; coupe pâle, anémiée. Ni le bassinet, ni l'uretère n'étaient dilatés. Ils contenaient environ deux cuillerées à café d'urine sanguinolente. On découvrit un petit

*calcul* d'acide urique arrêté et serré fortement dans l'uretère juste au-dessus de son entrée dans la vessie. Le calcul avait les dimensions et la forme d'un grain de chanvre; il pesait 1 grain et un tiers (7 centigr.). Plusieurs incisions pratiquées sur les pyramides du rein mirent à nu des dépôts d'acide urique.

*Rein gauche*, complètement transformé en un sac lobulé, aussi large qu'un rein normal et contenant environ 5 onces (121 gr.) d'un liquide blanc, opaque, ayant l'aspect du lait, renfermant des myriades d'aiguilles d'urate de soude et une grande quantité d'albumine. Les parois du sac, résistantes, ressemblant à du cuir, avaient une épaisseur variant d'une à deux lignes. Nulle trace de substance corticale ou de pyramides. L'*uretère* gauche était oblitéré à son origine par un *calcul* d'acide urique, de forme conique, du poids de 52 grains. La surface du calcul était incrustée d'un revêtement d'urate de soude, blanc, inégal. Il était solidement fixé, à l'instar d'un bouchon, dans l'infundibulum de l'uretère. Le reste de ce canal était

perméable et sans trace d'altération. — La *vessie* était vide. — Le *cadavre* n'avait pas d'odeur urineuse ou ammoniacale.

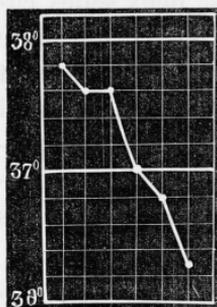


Fig. 5. Température axillaire prise une fois par jour.

Nous ferons remarquer avec M. W. Roberts: 1° que le *pouls* demeura presque stationnaire, ayant plutôt une légère tendance à augmenter de fréquence (72, 76, 80); — 2° que la *respiration* diminua progressivement de fréquence (24, 20, 15); — 3° que la *température* s'abaissa d'une façon constante, en particulier aux approches de la mort (fig. 5) ce qui confirme la proposition formulée par M. W. Roberts au

début de son travail, à savoir: « Si la suppression de l'urine persiste, la température du corps, à la longue, baisse et faiblit peu à peu jusqu'à la mort. »

— La suite au prochain numéro. —

## CLINIQUE CHIRURGICALE

DE L'INFLAMMATION PRIMITIVE AIGÜE DE LA MOELLE DES OS  
(MÉDULLITE AIGÜE)

PAR CULOT, INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS.

— SUITE —

## ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

Les phénomènes inflammatoires commencent par la moelle osseuse contenue sous le périoste, sinon toujours au moins dans l'immense majorité des cas ; et ce début s'explique tant par la jeunesse relative de ses éléments, que par sa situation, qui l'expose plus à l'action des causes déterminantes.

De là ils se propagent dans les canalicules du tissu osseux compacte, les cavités du spongieux, la moelle centrale. Cette propagation se fait avec une rapidité très-variable. Dans les cas les plus simples, le travail morbide semble s'arrêter sans pénétrer dans les canaux de Havers, ou n'y pénètre qu'à une très-petite profondeur ; et, dans ce cas, après l'évacuation du pus sous-périostique, l'accolement se fait très-bien, et la guérison survient sans exfoliation apparente, ni fistules. (II<sup>e</sup> Observation du 2<sup>e</sup> mémoire de Bœckel. — Observation de Fritz. *Société anatomique.*) D'autres fois, tout l'os semble pris en même temps, et la suppuration se montre à la face externe, interne, et dans l'os lui-même. Chez un enfant mort au troisième jour, Bœckel rencontre, outre les lésions sous-périostiques, deux foyers apoplectiques dans la moelle, et la circonférence médullaire était purulente.

Que la suppuration attaque plus ou moins profondément les parties, qu'elle se montre plus ou moins tôt : il en résulte presque toujours un abcès, abcès sous-périostique, d'étendue variable, qui pourra, à un moment donné, érailler le périoste limitant ou le détruire, et par cette voie nouvelle s'infiltrer dans le tissu cellulaire du membre, où il formera des fusées plus ou moins étendues.

En même temps que se forme l'abcès sous-périostique, les parties éloignées du centre de l'abcès, moins fortement impressionnées par la cause morbide, fourniront des produits viables, et de nouvelles couches osseuses se formeront, engainant la diaphyse. Ces nouvelles couches pourront même se produire dans le tissu osseux,

et, s'adjoignant aux anciennes, amoindriront le calibre des canalicules, éburneront l'os et en produiront la nécrose partielle.

Un autre point, primitivement ou consécutivement malade dans un très-grand nombre de cas, est le lieu de jonction du cartilage épiphysaire avec la diaphyse ou l'épiphysse, et il est très-facile de le comprendre. Là, en effet, se trouvent les parties qui, avec la périphérie de l'os, sont essentiellement vivantes. Si les couches médullaires sous-périostiques accroissent l'os en épaisseur, les couches dia-épiphysaires l'accroissent en longueur. Il y a donc dans l'une et l'autre partie, qui, du reste, sont continues, des éléments jeunes, actifs, par suite très-capables d'inflammation. Ils sont même plus abondants aux limites ostéo-cartilagineuses ou, du moins, plus actifs, car l'os gagne bien plus en longueur qu'en épaisseur, et ce n'est pas sans raison que M. Gosselin, précédé dans cette voie par Klose, y a vu le point de départ d'une forme de la maladie.

En ce point, la suppuration est quelquefois véritablement enkystée entre l'extrémité diaphysaire et le cartilage (Petit), la périphérie proliférant sans suppuer. Bien plus souvent, cependant, et sans que l'on puisse décider toujours par où a commencé le mal, la suppuration a complètement séparé le cartilage épiphysaire de la diaphyse ou de l'épiphysse, et occupe en même temps la couche sous-périostique, d'où l'existence d'un vaste foyer dans lequel baigne l'extrémité diaphysaire isolée par la suppuration. Le cartilage, dans un certain nombre de cas, a complètement disparu, on n'en trouve plus traces ; ou, existant, il est complètement décollé de la diaphyse ou de l'épiphysse ; d'autres fois, et plus souvent, son décollement est incomplet, mais le moindre effort amène dans ces cas sa séparation. Toutefois, il peut rester parfaitement indemne, et des violences extérieures ont pu quelquefois fracturer l'os au-dessous de lui. (Henrot.)

Ce ne sont pas, d'ailleurs, les grandes épiphyses seulement qui se peuvent décoller. Roser signale le même fait pour l'extrémité du calcanéum, le grand trochanter, l'ischion. Martin a vu la grosse tubérosité de la tête humérale détachée par la suppuration.

Le tissu osseux est lui-même fort altéré. Les canaux de Havers se sont considérablement agrandis et ont transformé en spongieux une partie du tissu compacte. Dans un cas, Hurel a trouvé chez une petite fille de 3 ans et demi le fémur réduit à une coque osseuse. Les aréoles du compacte s'agrandissent. La moelle s'abcède dans leurs cavités. La moelle centrale, rajeunie sous l'influence de la maladie,

reprend sa coloration primitive rouge, puis suppure dans un certain nombre de cas.

Les médullites des os plats se comportent comme celles des os longs. L'inflammation débute le plus souvent par la couche sous-périostique externe et, par les canalicules de Havers, gagne le périoste interne. C'est de la sorte que l'on peut très-facilement expliquer ce fait, de prime abord singulier et si souvent observé aux crânes et aux fosses iliaques, de décollement des deux couches périostales dans une étendue égale sur chaque face de l'os.

Telles sont les lésions primitives des médullites, lésions qui très-souvent existent concurremment, mais qui, dans les cas où elles prédominent en quelque point, ont mérité les noms divers d'abcès sous-périostique aigu, ostéomyélite, ostéite juxta-épiphyssaire.

Il est d'autres lésions consécutives aux précédentes, et qui leur sont immédiatement liées. Nous avons cité les lésions périostales et les fusées purulentes consécutives. Il nous reste à dire quelques mots de ce qui survient vers les articulations et vers le tissu osseux lui-même.

Les articulations peuvent être lésées de diverses façons. Tantôt l'arthrite survient, comme le veut Klose, par simple voisinage. Plus souvent la médullite sous-périostique s'étend jusqu'au voisinage du cartilage articulaire, et là le pus produit perfore, éraille le revêtement séreux et les fibres qui le peuvent doubler, et forme une fusée articulaire, comme il formait plus haut des fusées intermusculaires. C'est le mécanisme qu'a surtout rencontré M. Gosselin. D'autres fois, il y a médullite du tissu spongieux épiphysaire, raréfaction des trabécules, formation d'un clapier purulent intra-osseux. Le cartilage articulaire, troublé dans sa nutrition, s'altère, se détruit, et une perforation vient mettre en communication l'abcès intra-épiphyssaire et l'articulation. Même mécanisme, invoqué par M. Chassaignac; seulement, pour lui, le cartilage dia-épiphyssaire, troublé dans sa nutrition, s'était résorbé par places, et le pus articulaire pouvait communiquer avec celui de la cavité médullaire de l'os.

Un grand fait à signaler, et que l'on rencontre dans la plupart des observations, est que les phénomènes d'irruption du pus dans la cavité articulaire restent le plus souvent latents. Nulle douleur n'en résulte.

Du côté du tissu osseux, nous aurons surtout des nécroses, nécroses pouvant reconnaître diverses origines. Tantôt les éléments

médullaires modifiés nourrissent mal le tissu osseux, auquel ils fournissent les matériaux habituels, ou devenant pus cessent tout à fait de le nourrir, et le tissu osseux abandonné meurt. On voit de suite la relation intime qui existe entre l'étendue, l'intensité de la médullite et les dimensions du séquestre qui devra être éliminé plus tard. Si la moelle sous-périostique a seule été malade, on pourra n'avoir qu'une légère exfoliation; si la moelle centrale a suppuré, toute la diaphyse meurt. Entre les deux se rencontrent tous les degrés.

Toutefois, la nécrose n'est pas toujours et nécessairement une suite de la médullite suppurée. Qu'il y ait, par exemple, simple médullite sous-périostique bien limitée, cette partie arrive à suppuration, mais le voisinage peut être frappé d'abord d'ostéite raréfiante, puis condensante, d'où compression des vaisseaux du canal et nécrose.

Dans un autre ordre de lésions anatomo-pathologiques viennent l'ensemble des phénomènes nécessaires à l'expulsion du séquestre formé, phénomènes doubles et un peu contradictoires dans leurs résultats. D'abord, la médullite qui survient, ou continue autour des séquestres, résorbe le tissu osseux qui les maintenait en contact avec le reste de l'os, et provoque son isolement complet; d'autre part, la formation constante aussi de nouvelles couches osseuses dans la moelle sous-périostique, nouvelles couches qui trop généralement englobent en partie le séquestre et gênent beaucoup son expulsion.

D'autres conséquences lointaines des phénomènes locaux sur lesquels l'attention a été peu appelée tiennent au développement exagéré de l'os, par activité trop grande du cartilage dia-épiphysaire; à la cessation prématurée de l'accroissement par la disparition complète du cartilage, ou sa transformation trop prompte en tissu osseux, aux ankyloses, à l'allongement hypertrophique du ligament articulaire et aux subluxations et luxations spontanées qui en sont la conséquence. (Roser.)

Après avoir étudié les lésions primaires, initiales, des médullites, les lésions secondaires nécessaires et d'autres éventuelles, il nous reste à voir quelques troubles qui, bien que fréquents dans les médullites, n'en sont cependant que des complications véritables.

De ces complications, les unes sont essentiellement liées au siège du mal. Telles sont les méningites, que l'on voit survenir dans

nombre de médullites crâniennes; telle est probablement la péricardite observée dans le cas de M. Colson, où l'on trouvait la clavicule enveloppée dans une gaine infiltrée de pus se continuant le long de la trachée et des vaisseaux du cou. Telles sont encore les phlébites des gros troncs, que l'on n'a d'ailleurs signalées à ma connaissance que dans fort peu des cas.

Pour comprendre les autres complications, il faut faire intervenir un élément nouveau. Cet élément, nouveau pour les auteurs qui font de la maladie qui nous occupe une entité morbide, est la cause même de cette maladie. La cause rhumatismale agit sur le péricarde comme elle avait agi sur les os, pour M. Giralès. Pour Roser, sa dyscrasie a les manifestations les plus variées. Et cependant M. Goselin, Bœckel, Roser lui-même, qui admettent une cause spéciale pour expliquer le début de la maladie, reconnaissent toutefois que les troubles généraux graves résultent d'une résorption des produits morbides sous-périostiques. Les accidents graves sont une conséquence de l'état local.

Il est généralement admis, à l'époque actuelle, que dans toute inflammation locale il se forme des produits de dénutrition absorbés par le sang et portés par lui dans toute l'économie. Ces produits de dénutrition vont impressionner les divers organes et déterminer une fièvre dite inflammatoire, fièvre inflammatoire qui varie beaucoup dans ses caractères et son intensité, suivant la quantité de produits résorbés, leurs qualités et aussi l'impressionnabilité de l'organisme sur lequel ils agissent.

Quels sont ces produits? leur nature? leur mode d'action? Toutes questions irrésolues à l'heure actuelle. Mais quelles que doivent être les explications, il est des faits acquis et qui permettent très-logiquement d'accepter cette opinion, qui explique, du reste, parfaitement les faits cliniques.

Les faits cliniques montrent, en effet, que, dans la grande majorité des cas, la maladie qui nous occupe est primitivement locale. Puis surviennent des phénomènes généraux, tantôt indiquant une inflammation franche, d'autres fois devenant rapidement typhoïde, et pouvant alors amener en peu de temps la mort des malades. Que trouve-t-on dans ces cas? Rien, quand la mort a été très-rapide. Si elle a tardé quelques jours, on observe des lésions disséminées un peu partout, et qui se rapprochent complètement de celles des maladies avec infection, septicémie, pyohémie.

Ce sont, du côté du cerveau, des suffusions séreuses, même san-

guines, de la congestion, des abcès dans un cas de Stone, une infiltration de pus liquide dans les mailles du tissu cellulaire sous-arachnoïdien, compliquée de purulence dans les veines qui aboutissent au sinus longitudinal, et dans ce sinus lui-même. (Louvét.)

Les poumons sont engoués, parsemés d'abcès métastatiques et de noyaux apoplectiques qui en sont le premier degré. Les plèvres sont remplies de liquide séro-purulent, ou séro-sanguin, ou de fausses membranes. — Le péricarde est également tapissé de néomembranes, remplies de liquide purulent. La substance charnue du cœur est ecchymosée ; on y voit de petits abcès. — Les valvules, dans un cas de Martin, et un autre de M. Giralès, sont elles-mêmes ulcérées, malades. — La rate est volumineuse, diffluent souvent. Dans un cas de Stone, il y avait du liquide dans le péritoine. — Les abcès du foie sont très-rares. Très-communs, au contraire, sont ceux des reins. — Des arthrites suppurées se voient très-souvent, et par elles s'expliquent la plupart des faits dits de périostites multiples. — On trouve encore des abcès intra-musculaires, des œdèmes et suppurations du tissu cellulaire.

Toutes ces lésions ne coexistent pas, et, sans pouvoir donner les règles de leur production, il faut, je crois, admettre leur dépendance commune d'une infection générale. Souvent associées en nombre variable, elles peuvent cependant rester isolées. Le péricarde a été vu plusieurs fois malade, à l'exclusion des autres parties. Je ne crois pas qu'on en puisse inférer la nature rhumatismale de la maladie.

— La fin au prochain numéro. —

---

## PATHOLOGIE INTERNE

---

### ÉTUDE SUR LES ARTHROPATHIES CONSÉCUTIVES A QUELQUES MALADIES DE LA MOELLE ET DU CERVEAU

PAR BOURNEVILLE<sup>1</sup>

— SUITE —

#### VI. ATTITUDE ET CONTRACTURE DES MEMBRES ; LÉSIONS ARTICULAIRES QUI S'OBSERVENT CHEZ LES HÉMIPLÉGIQUES.

Nous avons dit, dans le précédent numéro que ce groupe comprenait deux catégories distinctes : la première, les malades hémi-

<sup>1</sup> Voy. *Revue photographique*, 1870, pages 193 et 229; 1871, p. 9, 67.

plégiques en quelque sorte depuis l'enfance ; la seconde, les malades devenus hémiplegiques à une époque plus ou moins avancée de l'existence. Puis, nous avons relaté l'observation d'une femme appartenant à la première catégorie, en insistant plus particulièrement sur l'attitude des membres (voy. PLANCHE VIII), l'inégalité de la face et de la tête, sur l'état de la parole, etc. Avant de résumer ce qui a trait aux lésions articulaires et les caractères principaux des membres paralysés, nous allons rapporter une observation non moins intéressante que la première.

OBSERVATION X. — *Convulsions à sept ans. — Hémiplegie du côté droit. — Peur vive à vingt ans : accès d'épilepsie. — État actuel de la malade ; attitude des membres paralysés*<sup>1</sup>. — Delet... Joséphine, âgée de quarante et un ans, est entrée le 1<sup>er</sup> décembre 1853 à la Salpêtrière (section des épileptiques). Son père nous a fourni en 1866 les renseignements qui suivent. En ce qui le concerne personnellement, il déclare n'avoir jamais eu d'accidents nerveux ou syphilitiques et jouir d'une bonne santé. — Il en serait de même de la mère de notre malade. — Il n'y a pas de consanguinité. — Ils ont eu quatre enfants : l'aînée est morte en bas-âge, étant en nourrice ; la seconde est celle qui fait l'objet de notre observation ; la troisième est morte à dix-huit ans, d'une fièvre typhoïde (?) ; elle était nerveuse ; enfin le quatrième est un garçon vivant et bien portant. — On ne nous signale aucune maladie nerveuse du côté des ascendants (grands-pères et mères paternels et maternels)<sup>2</sup>.

Notre malade, élevée au sein en nourrice aurait été propre<sup>3</sup> et aurait marché de bonne heure ; ni convulsions, ni scrofules. — A sept ans, D... eut une *fièvre cérébrale* (?) dans le cours de laquelle on lui aurait fait prendre un bain ; ce serait en sortant de ce bain qu'elle aurait été prise de *convulsions* suivies d'une *paralysie du côté droit*. Jusqu'à ce moment, D... était très-intelligente ; elle savait lire, écrire, etc. ; mais à partir de là, ses facultés ont baissé peu à peu. Elle fut *réglée* sans difficulté à 13 ans.

<sup>1</sup> Nous avons recueilli cette observation en 1866 pendant notre internat dans le service de M. DELASIAUVE ; nous revoiyons aujourd'hui la malade dans le service de M. CHARCOT.

<sup>2</sup> A l'époque de la naissance de notre malade, son père avait 29 ans, sa mère 22. Nous consignons ce détail parce qu'en a fait jouer à l'âge des parents, au moment de la conception, une influence que, du reste, nous croyons assez exacte.

<sup>3</sup> On sait que, souvent, dans les antécédents des épileptiques, l'incontinence nocturne d'urine est notée.

Au coup d'État de décembre 1851, les soldats tirant des coups de fusil sur la maison qu'elle habitait, des balles vinrent tomber dans sa chambre ; ces circonstances, l'idée que son jeune frère qui, par peur s'était jeté sur le parquet, avait été tué, lui causèrent une frayeur extrême : le soir même elle fut prise d'accès épileptiques qui se renouvelèrent le lendemain. La seule modification des membres paralysés que l'on ait constatée consisterait en une sorte de torsion plus accusée qu'auparavant.

*État actuel.* D... jouit d'habitude d'une santé excellente, — en dehors de ses accès épileptiformes, bien entendu, — et n'a jamais gardé le lit depuis son admission à la Salpêtrière. Les fonctions digestives, respiratoires, etc., s'accomplissent d'une façon normale. Les règles, devenues moins abondantes qu'autrefois, sont régulières et suivies pendant quelques jours de pertes blanches.

La tête est droite ; il n'y a pas de roideur du cou. La circonférence de la tête mesure, en passant au niveau de la racine du nez et des conduits auditifs, 53 centimètres et demi (26 cent. 5 pour la moitié droite, 26 et demi pour la gauche). — La joue droite semble un peu moins proéminente que la gauche. — Les plis du front sont marqués et égaux. — Les plis palpébraux paraissent moins accusés à droite qu'à gauche, mais à un faible degré. — Nous ne constatons aucune différence entre les globes oculaires. — Le sillon naso-labial droit est moins accentué que le gauche. — Les narines ont les mêmes dimensions. — On n'observe aucune déviation soit de la bouche soit de la langue.

*Membre supérieur droit* (paralysé). Au repos, le bras s'appuie le long du thorax ; l'avant-bras, à peine fléchi, se soutient sur le devant de l'abdomen ; la main est fortement fléchie, à angle droit, sur l'avant-bras — ce qui lui donne l'*aspect d'un crochet*. (Voy. PLANCHE XVI.) La malade élève le *bras* jusqu'à la ligne horizontale, porte la main au front ; l'abduction et l'adduction sont gênées. — Les mouvements du *coude* sont plus étendus que chez Lecom... (obs. IX) la flexion et l'extension s'exécutent d'une manière presque complète. — Quant aux mouvements du *poignet*, ils sont tout à fait abolis : c'est là que la déformation atteint son maximum. — Les *doigts*, surtout le *pouce*, le *médius* et l'*annulaire* sont fléchis dans leur ensemble et on ne les allonge qu'avec difficulté. L'*index* et plus particulièrement le *petit doigt* jouissent d'une certaine mobilité. — D... s'habille seule ; elle a cependant besoin d'aide pour se peigner et nouer les cordons de ses souliers. — Elle travaille à la couture,

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX



Planche XVI.

**HÉMIPLÉGIE CONSÉCUTIVE A L'ATROPHIE CÉRÉBRALE**

ATTITUDE DES MEMBRES

tenant l'aiguille de la main gauche et soutenant son linge avec l'auriculaire droit. — Elle est d'ailleurs inhabile et ne s'acquitte de sa besogne qu'avec lenteur.

Dans l'hiver, la peau du membre supérieur droit devient violacée, marbrée. Au toucher, il est en tout temps *plus froid* que le gauche. — Dans les temps humides, douleurs et craquements dans l'épaule, mais aucune douleur le long du bras ni dans les autres jointures. Toutefois, au moment des grandes gelées, elle souffrirait plus qu'à toute autre époque. — La contracture de la main serait aussi plus prononcée lorsqu'il survient des changements atmosphériques.

Voici les mensurations comparatives des deux membres supérieurs<sup>1</sup> :

	DROIT	GAUCHE
Longueur du bras . . . . .	46,5 cent.	52 cent.
Circonférence du bras au-dessous de l'aisselle . . . . .	21,5 —	29 —
Circonférence du bras (partie moyenne).	20,5 —	24 —
— du coude . . . . .	20,5 —	23 —
— de l'avant-bras (partie moyenne) . . . . .	17 —	24 —
— du poignet . . . . .	15,7 —	18,5 —

La *clavicule droite* a 14 centimètres de longueur, et la gauche, 15 centimètres et demi. — L'épaule droite est plate sans relief, tandis que la gauche est arrondie, développée. — Les *seins* sont peu volumineux, et le *droit* moins que le gauche. — La moitié droite du tronc est moins ample que la gauche.

*Membre inférieur droit.* — A part le genou qui présente une certaine roideur et quelque tendance à la flexion, les jointures sont libres. — La malade marche en boitant, en raison du raccourcissement du membre; parfois il lui arrive aussi de traîner un peu le pied, mais ce phénomène n'est pas bien accusé, car elle n'use pas la chaussure plus d'un côté que de l'autre.

	DROIT	GAUCHE
Longueur du membre inférieur . . . . .	79 cent.	82,5 cent.
— du pied . . . . .	23,5 —	24,5 —
Circonférence de la cuisse (partie moyenne) . . . . .	39 —	41,5 —
Circonférence de la jambe (jarretière).	26 —	28 —
— de la jambe (mollet) . . . . .	27 —	31 —
— du cou de pied . . . . .	22 —	23,5 —
— du métatarse . . . . .	22,5 —	23 —

L'influence du froid sur la peau est moins forte qu'au membre

<sup>1</sup> La PLANCHE XVI indique bien les différences de la main et des avant-bras.

supérieur. Au palper, le genou et la jambe sont plus frais à droite qu'à gauche.

Les différents modes de *sensibilité* sont normaux. — L'*ouïe* est un peu obtuse à droite. — La *vue*, l'*odorat*, etc., ne sont pas pervers. — La *physionomie* de la malade (voy. PLANCHE XVI) exprime une certaine hébétude, et annonce une intelligence médiocre. — La *mémoire* est mauvaise : ainsi D... ne se rappelle même plus qu'on l'a photographiée. — La *parole* est loin d'être aussi facile que chez la malade de l'observation IX ; souvent il y a quelque hésitation, du bredouillement et, par instants, ces phénomènes sont encore plus intenses. Cet embarras de la parole, l'obnubilation intellectuelle que nous avons signalée, ne sont pas dus à la répétition des accès d'épilepsie, car ils paraissent, au contraire, devenir de plus en plus rares. Le tableau suivant en fait foi.

Année 1861. . . . .	18 accès.	Année 1867. . . . .	1 accès.
— 1862. . . . .	2 —	— 1868. . . . .	1 —
— 1863. . . . .	0 —	— 1869. . . . .	0 —
— 1864. . . . .	0 —	— 1870. . . . .	0 —
— 1865. . . . .	0 —	— 1871. . . . .	2 —
— 1866. . . . .	0 —		

Notons que presque toujours les accès reviennent à la même époque, en avril. — Dans un prochain article nous ferons ressortir les particularités les plus intéressantes de nos deux dernières observations.

— La suite au prochain numéro. —

## BIBLIOGRAPHIE

**Étude sur l'uréthrotomie interne**, par le docteur REVERDIN. In-8°. Paris, 1870; Cherbuliez, éditeur.

L'uréthrotomie interne a eu le sort de la plupart des opérations entrées dans le domaine de la *spécialité*. Formellement repoussée par quelques-uns, elle est devenue, au contraire, pour certains spécialistes, l'unique méthode de traitement des rétrécissements de l'urètre; on a varié à l'infini les procédés opératoires, chacun cherchant à attacher son nom à un uréthrotome de son invention ; les brochures, les réclames, les traités, renfermant les affirmations les plus contradictoires, ont pullulé si bien que, sur un sujet de pareille importance, la lumière était loin d'être faite.

Placer enfin la question de l'uréthrotomie sur le terrain de la

saine et pure clinique, a semblé à M. Reverdin le meilleur moyen de la tirer de cette obscurité. Ses assertions reposent sur cinquante-deux uréthrotomies pratiquées à l'hôpital Necker, dans le service spécial fondé par Civiale, et actuellement dirigé par M. Guyon. En nous initiant aux différents détails de ces opérations, en nous faisant suivre pas à pas les opérés dans les diverses phases qui précéderent leur complète guérison, l'auteur a atteint un double résultat : d'abord, trancher la grave question de l'opportunité de l'uréthrotomie interne, de façon à faire naître une conviction arrêtée chez les plus sceptiques ; ensuite, nous mettre au courant de l'excellent *modus faciendi* de M. Guyon, et nous livrer ainsi, en quelque sorte, le secret de ses succès incontestables.

Le travail de M. Reverdin est divisé en trois chapitres : le premier traite *du manuel opératoire et des soins consécutifs*, le second *des accidents et des résultats de l'opération* ; dans le troisième, auquel M. Reverdin semble avoir donné le plus d'importance, se trouvent discutées les *indications et les contre-indications* de l'uréthrotomie interne.

Les lignes consacrées au *Manuel opératoire* sont écrites à un point de vue essentiellement pratique. En les parcourant, le lecteur est initié à tous les détails, voire même à toutes les finesses de l'uréthrotomie interne. Non-seulement il y trouve les règles à suivre, mais encore les écueils à éviter, les divers moyens de tourner les difficultés à mesure qu'elles peuvent se présenter. L'auteur ne craint pas, à ce sujet, de fournir les renseignements les plus minutieux, et il fait bien : dans une opération essentiellement délicate, le moindre détail peut avoir sa valeur, et, quoique insignifiant à la lecture, faire réussir au lit du malade.

Nous ne saurions donner une meilleure idée de la méthode adoptée par l'auteur, qu'en citant textuellement le passage suivant : il a trait aux difficultés que l'on rencontre parfois dans l'introduction du conducteur métallique. (L'uréthrotome adopté par M. Guyon est celui de Maisonneuve.)

« Ainsi, pour peu qu'après quelques tentatives infructueuses, l'opérateur sente que la patience va lui faire défaut, il n'y a qu'un parti à prendre : retirer le conducteur, le dévisser, laisser la bougie à demeure et remettre les tentatives à plus tard. C'est cette sage pratique que nous avons vu mettre quelquefois en usage par notre maître, et que nous suivrons pour notre part dans les mêmes circonstances. Cependant, s'il y avait urgence et si l'on craignait de ne

pas mieux réussir une seconde fois qu'une première, on pourrait arriver au but par l'un des deux moyens suivants : M. Guyon nous a dit avoir employé plusieurs fois cette année avec succès le premier : il consiste à pousser l'instrument d'une main, à guider de l'autre son extrémité au moyen de l'index introduit dans le rectum, pendant qu'un aide refoule fortement en bas la racine de la verge. Jamais, du reste, il ne faut employer la violence, car on pourrait faire une fausse route, malgré la bougie, si elle se repliait au niveau de son ajutage métallique. Le second moyen consiste à ouvrir la voie au conducteur en faisant une petite scarification avec l'uréthrotome de Charrière, vissé sur la bougie conductrice; mais il faut peu compter sur la réussite. »

C'est là un langage clair, précis, d'une utilité pratique incontestable. Dans l'uréthrotomie, les *soins consécutifs* ont une importance capitale ; ils complètent, en quelque sorte, l'opération, outre qu'ils peuvent prévenir certains accidents inquiétants, sinon graves. L'introduction de la sonde à demeure (aussitôt l'uréthrotomie terminée), conseillée dès 1858, par Civiale, est une pratique généralement adoptée de nos jours ; cependant Reybard et Gaujot l'ont rejetée en se fondant sur le raisonnement suivant : « La sonde représente dans l'urèthre divisé, un corps étranger qui irrite la plaie, l'enflamme, la fait suppurer, et par conséquent cette plaie se réparera lentement et sera remplacée par une cicatrice épaisse et rétractile. » Cette objection serait fondée si l'on employait une sonde d'un calibre assez fort, pour comprimer et irriter la surface de la plaie ; or, cela n'est point nécessaire. La sonde est destinée à laisser écouler l'urine, à empêcher son contact avec la plaie fraîche, et non pas à produire une dilatation : il suffit donc qu'elle remplisse assez le col de la vessie pour que l'urine ne puisse s'échapper entre elle et le canal. Aussi M. Guyon a-t-il adopté une sonde dont l'introduction soit facile : pour une lame marquant 23, il choisit un calibre n° 16 ou n° 18.

Cette sonde une fois introduite doit-elle être aussitôt bouchée avec un fausset ? M. Reverdin emploie le fausset dès la première nuit, en prenant la précaution de l'enlever toutes les deux heures au moins.

Cette pratique, à notre humble avis, n'est pas très-prudente : en effet, en examinant la statistique, nous voyons la plupart des opérés avoir eu des frissons ou une fièvre plus ou moins légère dans les premiers temps qui suivirent l'uréthrotomie. Ces accidents qui sont toujours inquiétants, s'observent plus rarement lorsque l'on rejette

formellement l'emploi du fausset dans les deux premières nuits.

D'accord avec la plupart des praticiens, M. Reverdin admet la nécessité de la *dilatation consécutive* à l'uréthrotomie, sauf certains cas exceptionnels où le cathétérisme est dangereux ou impossible. C'est le seul moyen de mettre l'opéré à l'abri des récidives, car il est démontré que, même après les grandes incisions de Reybard, la cicatrice peut se rétracter et reproduire le rétrécissement. Par l'introduction des bougies après l'uréthrotomie, le seul but doit être de conserver le bénéfice de l'incision, où, en d'autres termes, de maintenir la dilatation acquise.

Vouloir, au contraire, *étendre la cicatrice* par la pression continue d'une bougie de fort calibre, est une pratique déplorable, car on amène ainsi l'inflammation des tissus cicatriciels qui finissent par s'indurer et s'épaissir, ce qui ne peut que diminuer le calibre de l'urèthre. Ceci étant admis, il suffit de commencer la dilatation au moment « où la cicatrice est complètement organisée et assez solide pour résister au traumatisme des bougies. » Cette époque est facilement appréciable : elle coïncide avec la cessation de l'uréthrite légère qui accompagne le travail de cicatrisation, et dont la durée est généralement de quinze à vingt jours. Il est bon alors de commencer la dilatation avec une bougie d'un numéro inférieur, qu'on laissera pendant une minute ou deux seulement. Les jours suivants, on passera sans brusquer à des numéros plus forts.

Les *accidents* qui peuvent compliquer l'uréthrotomie sont partagés en deux groupes : « Les uns ne sont point particuliers à cette opération, mais peuvent survenir dans toute opération sanglante : la douleur, l'hémorrhagie, l'inflammation de la plaie, la fièvre ; les autres au contraire sont sous la dépendance de la région dans laquelle se pratique l'opération : l'infiltration d'urine, les abcès uréthraux, la néphrite, la cystite et les accidents fébriles ou phlegmasiques attribués à l'intoxication urineuse. »

Le défaut d'espace nous empêche d'analyser dans tous ses détails cette intéressante partie de l'ouvrage de M. Reverdin ; nous nous bornerons à attirer l'attention sur le chapitre qui a trait aux *accidents fébriles*. Le lecteur y trouvera une division des phénomènes fébriles qui suivent l'uréthrotomie, basée principalement sur la thermométrie. Plusieurs tracés graphiques formant une fort belle planche, sont annexés à l'ouvrage. L'on peut rattacher à trois types ces dernières courbes thermométriques :

1<sup>er</sup> *Type*. Très-légère élévation de la température (quelques dixiè-

mes de degré au-dessus de la normale) le jour de l'opération suivie d'une seconde ascension tout aussi faible le jour où le malade se lève : *apyrexie ou fièvre traumatique légère*.

2<sup>e</sup> Type. Élévation brusque de deux à trois degrés au-dessus de la température normale avec défervescence rapide. A ces phénomènes thermométriques correspond un frisson plus ou moins violent, suivi de chaleur et de sueurs. *Accès fébrile sans phlegmasie*.

3<sup>e</sup> Type. Élévation brusque de la température qui se maintient élevée. Dans ces cas, il y a coïncidence d'une phlegmasie (reins, vessie, testicule), entretenant, pendant toute sa durée, un état fébrile précédé ou non de frisson. *État fébrile persistant avec phlegmasie*.

On ne saurait imaginer une classification plus rigoureuse et frappant l'esprit d'une façon plus nette et plus claire. Il s'y trouve cependant, à notre avis, une omission légère et facilement réparable: les malades soumis aux investigations thermométriques étaient sous l'influence du sulfate de quinine administré à la dose de 0<sup>gr</sup>,40 centigrammes à 0<sup>gr</sup>,60 centigrammes, avant et après l'opération. M. Reverdin *est tenté* d'attribuer à l'emploi de ce médicament la bénignité des accidents fébriles dans les cas qu'il a observés.

Ce fait aurait pu être affirmé d'une façon plus catégorique, si l'on s'était fondé sur des expériences comparatives: il suffisait pour cela de ne point administrer le sulfate de quinine à quelques opérés. Enfin, après avoir passé en revue les différentes méthodes de traitement des rétrécissements de l'urèthre et s'être déclaré partisan de celle de Maisonneuve, l'auteur aborde finalement la question si délicate des indications et contre-indications de l'uréthrotomie.

Cette dernière partie est très-complète; tous les cas y sont longuement et habilement discutés; de plus, l'ordre adopté dans cette discussion est si rigoureusement méthodique, chaque détail est si bien à sa place que le chirurgien trouvera rapidement le cas particulier qui l'occupe; aussi ne saurions-nous mieux faire qu'en le renvoyant directement à l'ouvrage lui-même.

En résumé, cette intéressante étude sur l'uréthrotomie constitue un progrès réel dans la pathologie des voies urinaires; elle est remarquable à la fois par l'esprit méthodique avec lequel elle a été conçue, par la justesse et l'exactitude des observations cliniques qui ont été prises pour base, et enfin par les brillants résultats qu'a fournis la pratique recommandée par l'auteur. E. DUPUY.

*Le Gérant* : A. DE MONTMÉJA.

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX



Planche XVII.

**CANCER DU SEIN CHEZ L'HOMME**

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX DE PARIS

---

## CLINIQUE CHIRURGICALE

---

### OBSERVATION DE CANCER DU SEIN CHEZ L'HOMME

PAR M. THAON, INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Carr..., Louis, âgé de 50 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. TRÉLAT, le 28 avril 1871.

Cet homme est porteur d'une grosse tumeur du sein droit qui lui est apparue il y a neuf mois. Elle a débuté par une petite croûte au niveau du mamelon et par une tuméfaction de la région ; des élancements partant de la région s'irradiaient au loin. Ces élancements ont cessé bientôt pour ne plus reparaitre ; la tuméfaction a augmenté graduellement.

*État actuel.* Au niveau du sein droit, tumeur dure, indolente à la pression, mobile en masse sur les couches profondes, du volume d'un sein de femme pubère. Peau adhérente partout, rouge et très-amincie vers l'aréole. Mamelon perdu au milieu de végétations papillaires, recouvertes de croûtes jaunâtres. (Voy. PLANCHE XVII.)

Ganglions mobiles, non douloureux, dans l'aisselle correspondante.

Rien à noter dans les autres régions du corps. On diagnostique une tumeur maligne du sein et l'ablation est décidée.

*Opération.* La périphérie de la tumeur est circonscrite par deux incisions en ellipse, la queue de l'ellipse se prolonge du côté de l'aisselle ; les ganglions et le sein sont ainsi extirpés. On panse à plat avec la charpie trempée dans l'eau de Pagliari.

*Examen de la tumeur.* La tumeur n'a pas de limites tranchées ; le tissu pathologique s'avance sous forme de traînées dans les couches voisines et envahit partiellement le grand pectoral. La coloration est blanc grisâtre. A la coupe, on obtient un suc laiteux, dans

lequel on trouve au microscope une grande quantité de cellules, la plupart très-volumineuses, contenant un ou deux noyaux à nucléoles brillants.

Sur des coupes durcies et traitées par le pinceau, on obtient un tissu alvéolaire ; les parois sont formées par du tissu fibreux. Dans l'intérieur des alvéoles on trouve encore des cellules qui n'ont pas été chassées par le pinceau ; elles ressemblent à celles qui étaient contenues dans le sac.

Tel est le type général du tissu, mais, selon les régions, les alvéoles apparaissent plus petits, d'un aspect squirrheux plus marqué ; ailleurs les parois sont plus minces et les cellules plus nombreuses.

L'examen microscopique, d'accord avec la clinique, permet d'affirmer l'existence d'un cancer du sein.

Les ganglions avaient l'aspect d'une bouillie blanchâtre ; ils renfermaient les mêmes éléments que la tumeur du sein.

L'examen histologique a été fait par mon collègue M. MALASSEZ, dans le laboratoire de M. Ranvier, au Collège de France.

Le malade est sorti à peu près guéri de sa plaie le 15 juillet.

## NOTES SUR LE CANCER DU SEIN CHEZ L'HOMME

PAR G. FELTIER, INTERNE DES HÔPITAUX

La mamelle, rudimentaire chez l'homme, est très-rarement le siège de maladie ; on y a cependant rencontré toutes les formes de tumeurs que l'on trouve chez la femme. — Jusqu'en 1859, le squirrhe paraît être la seule variété de cancer décrite et observée chez l'homme ; depuis on a noté un certain nombre de tumeurs encéphaloïdes et fibroplastiques. En 1844, M. Walsh<sup>1</sup> croit encore que le cancer de la mamelle chez l'homme est toujours de nature squirrheuse.

« J'avais pour ma part, dit Velpéau<sup>2</sup>, rencontré neuf à dix exemples de ces cancers en 1855, dont un m'a laissé dans l'incertitude sur la question de savoir s'il ne s'agissait pas plutôt d'une tumeur fibroplastique que d'un squirrhe ; j'en ai observé quatre depuis. Du reste, j'ai pu constater l'existence de tumeurs réellement encépha-

<sup>1</sup> Boston, 1844, ouvrage cité dans *Tumeurs du sein*, par Velpéau, p. 695.

<sup>2</sup> *Traité des maladies du sein*. 1858, p. 695.

loïdes, un certain nombre de fois, dans la mamelle de l'homme ; une première fois, la tumeur, qui n'était point encore ulcérée, offrant le volume des deux poings, existait chez un homme d'une cinquantaine d'années, et commençait à se ramollir sur une de ses principales bosselures. — Un homme de 48 ans, qui vint me consulter en 1850, avait le sein gauche occupé par de larges fongosités cérébroïdes, en même temps que l'aisselle était remplie de tumeurs de même nature et non ulcérées. — J'ai dû extirper du creux de l'aisselle en 1847 une masse cancéreuse ulcérée chez un homme qui avait subi, dix-huit mois auparavant, l'ablation d'un large encéphaloïde de la mamelle. — En 1851, j'ai vu, avec le docteur Vignole, un ecclésiastique dont la mamelle droite était le siège d'un cancer fongueux ulcéré, anfractueux, large d'un décimètre, qui a été attaqué et guéri par le caustique sulfurique. Vidal en a extirpé un, de son côté, chez un malade de mon service à la Charité, et M. Bérard en a rencontré deux le même jour au Bureau central des hôpitaux. Blandin, M. De-guise, M. H. Larrey en ont aussi montré des exemples. »

Cette citation suffit, il nous semble, pour prouver que la mamelle de l'homme est sujette, comme la mamelle de la femme, quoique bien moins fréquemment<sup>1</sup>, aux différentes sortes de cancers.

Depuis la publication du livre de Velpeau, il a été rapporté dans différents recueils, ou communiqué aux sociétés savantes un certain nombre d'observations nouvelles ; nous n'avons pas la prétention de les consigner toutes ici ; nous allons seulement énumérer quelques faits et donner quelques indications bibliographiques.

Dans *la France médicale* (1861, p. 555) nous trouvons les renseignements suivants empruntés à *the Lancet*. « M. Lyford a vu un exemple de cancer du sein chez un homme de 23 ans ; M. Walshe un autre chez un homme de 30 ans. Trois autres malades avaient 45, 56 et 67 ans. M. Moore rapporte l'histoire d'un homme âgé de 42 ans bien portant jusque-là, sans maladie héréditaire, qui avait depuis un an, en dehors du mamelon gauche, une tumeur du volume d'une noix, un peu adhérente, légèrement douloureuse, accompagnée de quelques engorgements axillaires. Ses forces avaient diminué. On enleva la tumeur ainsi que les ganglions. Le tissu mor-

<sup>1</sup> T. W. Nunn, dans un travail intitulé : *Abstract of notes of fifty cases of Cancer of the Breast*, ne cite aucun cas relatif à l'homme (*the Lancet*, 1865, vol. I, p. 690, et vol. II, p. 59 et 97). — De même, dans une note de Th. Bryant, ayant pour titre : *Diseases of the Breast in the male*, et comprenant douze cas, il n'y a pas un seul exemple de cancer. (*Ibid*, 1868, vol. I, p. 285.)

bide, examiné au microscope, présenta, dit l'auteur, les caractères bien prononcés du cancer squirrheux.

« M. Fergusson a excisé, le 20 juillet, une tumeur grosse comme la moitié d'une orange, développée depuis sept mois chez un homme de 55 ans, sans vice héréditaire et jouissant d'une bonne santé. Chez lui, une excoriation causée par des frictions médicamenteuses s'était convertie en une ulcération et un fongus du volume d'une noix offrant tout à fait l'aspect d'un tubercule squirrheux. Il y avait aussi un engorgement de la grosseur d'un œuf, sous le bord antérieur de l'aisselle. Les malades de MM. Moore et Fergusson ont guéri.

« Chez un troisième sujet, âgé de 52 ans, confié aux soins de M. Wormuld, le mal avait débuté un an auparavant par un ulcère du mamelon gauche, avec un engorgement mou dans l'aisselle correspondante. On diagnostiqua un squirrhe. La santé était très-bonne. Cet homme se refusa à l'opération. »

Nous trouvons aussi, dans le journal *the Lancet* (1864, vol. II, p. 267), la relation du cas suivant :

OBSERVATION. — *Cancer du sein chez un homme de 60 ans. — Extirpation. — Guérison de la plaie.*

Charles R..., âgé de 60 ans. Il est amaigri; il raconte qu'il a toujours été bien portant, et il ne sait pas si quelque membre de sa famille a été atteint de cancer. Il remarqua la tumeur il y a environ quatre mois; depuis lors, elle a été en augmentant graduellement, lentement et sans douleur. Il l'attribue à l'habitude qu'il a de presser fréquemment sa poitrine contre le bord tranchant d'un coffre, tandis qu'il se penche pour en atteindre le contenu. La tumeur occupe le sein droit et enveloppe le mamelon; elle a environ les dimensions d'une noix et paraît légèrement nodulée. Le système lymphatique n'est pas intéressé; l'appétit est conservé; la santé générale est bonne.

M. Childs, après avoir chloroformé le malade, enleva la tumeur le 11 juillet. Il ne se passa rien de particulier et R... quitta l'hôpital le 30 juillet, la plaie étant à peu près guérie. L'examen microscopique de la tumeur montra une gangue fibrocelluleuse, avec des cellules granuleuses, nucléées, irrégulières et considérées ordinairement comme pathognomoniques du cancer.

Nous traduisons le cas qui suit des *Reports of the Dublin Pathological Society*<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> *The Dublin quarterly Journal of the medical Sciences*, n° LXXXVII, p. 468.

OBSERVATION. — *Cancer du sein* (Squirrhe). — *Développement de la tumeur*. — *Adénites axillaires*. — *Extirpation*. — *Guérison des plaies*.

Le docteur M'Clintock fait voir un exemple de tumeur mammaire qui lui a été envoyé de Dundalk par le docteur Brunker. Cette tumeur occupait le centre de la mamelle gauche, immédiatement au-dessous du mamelon. Avant son ablation elle présentait les caractères ordinaires du *squirrhe*; elle avait une dureté extrême, était très-adhérente aux téguments et mobile à un très-faible degré; deux glandes axillaires étaient hypertrophiées.

Quand la tumeur vint en la possession de M. M'Clintock, elle avait été immergée dans l'alcool pendant quelque temps, de telle sorte qu'on ne pouvait reconnaître plusieurs des caractères propres à se faire une opinion positive sur la nature pathologique de la tumeur. Elle était très-solide, très-dure dans sa texture, très-dense, et offrait au toucher et à l'œil nu les caractères que l'on attribue d'habitude au *squirrhe*. Toutefois cette production pouvait être une de ces formes de tumeur voisine du *squirrhe*, une variété de tumeur fibroplastique. Aussi ne pouvait-il dire avec certitude que c'était une tumeur squirrheuse.

Désireux de savoir si l'examen microscopique jetterait de la lumière sur le sujet, M. M'Clintock demanda au docteur John Barker de l'étudier. Celui-ci répondit qu'elle contenait une quantité considérable de *matière germinale active*, et des traînées (*bands*) possédant un haut degré de réfraction, en somme les lésions qu'on voit dans le *squirrhe*.

La seule particularité de ce cas qui fût digne d'intérêt, c'est que la tumeur du sein existait chez un homme. Le malade était fort, âgé de 35 ans. Il avait remarqué une augmentation de volume de la mamelle deux années auparavant; mais, dans les derniers mois, la tumeur avait augmenté rapidement. Le docteur Brunker hésitait à recommander l'extirpation des ganglions axillaires. Toutefois, le malade insistait pour qu'on les enlevât, parce qu'il devait partir pour l'Amérique; le docteur Brunker céda à ses instances et les extirpa. La plaie se cicatrisa rapidement.

Les bulletins de la *Société anatomique*, si riches en faits pathologiques, renferment aussi quelques cas de cancer de la mamelle chez l'homme; malheureusement, le plus souvent, ils ne sont que mentionnés, et l'observation fait défaut. — Ainsi, en 1837 (t. XII)

et en 1852 (t. XXVII. p. 28) nous en trouvons deux cas ; en 1860, en 1863 et en 1866, nous trouvons trois nouveaux cas que nous allons rapporter avec la courte mention qui les accompagne.

Le premier est dû à M. Marcovitz : « La tumeur est située sur le grand pectoral, mobile sur son aponévrose, adhérente à la peau dans toute son étendue ; elle est oblongue et mesure dans son grand axe 12 centimètres, dans son petit 7 centimètres 1/2. Elle est bosselée, tant sur sa face cutanée que sur sa face profonde ; ces bosselures sont au nombre de dix ou douze, mais ne sont pas franchement limitées entre elles comme les adénoïdes. »

« A la coupe, elle crie sous le scalpel comme un tissu fibreux. La surface de la coupe est d'un gris rosé et huileux ; des traînées rouges indiquent la présence des vaisseaux. Vers son centre, on remarque trois points, dont un plus considérable, d'une couleur jaunâtre ressemblant à du pus concret ou à de la matière tuberculeuse en voie de ramollissement. Cette matière s'énuclée avec facilité et n'a aucune espèce d'adhérence celluleuse ou cellulo-vasculaire, ce qui indique que les parties qui la constituent ne vivent plus de la vie commune de la tumeur. Par le raclage, on obtient un suc lactescent très-abondant. »

« M. Robin, qui a fait l'examen de la tumeur, a trouvé qu'elle était formée par une trame fibreuse, d'ailleurs peu abondante, qui retient dans ses mailles des cylindres d'épithélium devenu pavimenteux par segmentation de la matière amorphe d'interposition. Ces cylindres ne sont plus entourés de membrane propre glandulaire. Les épithéliums, outre le changement qu'ils ont éprouvé par le passage à l'état de cellule, et l'hypergénèse dont ils sont le siège, se sont encore énormément hypertrophiés. Toutes les cellules sont nucléolées. Quant aux points jaunes qu'on remarque au centre de la tumeur, ce sont des épithéliums passés à l'état phymatoïde par la présence dans l'intérieur des cellules d'une grande quantité de granules graisseux réfractant fortement la lumière et qui masquent le nucléole et même le noyau<sup>1</sup>. »

Le deuxième cas, observé en 1863, est accompagné de cette simple note : « M. *Bernadet* met sous les yeux de la Société une tumeur du sein, de nature probablement cancéreuse et constituée, au moins en apparence, par du tissu encéphaloïde. Cette tumeur a été re-

<sup>1</sup> *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, t. XXXV, année 1860.— II<sup>e</sup> série, t. V, p. 154.

cueillie sur un homme de 63 ans. Elle date d'un an et est ulcérée depuis six mois. Pendant les deux derniers mois, elle est devenue le siège d'une hémorrhagie assez abondante<sup>1</sup>. »

Le troisième cas est tout simplement indiqué par cette courte note : « M. Bourdillat présente une tumeur du sein recueillie chez un homme de 68 ans. C'est une tumeur fibroplastique<sup>2</sup>. »

Enfin, et pour terminer cette simple notice, nous signalerons encore un cas de cancer du sein chez l'homme dont nous trouvons l'indication bibliographique, dans la *Gazette hebdomadaire* (1869, p. 301), et qui est dû au professeur Hargrave. (*Medical Press and Circular*, 1868, p. 8<sup>5</sup>.)

Le cancer du sein se comporte chez l'homme comme chez la femme ; on avait écrit, et Velpeau l'a cru pendant un certain temps, que les cancers du sein chez l'homme ne tendent ni à se disséminer, ni à gagner au large, ni à se répéter dans les viscères. — C'est une erreur ; la récurrence et la généralisation de ces tumeurs cancéreuses ont été constatées plusieurs fois ; il semble cependant que l'extirpation ou la destruction par les caustiques offrent quelques chances de plus chez l'homme que chez la femme. — En tous cas, ces tumeurs doivent être soumises au même traitement, aux mêmes précautions ; d'un côté comme de l'autre, elles ne guérissent point spontanément ; abandonnées à elles-mêmes, elles tendent fatalement à déterminer la mort ; aussi doivent-elles être extirpées aussitôt que possible.

## NOTES ET OBSERVATIONS SUR QUELQUES MALADIES PUERPÉRALES

PAR BOURNEVILLE<sup>4</sup>

### V. DEUX CAS DE DÉCHIRURE DU PÉRINÉE.

Les circonstances dans lesquelles se produisent les déchirures du périnée sont très-nombreuses. Telles sont une rapidité trop

<sup>1</sup> *Bulletins de la Société anatomique*, t. XXXVIII, année 1865. — II<sup>e</sup> série, t. VIII, p. 405.

<sup>2</sup> *Bulletins de la Société anatomique*, t. XLI, année 1866. — II<sup>e</sup> série, t. XI, p. 94.

<sup>5</sup> Le recueil anglais n'existant pas à la bibliothèque de l'École de médecine, nous n'avons pu traduire ce travail.

<sup>4</sup> Voy. *Revue photographique*, 1871, pages 25 et 82.

grande de l'expulsion du fœtus, la résistance du plancher périnéal, l'étroitesse du bassin, les manœuvres obstétricales, etc. Des trois femmes dont nous avons recueilli l'observation, deux ont eu le périnée déchiré dans une application de forceps nécessitée par un rétrécissement du bassin dû au *rachitisme*; chez la troisième, il existait une cicatrice de la fourchette consécutive à un chancre phagédénique, et malgré une surveillance attentive on n'a pu prévenir une rupture non-seulement de la cicatrice, mais encore d'une petite partie du périnée. Nous nous bornerons à la relation de deux observations : 1<sup>o</sup> celle d'une des deux femmes rachitiques; 2<sup>o</sup> celle de la malade qui portait une cicatrice de la vulve.

OBSERVATION I. — *Rachitisme*. — *Rétrécissement de 8 centimètres*. — *Grossesse à terme*. — *Procidence du cordon*. — *Application du forceps*. — *Déchirure du périnée*. — *Accidents consécutifs*. — *Guérison*.

Dev... Marie, 34 ans, est entrée le 3 avril 1871, à l'hôpital de la Pitié, salle Notre-Dame, n<sup>o</sup> 10 (service de M. MOLLAND.)

*Antécédents*. Sa mère a eu vingt et un enfants; elle est la dix-huitième; trois seulement ont survécu; ils sont bien conformés. Les autres sont morts dans l'enfance. — Dev..., née à terme, a été élevée au sein jusqu'à un an. Elle a marché à 14 mois; à cette époque, ses membres étaient normaux. A sept ans, elle aurait eu des convulsions et peu après ses membres se sont recourbés. La marche n'était plus possible qu'à l'aide de béquilles.

Passons maintenant à la description de la malade (voy. PLANCHE XVIII et XIX). Sa *taille* mesure *un mètre trente centimètres*. La tête et le cou ont 27 centimètres. La physionomie indique une intelligence médiocre, presque voisine de l'imbécillité; la PLANCHE XVIII le démontre d'une façon assez péremptoire. — Les *membres supérieurs* sont relativement très-longs; lorsqu'ils sont dans l'extension, l'avant-bras forme avec le bras un angle obtus ouvert en dedans. L'*humérus droit*, tordu sur lui-même, a cependant une direction rectiligne. Les os de l'avant-bras sont aplatis et un peu tordus; leur extrémité inférieure est plus grosse que d'habitude. Les doigts sont longs et larges. — L'*humérus gauche* est recourbé en S; les os de l'avant-bras sont légèrement aplatis et sinueux. — L'altération rachitique est plus marquée à gauche qu'à droite; il en résulte que le membre supérieur gauche (60 centimètres) est moins long que le droit (66 centimètres).

Le diamètre transversal de la *poitrine*, pris à 5 centimètres

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX



Planche XVIII.

RACHITISME, N° 1

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX



Planche XIX.

RACHITISME, N° 2

au-dessous des clavicules, a 25 centimètres seulement; partant la cavité thoracique est assez étroite. Elle n'est pas, du reste, trop déformée, à part l'aplatissement. — La *colonne vertébrale* n'est pas sensiblement déviée. (VOY. PLANCHE XIX.)

*Membres inférieurs.* Les *fémurs* sont considérablement incurvés, à concavité dirigée en dedans, à convexité regardant en dehors (VOY. PLANCHE XVIII). Les os des *jambes* offrent des courbures en sens inverse, c'est-à-dire à concavité externe, à convexité interne, de telle sorte que, à leur partie moyenne, ils sont presque contigus (VOY. PLANCHES XVIII et XIX). Les *pièdes* sont assez gros; leur pointe se dirige en dedans. — Les cuisses mesurent 25 centimètres de longueur; les jambes, 25 centimètres et demi; le membre entier, 62 centimètres.

Sur la PLANCHE XIX représentant la face postérieure du corps; on voit : 1° que les fesses, volumineuses, pendantes, cachent à peu près tout à fait les cuisses; 2° que le bassin a encore une assez grande largeur.

*Accouchement.* Dev... est à terme. Au toucher, on constate (3 avril) : 1° un *rétrécissement* d'environ 8 centimètres; 2° une présentation du sommet. — Dans l'après-midi survient une *procidence du cordon*, que l'on parvient à réduire. — A neuf heures du soir, voyant que le travail n'avancait pas, l'interne de garde applique le *forceps* au détroit inférieur. En dépit des précautions nécessaires, le périnée s'est un peu déchiré. L'enfant était mort. — La délivrance s'est opérée sans peine.

4 avril. P. 96, vibrant; T. V. 58°, 1. La nuit a été bonne. — L'utérus, dévié à droite, est volumineux; frictions hypogastriques. La *déchirure* intéresse la *fourchette* et deux à trois centimètres du *plancher périméal*. Petites *plaques ecchymotiques* de la moitié inférieure de l'anneau vulvaire. — Soir : douleurs vagues au-dessus des aines. Caillots assez résistants. Soif vive; ni frissons, ni vomissements. P. 104; T. V. 59°, 3.

5 avril. P. 124; T. V. 40°, 9. Le vagin contient quelques caillots que l'on extrait. La malade se plaint de coliques. — Injections d'eau phéniquée; lotions avec du vin aromatique. — Soir : P. 120; T. V. 59°, 7.

6 avril. P. 112-116; T. V. 41°. La peau est chaude, la langue sèche; ni coliques, ni garde-ropes. — Les *seins*, volumineux, durs, fournissent une sécrétion jaunâtre. L'utérus, toujours à droite, est

encore assez gros. Lochies normales, sans caillots. — Soir : P. 108 ; T. V. 41°. — Huile de ricin, 50 grammes.

7 avril. P. 92, compté deux fois ; T. V. 40. Langue humide, à peine saburrable ; appétit. — L'examen de la vulve fait voir des ulcérations couvertes de dépôts grisâtres au niveau de la déchirure de la fourchette et du périnée, et sur la petite lèvre droite (contusion suivie d'ulcération). Les autres parties de la vulve sont rouges et un peu tuméfiées. — Les seins sont très-gonflés, sensibles ; la sécrétion est blanche. Les lochies sont assez abondantes et colorées. — Langue humide ; ventre indolore ; constipation. — Soir : P. 104 ; T. V. 40°,5.

4 avril. P. 92 ; T. V. 59°,6. — Soir : P. 108 ; T. V. 40°. Les seins sont toujours sensibles.

9 avril. P. 80 ; T. V. 58°,5. Appétit ; ventre indolore. La malade vient de prendre de l'huile de ricin. Il s'écoule de la vulve un liquide muco-purulent, grisâtre, assez fétide. Les seins, surtout le droit, sont encore gonflés. — Les dépôts grisâtres, d'apparence pultacée plutôt que diphthéritique ou gangréneuse, persistent sur les ulcérations vulvaires. — Tampons avec teinture d'arnica ; injections eau et alcool phéniqués. — Soir : P. 92 ; T. V. 59°,5 ; il y a eu cinq selles.

10 avril. P. 72 ; T. V. 57°,5. — Soir : P. 84 ; T. V. 59°,5. La malade a eu, vers deux heures de l'après-midi, un léger frisson. — Actuellement la face est colorée, la peau chaude. Les seins sont mous. — Les parties génitales externes sont plus gonflées.

11 avril. P. 76 ; T. V. 58°. — Soir : P. 88 ; T. V. 59°,1.

12 avril. P. 68 ; T. V. 57°,8. État général excellent. L'écoulement lochial est assez abondant. La déchirure vulvopérinéale a un bon aspect. La vulve n'est plus gonflée. — Soir : P. 84 ; T. V. 58°,5.

13 avril. P. 68 ; T. V. 58°,5. — Soir : P. 88 ; T. V. 59°,6. La peau est chaude ainsi que les joues, qui sont colorées. La malade a mangé avec appétit, il y a une demi-heure. Elle déclare ne pas avoir eu de frisson et se plaint uniquement d'un peu de douleur dans la fosse iliaque gauche lorsqu'elle tousse.

14 avril. P. 84 ; T. V. 59°,5. Soir : P. 96 ; T. V. 59°,7. Rien dans l'état général n'explique l'élévation de la température enregistrée depuis quelques jours. La plaie vulvopérinéale n'a rien de plus que les jours précédents.

15 avril. P. 80 ; T. V. 59°. — Soir : P. 94 ; T. V. 59°.

16 avril. P. 68 ; T. V. 57°,4. — Soir : P. 80 ; T. V. 58°,6.

17 avril. P. 76; T. V. 38°,5. — Soir : P. 92; T. V. 39°,2. Encore une augmentation de la température assez inexplicable. Dev... mange deux portions; les selles sont régulières. Les plaies sont rosées, se cicatrisent.

18 avril. P. 76; T. V. 38°,2. — Soir : P. 88; T. V. 38°,3.

19 avril. P. 76; T. V. 38°. — Soir : P. 96; T. V. 38°,6.

20 avril. P. 100; T. V. 41°. Insomnie causée par les cris d'une malade couchée près d'elle. Frissonnement, sans tremblement, vers minuit. La région hypogastrique est un peu douloureuse, sans empatement notable. — Soir : P. 100; T. V. 37°,7.

21 avril. P. 88; T. V. 39°,6. Sommeil passable. La malade dit qu'elle s'ennuie et pleure. — Soir : P. 104; T. V. 40°,4. Pas de frisson. Rien autre chose que des douleurs, d'ailleurs légères, dans la partie inférieure du ventre.

22 avril. Nuit excellente. P. 80; T. V. 38°. La plaie de la face interne de la petite lèvre droite a la largeur d'une pièce d'un franc; elle est superficielle. Celle de la fourchette et du périnée est rosée et se cicatrise. L'écoulement mucopurulent diminue. Les fonctions digestives se font convenablement. — Soir : P. 80; T. V. 37°,9.

23 avril. P. 64; T. V. 37°. — Soir : P. 72; T. V. 37°,1.

24 avril. P. 64; T. V. 37°. — Soir : P. 80; T. V. 37°,6. A partir de ce jour, la température est restée normale. Le pouls est tombé le 26, à 56, et les jours suivants est revenu à son chiffre physiologique. Les plaies se sont cicatrisées peu à peu et Dev... est sortie le 5 juin de l'hôpital.

RÉFLEXIONS I. — *Rachitisme*. Les déformations affectent principalement les membres et plus les inférieurs que les supérieurs. Le bassin, le thorax sont, il est vrai, moins développés, mais ils ont à peu près conservé leur forme. — La tête, par rapport au reste du corps, est longue, volumineuse. — Rappelons aussi la différence de longueur entre les membres supérieurs, la disproportion de ces membres avec le tronc. — Les courbures des membres inférieurs sont tout à fait classiques. — Enfin relevons un dernier détail, au point de vue de l'étiologie : cette femme est née la dix-huitième sur vingt et un enfants, et on sait que, d'après les auteurs, le rachitisme se voit surtout chez les derniers enfants d'une nombreuse famille.

II. *Déchirure vulvopérinéale; vulvite*. La déchirure avait une étendue peu considérable. Elle donna lieu à une vulvite caractérisée d'abord par une rougeur diffuse, assez foncée, sur laquelle se dessi-

naient des plaques ecchymotiques dépendant d'une contusion de la vulve due au séjour prolongé de la tête de l'enfant dans l'excavation, et par un gonflement des petites et surtout des grandes lèvres. Bientôt la plaie résultant de la déchirure, celles qui succédèrent aux plaques ecchymotiques se recouvrirent « de productions pultacées, jaunâtres ou grisâtres, productions sans consistance, sans organisation aucune, qu'il serait impossible de saisir avec une pince et de soulever à la manière d'une toile ou d'une membrane, productions qui, par conséquent, peuvent être assimilées avec raison à ce que l'on désigne sous le nom de pourriture d'hôpital<sup>1</sup>. »

Sous l'influence des lotions avec le vin aromatique et avec l'alcool phéniqué, et des injections vaginales avec ce dernier médicament, les plaies se cicatrisèrent assez rapidement et la malade est sortie tout à fait guérie.

Dans ce cas, la *température* vaginale a présenté des oscillations assez curieuses et souvent assez inexplicables ; la seule cause plausible que l'on puisse invoquer, c'est le travail qui s'opérait du côté des plaies qui, cependant, au moment de l'augmentation de la température, n'étaient pas le siège de phénomènes douloureux. (Voy. PLANCHE XXIV, fig. 1.)

---

## CHIRURGIE

---

### TUMEUR FIBROPLASTIQUE DE LA RÉGION OCCIPITALE

PAR A. DE MONTMÉJA.

B..., âgé de 55 ans, entra, en février 1867, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. FOUCHER. Cet homme portait, à la région occipitale, une tumeur dure, élastique, mobile et mamelonnée, offrant approximativement le volume des deux poings réunis. Cette tumeur, dit le malade, avait mis trois ans à acquérir ce développement, et, longtemps stationnaire avec un volume comparable à celui d'un œuf de poule, elle avait acquis sa dernière dimension durant les huit mois qui avaient précédé l'entrée du malade à l'hôpital.—

<sup>1</sup> E. Hervieux, *Traité clinique et pratique des maladies puerpérales, suites de couches*, article *Vulvite diphthéritique*, p. 439.

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX



Planche XX

**TUMEUR FIBRO-PLASTIQUE**

A sa partie supérieure, la tumeur présentait une ulcération de 5 centimètres de diamètre qui fournissait une suppuration fétide. Le malade ne ressentait de douleur que dans le point ulcéré. (Voy. PLANCHE XX.)

Sur les bords de l'ulcération, M. Foucher détacha un fragment de la tumeur qui fut soumis à l'examen micrographique et reconnu comme appartenant à une tumeur fibroplastique.

Dans les premiers jours de mars, M. Foucher enfonça dans toute la circonférence du large pédicule de la tumeur des flèches caustiques.

Ce ne fut que le 17 mars que la tumeur se sépara de la surface d'implantation, laissant à découvert une plaie de 10 centimètres de diamètre, au milieu de laquelle une faible étendue de l'occipital était à nu.

La plaie, fort irrégulière d'ailleurs, se couvrait, peu de jours après, de bourgeons charnus dans certains points, tandis que des eschares se détachaient encore sur la circonférence.

Le 12 avril, les bourgeons charnus avaient déjà acquis un volume et un aspect inquiétants; un de ces bourgeons, examiné au microscope, fournit les mêmes éléments fusiformes dont on avait constaté la présence lors du premier examen; les bourgeons furent cautérisés journellement, et ces cautérisations répétées ne modifièrent pas sensiblement la marche envahissante du mal.

Des flèches au chlorure de zinc furent introduites dans l'épaisseur des tissus morbides, et, le 5 juin, le malade quittait le service de M. Foucher, sur sa demande, la plaie étant en voie de réparation.

J'ai revu ce malade un an environ après sa sortie de Saint-Louis, et c'est à ce terme que j'avais hâte d'en venir pour faire connaître ce que cette observation a de plus remarquable. — La tumeur fibroplastique avait récidivé sur plusieurs points de la vaste cicatrice qui régnait sur l'occipital, et cette repullulation s'était effectuée sous forme d'ilots plus ou moins espacés sur le tissu cicatriciel.

Deux de ces ilots avaient le volume d'une noix, les autres étaient moindres. Le pédicule, très-court et presque aussi large que la tumeur elle-même, semblait adhérent à l'os.

Je pratiquai successivement l'ablation de ces petites tumeurs à l'aide d'un serre-nœud et j'appliquai sur la plaie une forte couche de caustique de Vienne, que j'y maintins pendant vingt minutes.

Les eschares se détachèrent presque toutes au bout du second

septénaire et la réparation se fit assez promptement, bien que les nouvelles plaies fussent toutes circonvenues par du tissu inodulaire.

En janvier 1869, un parent de mon malade me rapporta que ce dernier était parfaitement rétabli, mais qu'il avait dû faire procéder à l'ablation d'une nouvelle tumeur que son petit volume avait mise à l'abri des cautérisations.

Voilà un cas dans lequel il a été fait usage de deux caustiques différents pour obtenir la destruction d'éléments néoplastiques qui ont pour caractère principal de tendre à la repullulation sur place. Le succès a couronné la ténacité du traitement et nous attribuons ce résultat à deux causes : la première, c'est que les caustiques agissent d'autant plus sûrement que la limite du mal est plus voisine d'une table osseuse qui limite à son tour l'action du caustique ; ici nous nous trouvons dans les meilleures conditions désirables pour employer fructueusement les flèches de chlorure de zinc, dont l'action est très-difficile à déterminer au point de vue de l'étendue ; la seconde de ces causes, c'est que l'emploi de la pâte de Vienne, dont l'action se limite très-exactement, mais dont la puissance trouve des bornes plus étroites, nous a permis de détruire de petites portions de tissu morbide sans attaquer le tissu cicatriciel qui les environnait et qui s'était formé avec tant de difficulté.

---

## PATHOLOGIE EXTERNE

---

### DE L'INFLAMMATION PRIMITIVE AIGÜE DE LA MOELLE DES OS (MÉDULLITE AIGÜE)

PAR CULOT, INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS.

— SUITE —

#### SYMPTOMATOLOGIE

Cette étude comprend deux ordres de phénomènes, les uns *locaux*, les autres *généraux*.

*Symptômes locaux.* — La douleur est le phénomène initial. Elle apparaît tantôt brusquement, plus souvent elle a été précédée pendant un temps plus ou moins long par une sensation de compression. Cette douleur est spontanée, continue, s'accroît la nuit, augmente

au moindre contact, au moindre mouvement ; elle gagne en étendue, en intensité, devient exécrante.

En même temps, un peu de tuméfaction survient, tuméfaction assez nette quand l'os atteint est superficiel (malléoles — face antérieure du tibia — calcanéum — radius — épaule) ; plus difficile à constater si l'os est profond (fémur). A cette tuméfaction localisée au siège du mal s'ajoute souvent un œdème plus ou moins diffus, que Roser regarde comme constant.

La coloration se modifie peu, — jamais, suivant Chassaignac ; Schutzenberger, Giralès, Bœckel sont d'accord pour admettre des marbrures, des plaques érythémateuses éparses. — La peau a souvent un aspect terreux, cireux. Si l'os atteint est superficiel, le tégument peut rougir.

Si l'on porte les mains sur les parties malades, on détermine une douleur extrêmement vive ; il y a un peu de chaleur locale, souvent de l'œdème. Profondément on sent, au début, une masse dure, résistante, à large base, semblant se continuer avec l'os. Plus tard, cette masse se ramollit et l'on peut y percevoir une vague fluctuation. Puis le périoste éraillé, détruit, laisse fuser la collection purulente, dont la constatation devient dès lors beaucoup plus facile.

Si l'on ouvre avec le bistouri, il s'écoule une quantité de pus qui, par son abondance, dépasse très-souvent les prévisions du chirurgien. Ce pus, suivant Chassaignac, serait toujours primitivement fétide et pourrait, dans certains cas, les ostéomyélites, contenir des gouttelettes huileuses. Andrea et Roser ont étudié les conditions anatomiques de la production de ces gouttelettes huileuses. Ces deux caractères peuvent manquer et leur valeur diagnostique et pronostique nous a semblé minime. L'incision faite, le pus écoulé, il faut introduire dans la plaie un stylet et mieux le doigt, et l'on constate alors l'existence du tissu osseux à nu au fond de la plaie.

Souvent tous les phénomènes locaux et généraux tombent après cette incision. Il y a arrêt ou au moins rémission dans les phénomènes. Chassaignac a établi que les douleurs et les troubles généraux persistant après l'ouverture indiquaient une ostéomyélite. C'est là un fait vrai dans beaucoup de cas, mais sur lequel il ne faudrait pas se fonder absolument pour porter un pronostic grave.

Il arrive en effet qu'une incision faite prématurément, et excellente d'ailleurs, n'arrête pas la médullite, qui continue à gagner la couche sous-périostique. Je citerai à l'appui l'observation du premier mémoire de Bœckel, où les douleurs reparurent après l'incision et où

cependant le recollement périostal se fit dans toute l'étendue du péroné, sans la moindre nécrose.

Outre ces phénomènes locaux, on peut voir, quand la maladie occupe les extrémités des grands os, des décollements épiphysaires plus ou moins complets, qui se manifestent par leurs signes anatomiques habituels; l'envahissement des articulations voisines qui, par quelque mécanisme qu'il se fasse, présente ce fait bien singulier de ne provoquer aucune douleur, — ou bien des fractures diaphysaires assez rares d'ailleurs. Les ganglions lymphatiques restent indemnes; les gros troncs veineux sont quelquefois oblitérés.

Les fonctions du membre sont complètement troublées. Il reste dans une immobilité absolue, légèrement fléchi le plus souvent, et le malade, péniblement impressionné par les manœuvres du médecin, ne veut ou ne peut éloigner la partie malade et ne se défend que par ses cris.

Les phénomènes *généraux* peuvent manquer complètement, ou du moins être assez peu marqués pour passer inaperçus. Ce sont toutefois des faits rares et qui ne se rencontrent que dans la médullite aiguë des adultes.

Chez les adolescents et surtout les enfants, ils existent presque constamment et se présentent sous deux aspects principaux : franchement inflammatoires ou typhiques. Ces deux formes sont cliniquement loin d'être exclusives. On trouve dans les observations nombre de cas douteux et qui établissent la transition entre les formes inflammatoires et typhiques, et de plus trop souvent l'état typhique vient compliquer une médullite qui avait primitivement des phénomènes inflammatoires. Ces réserves faites, et pour les besoins de la description, nous les étudierons séparément.

1° *Forme inflammatoire.* La bénignité relative de cette forme, la simplicité des symptômes que l'on rencontrait dans toutes les inflammations franches, lui ont valu d'être négligée par la plupart des auteurs. C'était une maladie rentrant parfaitement dans les cadres de la pathologie. Comme tout y était simple, on la négligea comme forme morbide, l'attention se porta surtout sur ses suites, et, au lieu d'occuper sa place nosologique réelle, elle disparut dans l'étude des nécroses aiguës.

J'en vais faire une description sommaire. A la suite d'un coup, d'une chute, d'une violence quelconque, — sans cause apparente

quelquefois, un enfant se plaint tout à coup d'une douleur sur le trajet d'un os. Cette douleur devient très-vive; on ne peut toucher le siège du mal. En même temps ou à peu près survient de la céphalalgie, quelquefois un petit frisson; la face s'anime, le pouls s'élève, l'enfant est courbaturé, se plaint de douleurs dans les membres, les jointures. La soif est vive, l'appétit disparaît, il y a de la constipation. Cet état peut augmenter, l'enfant ne peut dormir, quelquefois il a un léger délire, il est agité. En même temps, l'état local se prononce. A la douleur se joint un peu de tuméfaction. L'enfant n'ose mouvoir la partie malade.

Après quelques jours d'augment, 4, 6, 10 et plus, on constate de la fluctuation. On ouvre, le pus s'écoule. On sent l'os à nu au fond de la plaie. L'amendement est immédiat le plus souvent. Les phénomènes généraux tombent. L'état local, suivant qu'il y a ou non nécrose, que cette nécrose est plus ou moins considérable, parcourt ultérieurement des phases fort diverses rentrant dans l'étude des nécroses en général.

2° *Forme typhoïde*. La gravité de cette forme, la singularité de ses symptômes, de sa marche, ses lésions multiples, une certaine mode lui ont valu dans ces dernières années l'honneur de nombreux travaux. Ses symptômes ont été très-bien étudiés, et je n'aurai ici qu'à répéter une description qu'on trouvera partout. Le début local consiste en une douleur plus ou moins intense que nous avons étudiée aux phénomènes locaux.

Après un temps variable et quelquefois très-court, le malade est pris de réaction inflammatoire plus ou moins vive. Tantôt cette forme est tout à fait transitoire, les phénomènes prennent de suite une acuité extrême, d'autres fois elle se maintient plus ou moins longtemps pour aboutir cependant au syndrome typhique. La gradation est insensible et de rapidité très-variable. Les phénomènes présentent d'ailleurs une mobilité fort remarquable dans certains cas.

La langue reste tantôt rouge, pointue, petite, plus souvent se sèche, s'encroûte de fuliginosités, en même temps que les lèvres, les dents. L'appétit est nul; le malade se plaint assez souvent d'une vive épigastrie, et de nausées; il vomit. Le ventre se ballonne et une diarrhée abondante survient presque constamment. On constate souvent de la tuméfaction de la rate.

Le pouls est rapide, dicrote, atteint 120, 130 et plus. La *température rectale* est très-élevée, dépasse 40°. La *respiration*, accélérée,

laisse entendre des râles disséminés. La *peau* est le plus souvent sèche, terreuse, chaude, âcre. Les *urines* sont rares, très-chargées, quelquefois albumineuses.

Le système nerveux est surtout affecté. — La céphalalgie est souvent très-vive. Il y a dans quelques cas une hyperesthésie généralisée (Louvet). Le malade se plaint beaucoup de douleurs dans les membres et dans tout le corps (Louvet); « il pousse à chaque instant des cris perçants, non-seulement lorsqu'on vient l'examiner, mais encore sans cause apparente... » « Les cris aigus se répètent à chaque instant et le malade paraît à peine en avoir conscience. La moindre pression sur un point quelconque du corps suffit pour les provoquer, mais le plus souvent le malade les pousse sans motif appréciable (Louvet). » Quinquaud note « des douleurs intolérables qui forcent le malade à pousser des cris. » Gamet signale également ces cris répétés, qu'il attribue à la violence de la céphalalgie, et dans sa première observation il dit cependant : « Le malade, immobile, pousse à chaque instant des cris aigus, perçants, sans cause appréciable, mais redoublant quand on approche de lui et qu'on le touche le plus légèrement possible. Il ne peut indiquer le siège net de la souffrance <sup>1</sup>. »

Bien plus fréquent est le délire, délire très-mobile, du reste, souvent calme, quelquefois agité et tel que le malade, rompant avec l'habitude d'immobilité qui lui est particulière, se lève, frappe et se rompt l'os, altéré par la maladie. (Verneuil, Henrot.) La prostration, l'adynamie, le coma succèdent, alternent avec le délire, et finissent par prédominer.

<sup>1</sup> Dans un cas de périostite phlegmoneuse diffuse de l'extrémité supérieure de l'humérus gauche, que j'ai pu observer dans le service de M. GIRALDÈS, le malade ne pouvait mouvoir ni bras ni jambes, à cause des vives douleurs que provoquaient ces mouvements. Il y avait hyperesthésie cutanée, le cuir chevelu et le dos exceptés. Le grattement musculaire était très-pénible, sauf aux gouttières vertébrales, au crâne et à la langue. Le malade ne pouvait serrer la main, ce serrement devenant douloureux par la moindre contraction musculaire.

Outre ces douleurs provoquées, le malade accusait toujours des douleurs spontanées survenant d'une façon irrégulière et par accès, surtout fréquents la nuit, et empêchant le sommeil, ou réveillant douloureusement le malade. J'assistai un jour à l'un de ces accès et je vis un véritable tremblement musculaire concomitant et peut-être producteur de la douleur. Je regrette de n'avoir pas recherché si cette concomitance était constante. Quoi qu'il en soit, les douleurs spontanées, l'hyperesthésie musculaire semblent établies par ces faits. Leur nouveauté m'a obligé d'insister un peu. — On a peu examiné la moelle et ses méninges, où il faudrait rechercher la cause anatomique de ces troubles. La motilité est également troublée. On a vu des soubresauts des tendons, de la carphologie, des convulsions.

Il y a une dépression considérable des forces. L'amaigrissement, l'anémie, surviennent rapidement sans être expliqués par la fréquence des selles, l'inappétence et l'insomnie. Il faut nécessairement, pour les comprendre, admettre un trouble considérable de la nutrition, que la facile production d'eschare vient aussi confirmer.

Tous ces symptômes s'associent entre eux dans des rapports très-divers et forment une foule de variétés cliniques dont la description n'est guère possible. C'est à la lecture des observations et surtout à l'examen des malades qu'il faut recourir pour avoir quelque idée de la multiplicité d'aspect qu'avec un fond commun, la maladie peut présenter.

((La fin prochainement.))

---

## PATHOLOGIE INTERNE

---

### DE LA TEMPÉRATURE DANS L'URÉMIE; COMPARAISON AVEC LA TEMPÉRATURE DANS L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE

PAR BOURNEVILLE<sup>1</sup>

— SUITE —

Pour compléter ce qui a trait à l'histoire, nous devons citer encore l'opinion émise par M. Hirtz dans son article sur la CHALEUR<sup>2</sup>, et mentionner un cas observé par M. Hutchinson. Parlant des maladies qui s'accompagnent d'un *abaissement* de la température du corps, M. Hirtz signale certains états toxiques du sang entravant l'oxydation chez les ivrognes, et surtout l'*urémie chronique*, dans laquelle il a une fois constaté une descente de 54°,4<sup>5</sup>.

Sous ce titre — *Suppression de l'urine, jaunisse*. — M. Hutchin-

<sup>1</sup> Voy. *Revue photographique*, page 109.

<sup>2</sup> *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, 1869, t. VI, p. 794.

<sup>3</sup> Maintes fois M. Charcot a noté un abaissement de la température chez des femmes de son service, atteintes de cancer de l'utérus ayant produit une compression des uretères suivie d'urémie. Toutefois l'exploration thermométrique n'a jamais été pratiquée d'une manière méthodique. Nous même, à l'époque (1868) où nous avions l'honneur d'être son interne, nous avons recueilli des notes de ce genre, entre autres chez une malade nommée Gelosse (salle Sainte-Anne, n° 18). Elle avait un cancer de l'utérus et de la vessie qui comprimait les uretères et qui occasionna consécutivement une dilatation de ces conduits et des bassinets. La température rectale prise l'avant-veille et la veille de sa mort était à 36°,8 et 37° alors que le pouls était à 100. — L'*anurie sans urémie* ne s'accompagne pas d'un abaissement

son a publié dans *the American Journal of the Medical Sciences* (1870, n° CXIX, p. 154) une observation que nous résumons.

OBSERVATION III. — *Blennorrhagie. — Rétrécissement de l'urèthre. — Suppression de l'urine. — Jaunisse. — Urémie. — Abscès de la prostate.* — Ils'agit d'un homme de 40 ans qui eut une gonorrhée en 1860. Celle-ci guérit vite, mais laissa un rétrécissement de l'urèthre qui, à différentes reprises, nécessita l'emploi de la sonde. Le 25 février 1870, cet homme ne put uriner; le cathétérisme pratiqué deux fois ne fit rien sortir. Douze heures après la dernière exploration, X... rendit 280 grammes d'urine foncée, contenant de l'albumine et dans laquelle le microscope fit découvrir de nombreux globules sanguins rouges. Le lendemain soir, il survint un ictère.

27 février. — Pas de miction depuis la dernière note; pas de matité à l'hypogastre. Pouls à 82, respiration un peu plus fréquente qu'à l'état sain. La langue et les dents sont couvertes d'un enduit sec et brunâtre; la soif est vive; la vésicule biliaire est sensible. Insomnie, etc.

28 février. — Le malade a rendu une petite quantité d'urine albumineuse, ne renfermant pas les matières colorantes de la bile.

1<sup>er</sup> mars. — 75 grammes d'urine. Vomissements incoercibles; hoquet. — On remarqua plusieurs fois que la température de la surface du corps était basse. Le thermomètre, placé dans l'aisselle, donna 34°, 44 et 36°. — Tous les symptômes qui précèdent, sauf la diminution de la sécrétion de l'urine, qui redevint libre le 4 mars, persistèrent avec la même intensité; il s'y joignit même de la diarrhée. Le malade mourut le 7 mars sans avoir eu ni somnolence, ni tendance à la stupeur.

AUTOPSIE. Nous ne relevons que les lésions de l'appareil urinaire. Les reins sont hypertrophiés, ont une couleur jaune pâle, et offrent les altérations d'une *néphrite chronique*. — *Rétrécissement* de la portion membraneuse de l'urèthre. — *Abscès* dans l'un des lobes de la prostate.

## II

Tels sont les faits et les renseignements que nous avons pu rassembler en parcourant les travaux publiés sur ce sujet et les recueils

de la température. Une malade du service de M. Charcot, qui ne rend guère qu'une quinzaine de grammes d'urine par semaine, mais a des vomissements copieux, ayant une odeur urineuse, conserve une température normale.

périodiques. Nous allons maintenant exposer les cas que nous avons recueillis et voir s'ils concordent avec ceux des auteurs.

OBSERVATION IV. — *Accidents dyspnéiques. — État d'hébétude ; coma. — Abaissement considérable de la température centrale. — Mort. — Dégénérescence kystique des reins.* (Obs. recueillie avec mon ami RAYMOND). — ROSS, Jacques, 45 ans, tonnelier, est entré le 10 janvier 1871 à l'hôpital de la Pitié, salle Athanase, n° 54 (service de M. MARROTTE.) Les personnes qui ont amené cet homme ont simplement raconté qu'il était atteint de dysenterie (?) depuis une quinzaine de jours. Le soir, nous le trouvons dans un état d'hébétude qui ne permet pas d'obtenir de lui le moindre renseignement. Il a une dyspnée intense que semblent expliquer les râles bronchiques nombreux que l'on entend des deux côtés de la poitrine en arrière. Pas d'affection cardiaque probable. Les jambes ne sont pas œdématisées.

11 janvier. Le malade est dans le coma le plus profond. La dyspnée, compliquée de cyanose, est plus prononcée qu'hier soir. A l'auscultation, on constate l'existence de râles sous-crépitants dans toute la hauteur des poumons. Les muscles respirateurs se contractent lentement et avec effort. Le *pouls* est petit, filiforme. Les battements du cœur sont précipités, sans énergie.

Toute la nuit, R... a poussé des cris plaintifs, qui persistent ce matin, mais plus rares et plus étouffés. Les yeux sont immobiles, non déviés. Il n'y a ni contracture ni paralysie. La sensibilité générale est à peu près tout à fait abolie, si ce n'est au ventre, de chaque côté de la ligne médiane, où la pression est encore assez douloureuse pour déterminer par action réflexe des mouvements de la tête. La percussion des *lombes* produit le même phénomène. La *température rectale* prise avec soin, d'abord par Raymond, puis par moi, et vérifiée avec un autre thermomètre, était, à neuf heures du matin, de 50°,1. — Le malade a uriné une fois sous lui, mais en petite quantité, si l'on en juge par le peu d'étendue de l'endroit mouillé.

R... meurt à midi 45 minutes. La température prise cinq minutes plus tard était à 28°,4. A deux heures, elle était encore à 28°,4, le cadavre étant toujours dans le lit.

AUTOPSIE le 12 janvier. — Adhérences pleurales des deux côtés. Congestion très-forte du lobe inférieur du *poumon gauche*. Congestion et œdème du *poumon droit*. Légère hypertrophie du cœur (405

gr.). Ni lésions valvulaires, ni surcharge graisseuse. — Quelques plaques athéromateuses sur l'aorte.

L'estomac présente, à sa face interne, plusieurs petites taches ecchymotiques. — Sur la muqueuse *intestinale* on voit de nombreuses arborisations, en particulier sur la première moitié. — Le *gros intestin* est normal. — *Foie*, sain; pas de calculs. — *Rate*, 100 gr. — *Pancréas* très-graisseux.

La tunique fibreuse du *rein gauche* est épaissie, très-adhérente à la surface du rein, qui est grenue et parsemée d'un grand nombre de petits *kystes*. Il y a une atrophie considérable des deux substances, qui sont confondues, pâles, jaunâtres (75 gramm.); le *rein droit* offre les mêmes lésions, à un degré encore plus avancé : il ne pèse que 52 grammes. — La *vessie*, normale, ne contient pas d'urine.

L'*encéphale* pèse 1335 gr. A l'ouverture de la dure-mère, il s'écoule une assez grande quantité de sérosité. — Les artères sont saines. — L'hémisphère gauche pèse 10 grammes de plus que le droit. — Cervelet et isthme, 170 gr.

Selon nous la terminaison fatale ne peut être mise que sur le compte de l'*urémie* due elle-même à la *néphrite*. Les deux reins étaient profondément désorganisés et, par conséquent, la dépuración devait rencontrer les plus grandes difficultés.

D'un autre côté, s'il est vrai que les désordres de l'uropièze dépendent plus de l'*étendue* de la lésion que de son *degré*, il est incontestable que, chez notre malade, ils devaient être considérables, car les lésions intéressaient toute l'étendue des glandes rénales. L'absence d'altération importante des autres organes vient aussi plaider en faveur de la réalité de l'*urémie*, qui a revêtu chez notre malade la forme comateuse et dyspnéique.

Rappelons encore que, pendant son séjour à l'hôpital (dix-huit heures), il n'a uriné qu'une seule fois et en petite quantité, et que, à l'autopsie, la vessie fut trouvée vide. Mais le point le plus important de notre observation, c'est l'*abaissement énorme de la température rectale*. En présence du chiffre qu'il enregistrait, — 30°,4, M. Raymond nous appela pour en vérifier l'exactitude par nous-même. Le thermomètre fut enfoncé plus loin et laissé longtemps en place : la colonne mercurielle ne bougea pas. Nous obtinmes le même résultat avec un autre thermomètre. Nul doute n'était donc plus permis. — Le fait suivant vint bientôt, du reste, confirmer le précédent.

OBSERVATION V. — *Hébétude*. — *OEdème des jambes*. — *Attaque apoplectiforme; ses caractères*. — *Abaissement de plus en plus marqué de la température rectale*. — *Coma permanent*. — *Mort*. — *Néphrite parenchymateuse*. — *Analyse de l'urine*. — Petit, Jules, 67 ans, journalier, est entré, le 23 février 1874, à l'hôpital de la Pitié, salle Athanase, n° 28 (service de M. MARROTTE). — Il est venu seul à la consultation et est monté dans la salle à onze heures. Il raconte à la sœur qu'il a souffert beaucoup de la misère et que, s'il est si sale, si noir, c'est qu'il s'est chauffé avec du *goudron* ! Il se coucha et ne dit rien jusqu'à l'heure du diner (4 heures). Alors, voyant qu'on donnait à manger aux malades et que lui, il n'avait rien, il réclama et se mit à pleurer. A six heures, notre ami PELTIER, interne du service, trouva cet homme dans un état d'hébétude ne lui permettant pas de répondre aux questions qu'on lui adressait. Cependant toute compréhension n'était pas abolie, car lorsqu'on voulut l'ausculter, le malade s'assit avec l'aide de l'infirmier. L'examen des poumons et du cœur fut d'ailleurs négatif. Les membres inférieurs, non paralysés, sont œdématisés dans une assez grande hauteur.

Deux heures plus tard (8 heures), le malade était pris d'une attaque apoplectiforme offrant les caractères suivants :

Coma profond, stertor. La face regarde à droite; le menton est un peu élevé. Quand on écarte les paupières, qui sont fermées, on voit les globes oculaires fortement dirigés vers la droite et en bas; les pupilles sont égales. Les plis du front, effacés à droite, sont assez accusés à gauche; on note la même différence pour les sillons nasolabiaux. Des deux commissures labiales s'écoule une salive mousseuse, blanche, abondante. Le cou est roide.

Les *membres supérieurs* sont rigides; le droit l'est moins que le gauche et, au bout de quelques instants, on voit le malade le soulever d'une façon automatique. — Les *membres inférieurs* sont dans l'extension et très-rigides, le droit un peu moins que l'autre, — Rien d'appréciable au point de vue de la *sensibilité*. — Pas d'évacuations involontaires. — Pouls 56; R. 28; T. R. 33°,7 après dix minutes et le thermomètre étant bien placé.

9 heures. Le malade meut la tête en divers sens; la face est pâle et froide au même degré des deux côtés. Les paupières, entr'ouvertes, laissent voir les globes oculaires agités de mouvements de latéralité. Les narines sont dilatées. Le malade fume la pipe; les lèvres sont décolorées, un peu violacées; il n'y a plus d'écume.

De temps en temps on observe des mouvements de flexion des

avant-bras sur les bras. La contracture varie : tantôt elle est très-accusée, tantôt moins ; elle prédomine parfois à gauche, d'autres fois à droite, et cela aussi bien pour les membres supérieurs que pour les inférieurs. Ainsi, à ce moment, le membre inférieur droit est plus rigide que le gauche, surtout au niveau du genou. — Une selle. — Par le cathétérisme nous avons obtenu environ un verre à Bordeaux d'urine claire. — P. 64 ; R. 28 ; T. R. 32<sup>o</sup>,6.

10 heures. Pâleur et refroidissement de la peau sans qu'il y ait de différence entre les deux côtés. — La face est moite, froide ; les yeux sont dirigés en avant et un peu en haut ; les pupilles, non contractiles, sont égales et normales. Les globes oculaires sont insensibles au contact de la pulpe du doigt. Le *chatouillement* du bord palpébral inférieur produit le même effet des deux côtés, à savoir l'abaissement de la paupière supérieure. La bouche est entr'ouverte, plus à gauche qu'à droite, ce qui est l'inverse de ce que nous avons vu au précédent examen.

*Membre supérieur droit* : soulevé, il retombe inerte ; les doigts, le poignet, le coude, sont flasques ; l'épaule offre une certaine roideur. — *Membre supérieur gauche* : flaccidité absolue.

Vers les *membres inférieurs*, à part une légère roideur du genou droit, toutes les jointures sont flasques. — Selle diarrhémique. P. 56 avec deux irrégularités ; R. diaphragmatique à 24 ; T. R. 52<sup>o</sup>,4.

11 heures. Flaccidité complète des quatre membres. Refroidissement notable du tégument externe. — P. 50 avec six arrêts ; R. 22 ; T. R. 52<sup>o</sup>,2.

*Minuit*. De nouveau, la face est inclinée sur l'épaule droite, position qu'elle reprend si on la porte vers la gauche. Les yeux, aussi, sont dirigés à droite. Même refroidissement de la peau ; pas de sueurs. — Râles trachéaux. — P. 52 ; R. 20 ; T. R. 51<sup>o</sup>,8 à peine.

24 février ; une heure. Le malade vient de mourir. A la main, les membres sont un peu moins froids qu'à minuit. Nulle trace de roideur. T. R. 51<sup>o</sup>,5. Un thermomètre à maxima laissé dans le rectum jusqu'à cinq heures du matin n'a pas bougé.

AUTOPSIE le 25 février à dix heures. — Le cuir chevelu, les os, la dure-mère ne présentent rien de particulier. A l'incision de cette dernière membrane, il s'écoule une assez grande quantité de liquide céphalorachidien. La *pie-mère* est pâle ; les *artères de la base* ne sont pas athéromateuses. — L'*encéphale* pèse 1380 gr. ; les hémisphères sont égaux. — Les circonvolutions sont saines et de

nombreuses coupes ne font découvrir aucune lésion. — Le *cervelet* et l'*isthme* pèsent 170 gr.

*Thorax*. Il y a un peu d'œdème du lobe supérieur du *poumon gauche*, une légère congestion du lobe inférieur du même poumon et des lobes supérieur et inférieur du *poumon droit*. — Le *péricarde* renferme quelques grammes de sérosité. Les quatre cavités du *cœur* sont distendues par des caillots noirs et blancs. Le tissu cardiaque est résistant; il n'y a pas d'altération des valvules. Le cœur pèse 500 gr. — Sur la crosse de l'*aorte* on trouve plusieurs petites plaques graisseuses, mais il n'y a rien sur les autres régions de ce vaisseau.

*Abdomen* : le *foie* très-congestionné, noirâtre, sans calculs, pèse 1510 gr. — *Rate* (80 gr.), saine. — *Estomac*, rien. — *Rein gauche* (155 gr.), surface lisse; substance corticale jaunâtre, pâle; pyramides distinctes. — *Rein droit* (150 gr.); l'anémie, la couleur jaunâtre sont encore plus prononcées que sur l'autre rein; les pyramides elles-mêmes sont pâles au centre, confuses sur leurs bords. — *Vessie*, saine et vide.

Lésions rénales répondant au troisième degré des néphrites parenchymateuses, telles sont, en somme, les seules altérations que l'autopsie fit découvrir chez cet homme. Le cerveau était parfaitement sain. Or les lésions, portant sur les deux reins et sur l'ensemble de chacun d'eux, étaient capables, on le sait, de produire l'urémie.

Une deuxième preuve de l'existence de l'intoxication urémique nous est fournie par l'analyse de l'urine. Voici les résultats obtenus par notre ami Carville.

Eau. . . . .	960	grammes.
Urée. . . . .	15,68	—
Matières extractives. . . . .	2,52	—
Matières albuminoïdes. . . . .	16	—
Matières minérales. . . . .	8	—
	<hr/>	
	1000	grammes.

Ainsi pour 1000 grammes, cette urine ne contenait que 15<sup>gr</sup>,68 d'urée. Or la quantité moyenne d'urine rendue en vingt-quatre heures par l'homme sain étant environ de 1250 grammes, nous aurions donc seulement 16 grammes d'urée pour 1250 grammes d'urine de notre malade. Il y a loin de ce chiffre — 16 grammes — à celui de 50 à 52 grammes d'urée que renferment les 1250 grammes d'urine de l'homme, à l'état physiologique. Il est même probable que

1250 grammes d'urine de notre malade n'auraient même pas donné 16 grammes d'urée : (a) parce que l'urine ayant été analysée un jour après qu'elle avait été recueillie avait subi un certain degré de concentration ; (b) parce qu'il s'agissait d'urine de la nuit, laquelle est plus chargée de matières excrémentitielles que celle du jour.

La réalité de l'urémie étant bien démontrée, jetons un coup d'œil sur la marche de la *température*.

Quelques minutes après le début de l'*attaque apoplectiforme*, symptomatique de l'urémie, nous constatons un abaissement remarquable de la température rectale :  $35^{\circ},7$ . Une heure plus tard, la température ayant encore diminué ( $32^{\circ},6$ ), nous crûmes que le thermo-

mètre dont nous nous servions était défectueux ; mais une nouvelle exploration pratiquée avec un autre thermomètre donna le même chiffre.

Enfin, durant les cinq heures qui s'écoulèrent depuis le commencement de l'attaque jusqu'à sa terminaison, la température continua de baisser à tel point que, à l'instant de la mort, elle était descendue à  $31^{\circ},5$ . (Fig. 4). Nous trouvons donc dans ce cas la confirmation des résultats thermométriques enregistrés dans les observations précédentes.

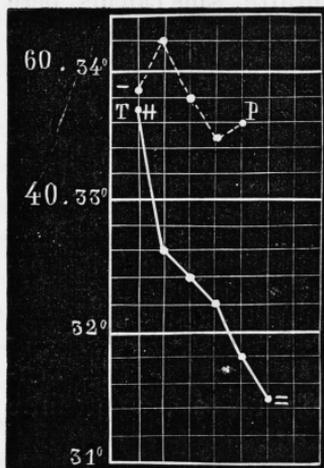


Fig. 4. — La ligne pointillée représente le tracé du pouls (P); la ligne pleine celui de la température. — et H correspondent au pouls et à la température 10 à 15 minutes après le début. = température aussitôt après la mort. Chaque ligne verticale répond à une heure.

Des faits que nous venons de citer nous semblent ressortir les enseignements suivants :

I. L'*urémie* s'accompagne d'un abaissement considérable de la température ;

II. Cet abaissement s'accuse de plus en plus à mesure que la maladie approche d'une terminaison fatale ;

III. Aussitôt après la mort, l'abaissement atteint son maximum.

### III

Si l'on met en regard les uns des autres les tracés thermométriques obtenus dans l'*éclampsie puerpérale* et dans l'*urémie*, on découvre entre eux un contraste frappant.

1° On note, au début, une *élévation* de la température dans l'*éclampsie puerpérale* et un *abaissement* de la température dans l'*urémie*;

2° Dans le cours de l'état de mal éclamptique, la température monte de plus en plus et avec une assez grande rapidité, tandis qu'elle baisse progressivement dans le cours de l'urémie;

3° Ces différences s'accroissent encore *au moment de la mort* : dans l'éclampsie, la température arrive à un chiffre très-élevé (41°); — dans l'urémie, au contraire, elle descend très-bas, bien au-dessous du chiffre normal (28°,1).

Insister plus longuement serait superflu : ce court parallèle indique d'une manière suffisante qu'il s'agit là, ainsi que nous le disions en commençant notre travail, de deux affections à tous égards dissemblables.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

**Les eaux minérales dans le traitement des affections utérines**, par le docteur Félix ROUBAUD, lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine, médecin directeur des eaux minérales de Pougues. In-18 de 192 pages. 1870. Paris, Adr. Delahaye.

Cet ouvrage, intéressant déjà par l'importance des maladies dont il s'occupe, a de plus tout l'attrait de la nouveauté. En effet, M. Roubaud nous le dit, la plupart des auteurs qui ont écrit sur les maladies utérines passent sous silence la thérapeutique hydrominérale de ces affections. Quelques-uns ne paraissent citer les eaux minérales que pour être complets, mais sans y attacher une grande importance.

Quant aux ouvrages spéciaux d'hydrologie, l'auteur en fait une juste et spirituelle critique en montrant les spécialistes qui essayent de transformer en panacées des eaux d'une valeur thérapeutique souvent nulle ou très-médiocre, au moins en ce qui concerne certaines classes de maladies. Cette critique faite par un hydrologiste, par le médecin directeur des eaux de Pougues, doit nous être une garantie des assertions émises dans son livre. On ne pourrait pas, sans injustice, comparer l'auteur à l'orfèvre de *l'Amour médecin*.

M. Roubaud divise son ouvrage en trois sections, dans lesquelles il s'occupe successivement : 1° des affections utérines tributaires

des eaux minérales; 2<sup>o</sup> de la matière médicale des eaux minérales; 3<sup>o</sup> de la thérapeutique des affections utérines par les eaux minérales. Cette troisième section est, à proprement parler, la partie originale du livre. Nous devons cependant faire remarquer, et cela va de soi, que l'auteur élimine de la thérapeutique par les eaux minérales les maladies aiguës de l'utérus, les affections malignes et enfin ces productions telles que les polypes, les tumeurs fibreuses, les kystes.

Dans la seconde partie, les eaux minérales sont examinées au triple point de vue de leur composition chimique, de leur température, de leurs différents modes d'emploi. Voyant dans les eaux autre chose que l'action chimique, il se préoccupe moins, pour les grouper, de leur composition que de leurs effets physiologiques, et il arrive ainsi à diviser les eaux minérales en trois grandes classes :

- 1<sup>o</sup> Les eaux diurétiques s'adressant à l'émonctoire rein;
- 2<sup>o</sup> Les eaux purgatives s'adressant à l'émonctoire intestin;
- 3<sup>o</sup> Les eaux diaphorétiques s'adressant à l'émonctoire peau;

Nous devons reconnaître, d'ailleurs, que cette division répond à cette autre classification chimique : eaux alcalines, salines, sulfureuses.

M. Roubaud fait ressortir ensuite les effets thérapeutiques des eaux minérales, suivant leur température et leur mode d'administration. Il est certain que l'eau ne produira pas les mêmes effets, suivant qu'elle sera froide ou chaude, suivant qu'on l'administrera en boisson, en bain ou en douche.

Mais c'est dans la troisième section, comme nous l'avons dit, que l'auteur entre dans le cœur de son sujet.

Il commence par faire cette remarque importante à savoir que, le plus souvent, l'état diathésique prime la lésion et qu'on ne doit voir dans beaucoup de maladies que la manifestation d'un état général qu'il faut modifier avant tout, si l'on veut faire disparaître l'état morbide local. Cette règle devra donc guider dans le choix d'une eau minérale, et même elle ne souffre pas d'exception, dit le médecin inspecteur des eaux de Pougues, « d'autant mieux que, dans la classe des eaux imposées par la diathèse, la préférence pourra se porter sur une source qui, par ses éléments secondaires, par son degré de minéralisation, par sa température et par ses modes d'emploi, correspondra aux indications tirées du tempérament et de la nature de l'affection. »

Après avoir indiqué, pour chaque classe de maladies utérines, la

médication hydrominérale qui lui est appropriée, l'auteur traite une question aussi nouvelle qu'intéressante. S'appuyant sur des écrits remarquables, sur des rapports faits à la *Société d'hydrologie*, s'inspirant de sa propre pratique, M. Roubaud nous montre comment des eaux minérales de composition toute différente peuvent être employées dans les maladies de l'utérus. Il nous en dit le pourquoi et tend à mettre de l'ordre et de la clarté où il n'y avait que confusion et non-sens. La partie principale de son livre est donc celle où il montre que les eaux sulfureuses s'adressent spécialement aux lésions de la muqueuse utérine, tandis que les eaux alcalines et salines sont indiquées dans les lésions des tissus parenchymateux et cellulaires. Toutefois, les eaux alcalines agissant sur l'ensemble de l'économie conviennent dans les engorgements simples dégagés de toute congestion du système de la veine porte; les eaux salines, au contraire, doivent être employées contre les engorgements liés à la pléthore abdominale. MM. Pétrequin et Socquet insistent sur ce dernier point dans leur *Traité des eaux minérales* (p. 288). M. Charles Petit<sup>1</sup> leur assigne un rôle qui conduit à l'opinion que nous avons émise plus haut. Enfin, M. de Puysaie, inspecteur des eaux d'Enghien, vante les bons effets de ces eaux dans les catarrhes utérins chroniques, tandis que « dans les engorgements chroniques du col ou du corps de l'utérus, il n'a obtenu des eaux d'Enghien que des résultats très-incertains. »

Nous terminons en engageant vivement nos lecteurs à prendre connaissance de l'ouvrage de M. Roubaud. La lecture en est facile et on y trouvera des idées pratiques qu'on regrette de ne pas toujours rencontrer dans les travaux nombreux qui ont été faits sur les diverses branches de l'hydrologie.

D<sup>r</sup> G. BOUTEILLIER.

---

**Des différentes formes de l'ovarite aiguë**, par le docteur SCAGLIA. In-8 de 114 pages. Paris, Adr. Delahaye.

Si l'on considère les importantes fonctions physiologiques dévolues à l'ovaire, il est impossible de ne pas être frappé des conséquences que peuvent avoir les altérations pathologiques de cet organe et de l'influence considérable que ces dernières doivent exercer sur l'orga-

<sup>1</sup> *Bulletin de la Société d'hydrologie*, 1854-55.

nisme entier. Cependant, il ne faut remonter guère plus loin qu'une trentaine d'années pour trouver les premières tentatives faites pour sortir les maladies des ovaires du chaos dans lequel elles se trouvaient. Parmi ces maladies, la plus importante, sans contredit, celle qui, peut-être, dans nombre de cas doit être considérée comme le point de départ des autres, c'est l'inflammation de l'ovaire. L'ovarite aiguë, regardée par Boivin et Dugès comme l'apanage à peu près exclusif de l'état de grossesse ou de couches, a été étudiée dans ces dernières années par un assez grand nombre d'observateurs. M. Scaglia a eu l'heureuse idée de réunir tous les documents relatifs à cette question et d'en faire l'objet de sa thèse inaugurale.

Après être entré dans quelques considérations anatomiques sur l'ovaire et avoir montré que cet organe présente au moment de la période menstruelle une congestion plus ou moins vive, et pendant la grossesse une sorte d'état d'anémie temporaire, l'auteur aborde pleinement son sujet par l'étude des formes anatomiques de l'ovarite. L'anatomie de l'ovaire montre qu'on peut distinguer dans cet organe trois éléments : une enveloppe péritonéale, un tissu propre et des vésicules disséminées. L'inflammation peut-elle envahir isolément chacun de ces éléments et doit-on considérer individuellement une ovarite vésiculeuse, une ovarite parenchymateuse, et une ovarite péritonéale ? L'auteur déclare que l'examen des faits ne confirme point cette distinction. En admettant, en effet, que l'inflammation ait débuté par l'un des tissus de l'ovaire, ainsi que cela paraît démontré par plusieurs observations rapportées par M. Scaglia, *a priori*, il nous semble difficile de concevoir qu'une vésicule de deGraaf, par exemple, étant enflammée, l'inflammation, se limite à cette vésicule et ne s'étende pas au stroma et, à ce sujet, nous dirons avec M. Gallard, que « l'inflammation isolée de chacun des tissus constitutifs de l'ovaire, si tant est qu'elle se rencontre dans la pratique, est une chose trop exceptionnelle pour pouvoir servir de base à une classification des différentes espèces d'ovarites. » Une seule forme anatomique, la forme péritonéale peut se rencontrer isolée ; mais, dans ces cas, l'inflammation ne se borne pas à la séreuse qui l'enveloppe ; ordinairement elle envahit le péritoine dans une grande étendue.

Une autre division anatomique, plus pratique que la précédente, consiste à considérer avec Boivin et Dugès et ensuite MM. Chéreau et Gallard, quatre degrés à l'inflammation de l'ovaire. Le premier degré est caractérisé par une légère augmentation du volume

de l'organe, dont le tissu est plus rouge et plus résistant. Dans le second, l'ovaire est doublé et même triplé; son tissu est mou, friable, infiltré de sérosité jaunâtre. Dans le troisième degré, on trouve du pus infiltré ou collecté en foyers. Ces trois premiers degrés peuvent se trouver réunis sur un même organe, ainsi que le démontre la description d'un ovaire enflammé trouvé accidentellement par Scanzoni sur le cadavre d'une femme morte de pneumonie. Quant au quatrième degré, on ne le rencontre jamais en dehors de l'ovaire puerpérale : il est caractérisé par la fonte putrilagineuse de l'ovaire et cet organe se trouve couvert d'une matière grisâtre, visqueuse, diffluente.

Si nous passons au chapitre des causes, nous voyons que l'auteur laisse de côté les ovarites diathésiques, c'est-à-dire celles qui se trouvent liées à la tuberculose, au cancer ou à la syphilis : il les considère plus spécialement et avec juste raison comme des formes chroniques de la maladie, pouvant toutefois se présenter avec des manifestations aiguës passagères. Mais avant d'abandonner cette question, il établit une distinction importante : « De même dit-il, qu'il ne faut pas confondre la laryngite des tuberculeux et la laryngite tuberculeuse, de même il faut séparer nettement l'ovarite tuberculeuse ou cancéreuse, etc., De l'ovarite des tuberculeuses et des cancéreuses. Dans ce dernier cas, l'inflammation aiguë de l'ovaire s'est manifestée seulement sous l'influence de la diathèse, de la maladie générale qui agit comme cause prédisposante en ne permettant pas à l'organisme affaibli et malade de réagir contre les causes occasionnelles des affections inflammatoires. Dans l'autre cas, à cette première cause s'en ajoute plus souvent une autre qui résulte de la présence irritante de corps étrangers dans un tissu. »

Énumérant ensuite les causes de l'ovarite, l'auteur arrive à distinguer au point de vue étiologique sept formes principales, qui sont les suivantes : ourleuse, varioleuse, blennorrhagique, rhumatismale, traumatique, menstruelle, puerpérale.

L'étude de la symptomatologie de l'ovarite permet d'envisager cette affection sous trois formes distinctes : suraiguë, aiguë, et subaiguë. La forme subaiguë constitue une affection sur laquelle les auteurs sont loin d'être d'accord. Caractérisée, suivant Tilt, qui la regarde comme de nature inflammatoire, par des troubles menstruels divers, dysménorrhée, ménorrhagie, etc., par des douleurs dans la région ovarienne et la tuméfaction de l'ovaire appréciable au toucher, elle est considérée, d'une part, par Bennett comme le résultat d'une

irritation sympathique dépendant de quelque lésion utérine, et, d'autre part, par Churchill, comme de nature purement névralgique.

L'ovarite suraiguë et l'ovarite aiguë se présentent avec des caractères nettement tranchés. Les signes qui appartiennent à la première ne sont que l'exagération de ceux que l'on rencontre dans la forme aiguë. Dans cette dernière, outre la fièvre et les troubles menstruels, on note des symptômes importants qui peuvent se résumer par cette phrase de M. Chéreau : « Les ovaires frappés d'inflammation aiguë deviennent douloureux, ils augmentent de volume et forment tumeur. » — La douleur existe au niveau d'une des fosses iliaques : suivant Sobernheim, elle siège au-dessus du pubis, entre la matrice et les flancs ; dans un cas, M. Gallard l'a constatée dans un point qui se trouve à peu près sur le milieu d'une ligne oblique dirigée de l'épine iliaque antérosupérieure à la symphyse du pubis. Ordinairement, elle présente des irradiations vers les lombes, les régions inguinales et sacrées. Elle est continue, paroxystique et augmente à chaque période cataméniale. — La tumeur formée par l'ovaire peut être constatée par la palpation abdominale, qui permet quelquefois de sentir une tuméfaction profonde, résistante, douloureuse, au niveau de la fosse iliaque, et, par le toucher vaginal, au moyen duquel on reconnaît l'existence dans le cul-de-sac vaginal postérieur, d'un corps arrondi, bien limité, dur, fuyant sous le doigt, et de la grosseur d'une pomme d'api environ. Le toucher rectal, combiné avec le toucher vaginal et la palpation abdominale, permet d'arriver à une appréciation plus exacte des lésions existantes.

Tel est, en quelques lignes, le résumé des faits contenus dans la thèse de M. Scaglia. Le sujet était difficile : l'auteur a su grouper un ensemble de documents intéressants que l'on pourra consulter avec fruit.

F. VILLARD.

ERRATUM. A la page 109, ligne 8, il faut ajouter après « comateuse et convulsive » ces mots : une analogie que les faits sont loin de rendre vraisemblable.

*Le Gérant* : A. DE MONTMÉJA.

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX DE PARIS

---

## CLINIQUE CHIRURGICALE

---

### ÉTRANGLEMENT INTERNE

PRODUIT PAR UN DIVERTICULUM DE L'INTESTIN GRÊLE ENTOURANT L'ORIGINE  
DU CÔLON ET LA FIN DE L'INTESTIN GRÊLE

PAR M. LÉON LABBÉ, CHIRURGIEN DES HOPITAUX DE PARIS

Clément, Alphonse, gazier, 46 ans, est pris subitement au sortir du lit, le 29 juillet, de violentes coliques; rien, dans les jours précédents, ni excès de table, ni excès de travail, ne pouvait avoir occasionné ces accidents. Il est transporté à Saint-Antoine, salle Saint-Christophe, service de M. le D<sup>r</sup> Labbé, le 30 juillet, dans l'après-midi, où aussitôt l'interne de garde aurait réduit une hernie à droite de l'ombilic. Il y avait des coliques; le faciès de ce jeune homme était déjà d'une grande pâleur; il avait le pouls petit et faible, et des vomissements bilieux. A la suite de cette réduction, la nuit fut assez bonne, le malade se sentait soulagé.

Le 31, à la visite, on constate, à droite de l'ombilic, un point douloureux et une éminence correspondant au grand droit de l'abdomen. Cette saillie, dont l'existence n'est pas douteuse, malgré son peu de développement, est molle et fluctuante au toucher; la pression la fait disparaître; elle ne présente d'ailleurs pas de coloration anormale. Dans l'après-midi, les vomissements fécaloïdes reviennent avec les douleurs dans l'abdomen; le malade n'a pas eu de selles. On lui fait, ce jour-là, des applications de glace; il prend une purgation, et le soir on lui administre un lavement purgatif.

Le 1<sup>er</sup> août, les symptômes précédents ne font que s'accroître; mais le météorisme n'existe pas encore. On continue la glace et on prescrit le café à haute dose.

2 août.—Ballonnement du ventre, dont la sonorité et le tympanisme sont surtout prononcés à l'épigastre; on se décide alors à intervenir chirurgicalement le 2 août. Au niveau du point où avait apparu la tumeur, on fait une première incision parallèle aux fibres musculaires du grand droit de l'abdomen, à droite de l'ombilic, et on arrive au-dessous des fibres musculaires jusqu'à l'aponévrose si-

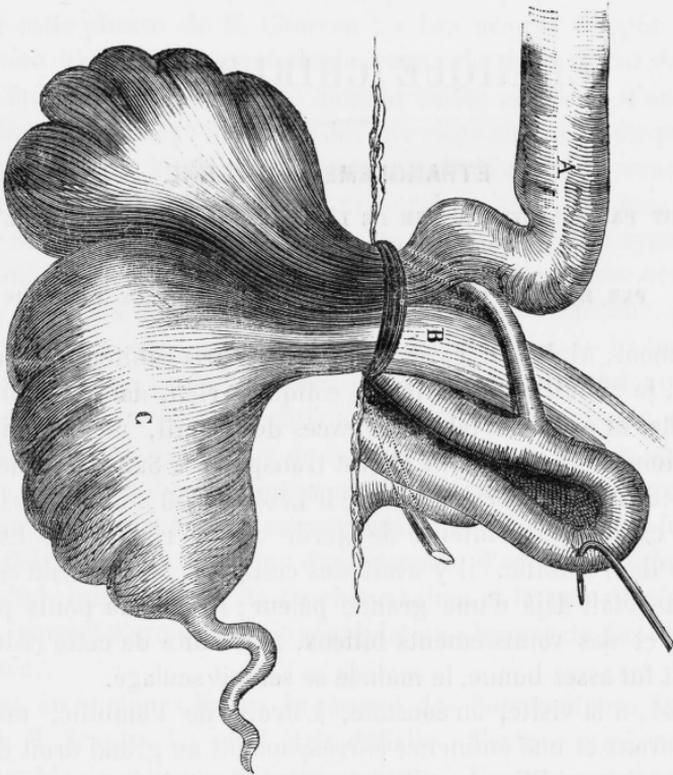


Fig. 5. — A. Côlon ascendant; B. Intestin grêle; C. Cœcum.

tuée en arrière du muscle. On fait alors une deuxième incision perpendiculaire à la première, ce qui permet de mettre l'aponévrose à découvert sur une assez large surface; mais on n'aperçoit aucune masse herniaire. Cependant, grâce aux manœuvres de l'opérateur, le malade se trouve beaucoup mieux; les douleurs ont disparu; on le reporte au lit. Mais, dans le courant de la journée, les accidents reparaissent; le ventre est extrêmement ballonné; aussi, le 3 août, a-t-on fait une ponction abdominale avec la seringue Dieulafoy. On

retire ainsi 250 grammes d'un liquide grisâtre, fétide, qui n'était autre que le liquide accumulé dans l'intestin grêle. Cette opération amène un soulagement qui dure peu; les vomissements reparaisaient dans l'après-midi; le malade n'avait toujours pas de selles: on lui administre un lavement purgatif. Le lendemain, on continue les applications d'eau glacée, les lavements purgatifs, et on admi-

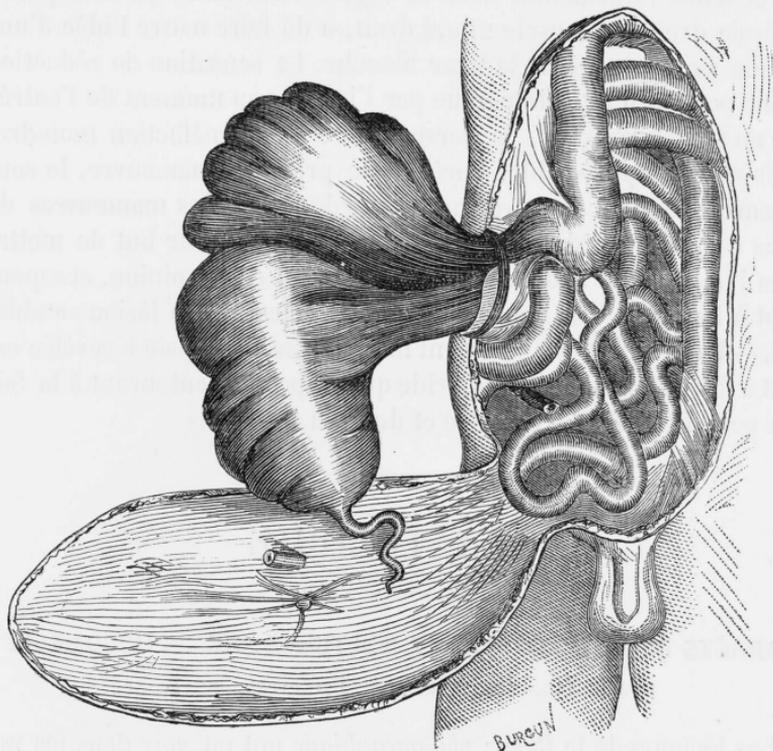


Fig. 6. — Sur le lambeau renversé au-dessous de l'appendice cœcal on voit la face postérieure de l'ombilic et la terminaison du diverticulum.

nistre des douches ascendantes à l'aide de siphons d'eau de Seltz fortement chargés.

Le 5 août, les accidents n'ayant qu'augmenté, on pratique un anus contre nature (procédé de Nélaton). Il s'écoule alors de l'intestin des matières semblables à celles que la seringue avait aspirées. La mort arrive le 6 août.

A l'autopsie, qui fut faite le lendemain, on ne trouve qu'une faible quantité de liquide dans le petit bassin; néanmoins les anses intestinales ont déjà contracté quelque adhérence entre elles. Avec cela

un étranglement interne produit par un *diverticulum de l'intestin grêle*, entourant l'*origine du côlon et la fin de l'intestin grêle* (fig. 5), passant ensuite par-dessous quelques anses intestinales, et dont l'extrémité, en cul-de-sac, adhérerait intimement à la paroi abdominale à droite de l'ombilic (fig. 6).

Au point de vue clinique, ce fait est intéressant, parce que la présence d'une tuméfaction dans la région abdominale, sur la partie latérale droite du muscle grand droit, a dû faire naître l'idée d'une hernie au voisinage de la ligne blanche. La sensation de réduction d'une portion d'intestin perçue par l'interne au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, la persistance d'une tuméfaction moindre, mais encore appréciable, après cette première manœuvre, le soulagement complet éprouvé par le malade, après les manœuvres de taxis qui ont succédé à l'opération qui avait eu pour but de mettre à nu l'aponévrose abdominale, confirmaient cette opinion, et cependant à l'autopsie on n'a trouvé aucune trace d'une lésion semblable.— La variété d'étranglement interne que l'autopsie a révélée est tout à fait exceptionnelle, la bride qui le produit entourant à la fois une portion de l'intestin grêle et du gros intestin.

---

## TÉRATOLOGIE

---

### ARRÊTS DE DÉVELOPPEMENT MULTIPLES; HÉMI-PHOCOMÉLIE

PAR F. VILLARD, INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Les lecteurs de la *Revue photographique* ont pu voir dans les numéros précédents de ce journal plusieurs exemples curieux de malformations congénitales. Mais ces arrêts de développement avaient tous pour siège un des membres supérieurs et appartenaient au genre de monstruosité connues sous le nom d'*hémimélie*. L'observation suivante est remarquable à la fois par la multiplicité de lésions variées et par celle du siège de ces lésions.

OBSERVATION. — Adolphe X... a aujourd'hui 2 ans et 8 mois. Voici quels sont ses antécédents : son père est âgé de 50 ans ; il est fort et bien constitué ; il mène une vie régulière et laborieuse, et a toujours joui d'une bonne santé. Sa mère a 26 ans ; elle est très-impressionnable et présente tous les caractères d'un tempérament nerveux-lymphatique. A part quelques accidents chlorotiques, liés

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX



Planche XXI.

**ECTROMÉLIE; PHOCOMÉLIE**

à l'établissement de la puberté, elle n'a jamais été malade sérieusement et n'a jamais eu d'attaques de nerfs. Elle s'est mariée il y a quatre ans, et est devenue enceinte quelques mois après. Aucun lien de consanguinité ne l'unissait à son mari. Sa grossesse a été assez pénible ; elle a éprouvé des troubles gastralgiques persistants, qui l'ont beaucoup fatiguée. Elle ne se souvient pas d'avoir éprouvé aucune impression désagréable durant sa grossesse, qui s'est terminée par un accouchement régulier et à terme. Son enfant présente dans sa conformation les dispositions suivantes, que nous allons décrire et qui se trouvent représentées dans la PLANCHE XXI.

Adolphe est grand pour son âge ; sa poitrine est large et bien développée ; sa tête est bien conformée ; il présente une petite figure charmante ; il a des yeux vifs et intelligents ; il est très-gai et parle parfaitement. C'est du côté des membres que l'on trouve chez lui des anomalies curieuses ; nous allons successivement les passer en revue.

*Membre supérieur gauche.* — Le bras paraît bien conformé ; il est cependant moins développé que le droit et en longueur et en circonférence : tandis que l'humérus gauche n'a que 12 centimètres de longueur, celui du côté droit en mesure 16 ; la différence des circonférences n'est que de 1 centimètre. Inférieurement et en dehors, l'humérus gauche se termine par une petite pointe osseuse, légèrement contournée en forme d'éperon, et longue de 1 centimètre environ. En dedans de cet éperon et dans la moitié interne de l'extrémité inférieure de l'humérus, s'articule l'avant-bras, constitué par un seul os de 8 centimètres  $1/2$  de longueur, arrondi, de la grosseur du pouce d'un adulte, et s'articulant lui-même avec un petit os long de 4 centimètres représentant le carpe et le métacarpe. Ce dernier, enfin, présente à son extrémité une phalange unique, avec un ongle bien conformé. Toutes ces parties s'articulent parfaitement entre elles ; les mouvements sont faciles, et l'enfant se sert très-bien de ce membre imparfait pour tenir un objet. Lorsqu'il veut boire, par exemple, il prend un verre avec sa main droite, l'applique contre sa poitrine et l'y maintient avec ce qui représente son avant-bras gauche ; alors, saisissant de nouveau les bords du verre avec sa main droite, il le soulève avec les parties qui constituent sa main gauche, et parvient ainsi à l'amener jusqu'au niveau de sa bouche.

*Membre supérieur droit.* — Le bras est bien conformé ; il en est de même de l'avant-bras ; mais la main présente la disposition ana-

tomique suivante : il n'existe que quatre doigts ; le médus n'existe pas ; de plus, le pouce et l'indicateur ont subi un arrêt de développement : ils ne sont formés l'un et l'autre que par une phalange unguéale, et ces deux phalanges sont unies entre elles par un prolongement de la peau, dont la disposition rappelle la membrane des palmipèdes.

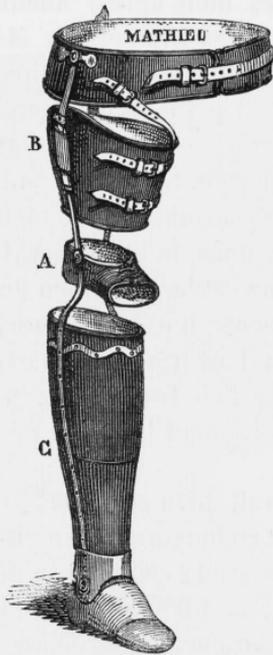


Fig. 7. — A, pantoufle dans laquelle est fixé le pied. A ce niveau, il y a une charnière qui relie la partie inférieure de l'appareil — la jambièrre — à la pantoufle, et par suite les mouvements du pied impriment des mouvements à la jambe. — B, embouchoir qui saisit tout ce qui existe du membre inférieur droit. C, jambièrre à rallonges.

*Membre inférieur droit.* — Tandis que le membre inférieur gauche mesure 37 centimètres  $1/2$  de longueur, celui du côté droit n'en présente que 14  $1/2$ . L'aspect général de ce membre rappelle ceux du phoque. Le fémur paraît ne pas exister ou être réduit à l'état rudimentaire, et la jambe semble s'articuler directement avec le bassin; mais, sur ce point, il est bien difficile d'établir ce qui existe exactement, car la base du membre, au niveau du pli de l'aîne, présente une circonférence de 35 centimètres, constituée surtout par des parties molles ne se prêtant pas à une exploration facile. Le membre, à partir de sa base, se rétrécit progressivement, à tel point qu'au-dessus du pied il ne présente plus que 13 centimètres de circonférence; le pied est bien conformé; les mouvements de la jambe sont assez limités.

*Membre inférieur gauche.* — Le membre inférieur gauche paraît avoir une conformation normale; il a 37 centimètres  $1/2$  de longueur, sur lesquels la cuisse en compte 16. L'articulation du pied présente cependant la particularité suivante : cette articulation, au lieu de se faire directement en bas, se fait obliquement en dehors, de sorte qu'au premier abord il semble qu'il existe une luxation du pied en dehors; cette disposition paraît être congénitale.

Une particularité importante à noter et que nous ne devons pas oublier de mentionner, c'est que la sensibilité était intacte dans toutes les parties que nous venons de décrire.

En résumé, dans cette observation, il existe un arrêt de dévelop-

pement du bras gauche et de la main droite (*hémimélie*), et un arrêt de développement, de genre différent, du membre inférieur droit (*phocomélie*). — Isid. Geoffroy Saint-Hilaire ne connaissait pas d'exemple authentique de phocomélie pelvienne unique ; le fait précédent en constitue un cas remarquable. Debout en a réuni plusieurs observations intéressantes ; dans toutes, comme dans la nôtre, l'arrêt de développement porte avant tout sur le fémur.

La figure 7 représente l'appareil qui a été construit chez M. Mathieu pour permettre à l'enfant de se tenir debout et de marcher.

---

## DERMATOLOGIE

---

### PSORIASIS SCARLATINIFORME

PAR THORENS, INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

L..., Eugène, 22 ans, entre, le 18 juillet 1870, à l'hôpital Saint-Louis, service de M. BAZIN, pavillon Saint-Mathieu, n° 70. — Ce jeune homme jouit d'une bonne santé habituelle ; il n'a fait aucune maladie antérieure. Il n'est pas sujet aux migraines, n'a jamais eu de douleurs articulaires ; de temps à autre, il a quelques maux d'estomac. Il n'est pas adonné à la boisson ; il n'avoue aucun antécédent vénérien. Son alimentation est bonne, nous dit-il.

Il était briquetier lorsque, vers Pâques 1870, il fut atteint pour la première fois du mal qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital. Il entra à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Guibout, et fut exclusivement traité par les topiques, cataplasmes de fécule, bains amidonnés, et, au bout d'un mois, il sortait guéri. Il entra alors chez un grainetier ; il avait à manœuvrer des bottes de foin comprimées, aux bords rognés, durs et roides, et qu'il était obligé de saisir en enfonçant profondément ses mains au milieu des bottes de foin serrées les unes contre les autres.

*État actuel.* — L'éruption qu'il porte occupe les mains, les pieds et les parties sexuelles. Aux mains, l'éruption est parfaitement symétrique. Le dos des mains, principalement au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, et le dos des doigts, surtout vers les articulations des phalanges, sont recouverts de plaques grisâtres ayant la consistance et l'apparence de la corne, d'aspect ver-

nissé ; ces plaques sont crevassées, parcourues de sillons profonds. Elles s'enlèvent assez facilement, se détachant par grandes squames ; au-dessous d'elles, la peau présente une teinte rouge rosé vif, ressemblant fort à la rougeur de la scarlatine. L'épiderme n'est pas parfaitement lisse en ces points ; il est hérissé de petites papilles, visibles surtout à la loupe, et qui lui donnent l'apparence d'une langue de chat. La paume de la main offre des callosités, des durillons assez marqués ; l'épiderme y est recouvert de petites squames se détachant très-facilement par le frottement. (Voy. PLANCHE XXII.)

Le malade n'accuse qu'une faible douleur spontanée. Elle est augmentée quand il se livre à son travail.

Aux pieds, l'éruption a les mêmes caractères qu'au dos des mains, un peu moins marqués peut-être. Les plaques grises occupent de chaque côté la face inférieure du talon, et sur la face dorsale, la région du cou-de-pied.

Du côté des parties sexuelles, la verge, le scrotum, la partie supérieure et interné des cuisses, sont recouvertes de squames d'un gris plus jaunâtre que celles des mains et des pieds. Elles sont plus petites, ne sont pas réunies, comme ces dernières, en grandes plaques ; elles se détachent facilement, laissant à découvert la peau rouge rosé, mais d'une coloration moins foncée qu'aux mains. Ces squames sont plus molles ; elles n'ont pas la consistance cornée de celles des parties découvertes.

M. Bazin diagnostique une affection squameuse de nature arthritique, le psoriasis scarlatiniforme, et ordonne le sirop alcalin à l'intérieur ; à l'extérieur, les cataplasmes de fécule, les bains alcalins et amidonnés.

Sous l'influence du traitement, les croûtes ne tardent pas à tomber, sans se reformer. Mais la peau garde toujours un aspect rouge ; cette coloration diminue à son tour, mais elle n'a pas encore complètement disparu quand, le 15 août, L... quitte l'hôpital pour aller rejoindre le bataillon de garde mobile auquel il appartient.

RÉFLEXIONS. — Le malade était atteint d'une affection squameuse. — Les plaques épaisses qui recouvraient le dos des mains et les pieds étaient bien des squames, et non des croûtes ; l'affection était sèche ; tout au plus si, aux bords des crevasses, se trouvaient quelques traces de sérosité desséchée. Aux parties génitales, les squames étaient moins dures qu'aux mains ; elles avaient une certaine

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX



Planche XXII.

**PSORIASIS SCARLATINIFORME**

mollesse, mais l'influence de l'humidité naturelle de la région ne s'y fait-elle pas sentir? Sous les plaques, la peau ne présentait nulle trace de vésiculation. Bien plus, nous trouvons qu'une partie non atteinte en apparence par l'affection, la paume des mains, est le siège d'une desquamation épidermique. Nous ne trouvons là aucune lésion élémentaire qui puisse être rapportée à l'eczéma, à aucune de ses périodes de vésiculation (il n'y a pas trace de vésicules), d'exsudation (la lésion est sèche, il n'y a pas d'ulcération sous les plaques), de desquamation (les squames sont épaisses et adhérentes, et non pas minces, foliacées; la peau sous-jacente n'a pas l'aspect luisant qu'on observe dans l'eczéma).

D'un autre côté, la rougeur sous-jacente, le siège de la lésion peuvent faire penser à la pellagre; mais nous n'avons pas ici l'apparence flétrie de la peau, la desquamation par écailles furfuracées, l'amincissement de la peau; les crevasses ne siègent que dans les croûtes; il n'y a ni vésicules, ni phlyctènes. Enfin, l'éruption qui occupe les organes génitaux ne s'observe point dans la pellagre.

Squames épaisses et adhérentes, siégeant sur des téguments, offrant une rougeur intense; ces caractères ne s'appliquent qu'à une seule lésion générique: le psoriasis. Mais quelle est la variété de psoriasis? quelle est la nature de l'affection?

Ce psoriasis est nettement limité: il occupe le dos des mains et les pieds, les parties sexuelles; il est symétrique, il est vrai, mais le malade ne sait dire si l'évolution de la lésion s'est faite simultanément et également des deux côtés du corps. Les squames siègent sur une surface fortement colorée; il y a de la congestion de la peau; enfin, les squames sont constituées, outre les lamelles épidermiques, par quelque peu de sérosité desséchée; elles n'ont pas l'aspect blanc, nacré ou argenté, des squames du psoriasis herpétique. Ce sont là des caractères qui indiquent bien que nous avons affaire à une arthritide. Les caractères objectifs de la lésion sont ici suffisants pour reconnaître la maladie, bien que les antécédents ne nous fournissent à ce sujet aucun renseignement.

La desquamation se faisant par larges plaques, la rougeur scarlatineuse des téguments sous-jacents, et même les fissures profondes qui sillonnent ces plaques, ces caractères nous permettent de reconnaître la variété psoriasis scarlatiniforme.

La description que donne M. Bazin de cette affection coïncide parfaitement avec ce que nous observons chez le malade sujet de cette observation, sauf sur un point, le siège de la lésion. Dans les cas

d'après lesquels est faite sa description, et dont une observation est rapportée (*Leçons sur les affect. cut. de nat. arthritique et dartreuse*, Obs. XVI, p. 461), la paume des mains et la plante des pieds sont le siège principal de la lésion; notre malade présentait des squames de psoriasis à la plante, au talon, puis sur la face dorsale des pieds et des mains. Cette différence est insuffisante pour faire de ce cas une nouvelle variété.

On peut se demander encore si, dans ce cas, il ne s'agit pas d'une éruption artificielle. Lors de la première apparition du mal, L... était briquetier; il façonnait avec ses mains la terre à brique, marchant dans un sol détrempe, travaillant au soleil; après sa guérison, il quitte cette profession pour être employé chez un grainetier, et là est obligé à chaque instant de fourrer les mains dans des bottes de foin comprimées, à bords rognés, où il est très-exposé à s'écorcher, à se couper le dos des mains. Cette influence extérieure seule n'expliquerait pas la présence de lésions analogues aux pieds et aux parties sexuelles. Nous ne voulons pas cependant lui dénier toute action; mais elle n'aurait agi, croyons-nous, au plus que comme cause provocatrice; et aux mains, du moins, ce psoriasis scarlatiniforme pourrait être regardé comme une arthritide provoquée.

Quant au résultat du traitement, nous ne le connaissons pas. Nous avons vu le malade à sa seconde récurrence; il est sorti blanchi; nous l'avons perdu de vue, et l'on sait que, dans les affections cutanées, on ne peut dire un malade guéri que quand il a passé des années à l'abri de toute manifestation morbide du côté des téguments.

---

## CLINIQUE MÉDICALE

---

### ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE

PAR G. PELTIER, INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

#### § I.

OBSERVATION. — *Atrophie musculaire progressive. — Début remontant à douze ans environ. — Déformations de la main, de l'avant-bras, du bras et du thorax, principalement du côté gauche. — Déformations nulles aux membres inférieurs.*

Bellinghen, Auguste-Joseph, marchand ambulant, âgé de 53 ans,

entre à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Athanase, le 21 août 1871 (service de M. MARROTTE, remplacé par M. LANCEREAUX).

Ce malade ne présente rien de particulier dans ses antécédents de famille; son père, d'une santé robuste, est mort par suite d'un accident; sa mère est morte du choléra. Quant à lui, il a eu, dans son enfance, à l'âge de 7 ans, la danse de Saint-Guy; il fut traité pendant six semaines à l'hôpital des Enfants malades; il en sortit guéri, et depuis ce moment jusque il y a une douzaine d'années, il a toujours joui d'une bonne santé. Le malade prétend n'avoir jamais fait d'excès, ni alcooliques ni vénériens. Il est peu intelligent; sa figure est niaise; cependant il répond bien aux questions qu'on lui adresse, et donne sur son état et sur ses antécédents des détails assez précis.

Atteint d'atrophie musculaire progressive, Bellinghen fait remonter le début de son affection à une douzaine d'années. Il était alors corroyeur, et il nous dit qu'il était toujours appuyé sur la main gauche et qu'il fatiguait beaucoup. Pendant longtemps, pendant plusieurs années, il n'avait que de la faiblesse, et quelques contractions musculaires involontaires; son bras conservait son volume habituel. Au bout de quelques années, il commença à maigrir considérablement, et c'est alors qu'il s'aperçut que la faiblesse gagnait son bras droit, et qu'il ne pouvait continuer longtemps son travail. Les mêmes contractions qui le tourmentaient dans le bras gauche s'emparèrent du bras droit, qui s'atrophia à son tour, et bientôt l'atrophie gagna les muscles thoraciques et dorsaux. Le malade perdit bientôt ses forces; il lui fut impossible de continuer son métier, et c'est alors que, il y a deux ans, il se fit marchand ambulancier. Il exerça d'ailleurs peu sa profession; traité, ou du moins reçu tour à tour dans différents hôpitaux, il y passa la plus grande partie de ces dernières années, et enfin, il y a quelques jours, il fut inscrit pour être placé à l'hospice de Bicêtre.

La PLANCHE XXIII représente l'état actuel du malade; elle nous montre les déformations, conséquence obligée de l'amaigrissement. Les membres inférieurs, qui commencent à s'affaiblir, n'ont pas encore subi d'atrophie appréciable.

Les lésions occupent donc surtout les membres supérieurs, ainsi que le tronc; elles sont d'ailleurs beaucoup plus marquées du côté gauche que du côté droit. C'est ce que l'on peut voir d'ailleurs facilement sur la photographie, qui cependant laisse peut-être à désirer au point de vue de la netteté; mais il était difficile qu'il en fût au-

tremement. Malgré la volonté du malade, il se produisait des contractions fibrillaires très-fréquentes, se multipliant à ce point que les muscles tout entiers étaient agités de petits mouvements convulsifs. Quoi qu'il en soit, voici l'état actuel du malade, en commençant par le bras gauche, celui où les déformations sont le plus accusées.

*Main gauche.* — L'abducteur du pouce est atrophié; la saillie naturelle est remplacée par une dépression, et le premier métacarpien est rapproché du second. Tous les muscles de l'éminence thénar sont atrophiés, et le premier métacarpien est presque sur le même plan que le second; il en est de même de l'éminence hypothénar, qui a à peu près complètement disparu. Les interosseux sont considérablement diminués de volume, et des dépressions profondes existent entre les métacarpiens.

*Avant-bras gauche.* — Les muscles de la partie antérieure et de la partie postérieure sont très-atrophiés; les fléchisseurs et les extenseurs des doigts sont très-peu apparents; l'avant-bras est comme desséché; le cubitus et le radius forment une saillie évidente, et l'avant-bras, au lieu d'offrir un aspect plus ou moins bombé, présente plutôt des dépressions au niveau de l'espace interosseux.

*Bras gauche.* — L'atrophie porte aussi sur tous les muscles du bras gauche; l'humérus n'est plus enveloppé que par une masse peu résistante.

*Épaule et thorax du côté gauche.* — La déformation commence à être moins évidente; cependant le deltoïde, les pectoraux sont diminués de volume, et les saillies osseuses de l'épaule peuvent se sentir très-facilement. L'atrophie est beaucoup moins marquée sur les autres muscles, grand dentelé, trapèze, sacro-spinal.

Nous allons maintenant décrire rapidement le côté droit; l'affection, plus récente, a produit des déformations beaucoup moins accusées.

*Main droite.* — Les muscles de l'éminence thénar sont complètement atrophiés; le doigt indicateur est fléchi vers la paume de la main, on ne peut le redresser que difficilement; les autres doigts sont aussi fléchis, mais la flexion est moins prononcée. Cette déformation tient à l'atrophie des muscles extenseurs. Les interosseux ont également diminué considérablement de volume.

*Avant-bras droit.* — La déformation est beaucoup moins prononcée que du côté gauche; les fléchisseurs existent encore, et le malade peut les faire contracter.

*Bras gauche.* — Le bras a seulement diminué un peu de volume,

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX



Planche XXIII.

**ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE**

mais il a conservé sa forme et ses contours habituels; il est seulement un peu plus flasque qu'à l'état normal.

*Épaule et thorax du côté droit.* — Il existe du côté droit les mêmes lésions que du côté gauche, mais, comme nous l'avons déjà dit, elles sont beaucoup moins prononcées, ainsi que l'indique d'ailleurs la PLANCHE XXIII.

Tels sont, en résumé, les principaux caractères extérieurs que présente l'atrophie chez notre malade. Que va-t-il arriver? L'affection, sans nul doute, va suivre une marche lentement envahissante; probablement elle tendra à se généraliser, et dans un temps plus ou moins éloigné elle occupera les membres inférieurs, qui, jusqu'à présent, ont à peu près échappé, sinon à la fatigue musculaire, du moins à des déformations apparentes.

## § II.

Dans la description que nous venons de faire, nous nous sommes appliqué surtout à faire voir les déformations qu'avait engendrées, chez notre malade, l'atrophie musculaire progressive. Mais il est un point que nous avons laissé complètement de côté, et dont nous allons dire quelques mots: nous voulons parler des lésions anatomiques que l'on rencontre dans cette maladie, et surtout de leur corrélation; en un mot, de la pathogénie et de la nature de l'affection.

Trois théories ont été tour à tour mises en avant; la première, celle de Duchenne et d'Aran, qui ne voient dans l'atrophie musculaire qu'une maladie des muscles; la seconde, qui attribue aux lésions médullaires et à celles des nerfs rachidiens une influence primordiale, a été défendue par J. Cruveilhier; la troisième, qui a pour champions Duménil, Sneevogt, Remak, Bærwinkel, Jaccoud, Trousseau, place dans le grand sympathique l'origine première des désordres subséquents. — C'est à cette dernière théorie que, en 1866, se rattache M. Jules Simon dans son article ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*: « Il me semble, écrit-il, qu'en ce moment la première et la seconde théorie doivent céder le pas à la troisième. La multiplicité des lésions du système nerveux (moelle et nerfs) éloigne de toute idée d'une affection exclusivement musculaire. Dire comme Virchow que l'état morbide est primitivement fixé dans le muscle et qu'il va gagnant de proche en proche jusqu'à la partie centrale, c'est, je crois,

attribuer à la maladie qui nous occupe un rôle et un siège qu'elle n'a point, que personne ne peut établir. »

« La seconde théorie, celle de Cruveilhier, était vraiment séduisante.... mais comment expliquer par une lésion première aussi nettement limitée une atrophie aussi irrégulière, portant sur tel ou tel muscle dans la même région, sur telle ou telle fibre dans le même muscle?... Comment, en outre, concilier cette théorie avec les lésions multiples de la moelle et même des nerfs, énumérées dans des observations irrécusables, parfaitement authentiques ? »

Passant ensuite à la troisième théorie, M. Jules Simon l'adopte complètement : « Nous comprenons, dit-il, que le grand sympathique étant altéré primitivement par une cause qui nous échappe, la nutrition soit modifiée dans les muscles, dans le système nerveux comme dans l'état général. Dans les muscles, l'atrophie et l'état graisseux peuvent se disposer aussi irrégulièrement qu'on peut l'imaginer par cette considération que les nerfs vaso-moteurs occupent tous les recoins du système musculaire. Dans les centres nerveux et les nerfs, la même influence se fera sentir sur les racines antérieures, sur les cordons de la moelle, dans son centre, sur les racines postérieures, sur les nerfs des membres, sur les nerfs crâniens, grand hypoglosse, spinal et facial. Il n'y a rien qui paraisse étrange dans cette diffusion des lésions ; c'est, au contraire, un argument en faveur de l'opinion que nous soutenons. »

C'est ainsi que l'auteur de l'article que nous citons en arrive à cette définition, que nous ne saurions partager complètement. « *L'atrophie musculaire progressive est un trouble de la nutrition portant sur les muscles et le système nerveux, dont le point de départ est dans le système du grand sympathique et les nerfs vaso-moteurs qui en dépendent, et se développant sous l'influence de causes multiples et fort obscures.* »

Depuis lors, de nouvelles recherches ont été faites qui semblent devoir nous faire revenir de cette conclusion un peu radicale ; nous faisons allusion aux travaux publiés en 1869, d'un côté par M. Hayem, d'un autre par MM. Charcot et Joffroy, dans les *Archives de physiologie*. Nous allons en citer quelques traits principaux qui, somme toute, nous ramènent à la pathogénie déjà soupçonnée en 1855 par M. Cruveilhier. Voici les conclusions du travail de M. Hayem :

Un certain nombre d'altérations médullaires ont une influence marquée sur la nutrition des muscles. — Les lésions de la moelle qui sont plus particulièrement en rapport avec l'atrophie des mus-

cles sont celles de la substance grise. — Ce ne sont pas les altérations destructives qui s'accompagnent d'un tel résultat, mais celles au contraire qui se rapprochent le plus d'une irritation chronique et diffuse. — On doit donc considérer certains cas d'atrophie musculaire comme des lésions de nutrition, consécutives à une irritation médullaire, transmise jusqu'aux muscles par l'intermédiaire des nerfs. — Lorsque cette affection de la moelle est diffuse, chronique, lentement progressive, elle se traduit par les symptômes habituels de l'atrophie musculaire progressive. — Le siège variable des altérations de la moelle épinière explique seul la distribution irrégulière de la lésion des muscles...

De leur côté, MM. Charcot et Joffroy s'expriment ainsi : « L'attention des anatomo-pathologistes a été appelée seulement dans ces derniers temps sur l'altération particulière des cellules de la substance grise. Serait-ce là une lésion constante dans l'atrophie musculaire progressive? L'avenir en décidera. Toujours est-il qu'elle se trouve mentionnée dans la grande majorité des autopsies d'amyotrophie progressive, où l'examen microscopique de la moelle épinière a été conduit avec toutes les précautions requises. Ajoutons qu'elle peut avoir existé dans plusieurs des cas où elle n'est pas indiquée, car nulle part il n'est dit clairement qu'elle ait fait défaut. »

« En quoi consiste cette altération? au milieu de quelles circonstances apparaît-elle? quel est son siège de prédilection? On sait fort peu de choses encore sur ces diverses questions. Il semble toutefois que les cellules des cornes antérieures soient toujours affectées, tandis que l'intégrité absolue des cellules des cornes postérieures a été plusieurs fois expressément signalée. L'altération paraît se développer souvent sous l'influence de lésions diverses (sclérose diffuse, sclérose en plaques, ramollissement rouge, désagrégation granuleuse), qui, après avoir occupé primitivement les points les plus divers de la substance grise centrale, se propagent ensuite, principalement par la voie du réticulum conjonctif, jusqu'à la région des cornes antérieures. Quant à la nature même de l'altération, il semble qu'il s'agisse là, le plus communément, d'un processus d'irritation qui désorganise lentement la cellule et en détermine finalement l'atrophie complète...

Il ne faudrait pas croire que l'atrophie en question des cellules nerveuses des cornes antérieures n'ait été observée jusqu'ici que dans des cas d'atrophie musculaire progressive s'éloignant mani-

festement par quelques traits particuliers du type classique, et devant en conséquence former un groupe à part. Il n'en est rien, on l'a rencontrée dans les formes cliniques les plus diverses ; cette lésion est un fait général dans l'histoire de l'atrophie musculaire progressive ; de plus, il y a une relation intime entre la lésion trophique des fibres musculaires et celle des cellules nerveuses ; en effet, plusieurs fois on a pris soin de faire remarquer qu'une concordance absolue en rapport avec le mode d'origine et de distribution des nerfs moteurs existait entre le siège des altérations des cellules dans la moelle, et la localisation particulière de l'atrophie des muscles, dans les diverses parties du corps.

De tout ce qui précède nous concluons avec MM. Charcot et Joffroy : « Il est difficile de ne pas pressentir que les altérations des cellules des cornes antérieures de la moelle épinière devront jouer un rôle important dans la pathogénie de l'atrophie musculaire progressive. »

---

## CLINIQUE OBSTÉTRICALE

---

### NOTES ET OBSERVATIONS SUR QUELQUES MALADIES PUERPÉRALES

PAR BOURNEVILLE <sup>1</sup>

#### V. DEUX CAS DE DÉCHIRURE DU PÉRINÉE (*Suite*).

Nous abordons maintenant l'histoire de notre seconde malade, celle qui portait une bride cicatricielle de la commissure inférieure de la vulve. Cette observation, en dehors de la déchirure vulvo-périnéale, offre encore quelque intérêt par suite de l'apparition d'un érysipèle à poussées successives et nombreuses.

OBSERVATION II. — *Chancre phagédénique de la fourchette. — Bride cicatricielle résistante, ayant déterminé une atrésie incomplète de la vulve. — Accouchement à terme : déchirure vulvo-périnéale. — Vulvite consécutive. — Érysipèle de la face, puis des fesses, des cuisses, etc. — Marche de la température. — Guérison des divers accidents.*

N..., Louise-Félicie, âgée de 22 ans, couturière, est entrée à l'hôpital de la Pitié (service de M. POLAILLON), le 8 février 1871.

<sup>1</sup> Voy. *Revue photographique*, 1871, pages 25, 82 et 155.

*Antécédents.* — Elle nous raconte qu'elle a été élevée au biberon, qu'elle a été longtemps débile, souffreteuse, sujette à des battements de cœur, sans avoir cependant ni gourmes ni affections graves. Les règles sont apparues à 16 ans; chaque époque était précédée et accompagnée de douleurs abdominales, et l'écoulement sanguin était peu considérable. Depuis lors jusqu'à ce jour, elle a eu des pertes blanches, des palpitations, etc.; en somme, tous les symptômes de la chloro-anémie: « J'avais, dit-elle, les pâles couleurs. » A 17 ans, N... fut atteinte d'une varioloïde assez grave<sup>1</sup>, et, deux ans plus tard, d'une « fièvre muqueuse, » qui la confina au lit pendant quatre mois. Elle paraît avoir eu, en même temps, ou dans le cours de la convalescence, des hémoptysies abondantes.

Peu après son arrivée à Paris, il y a un an, N... aurait eu pour la première fois des rapports sexuels et serait bientôt devenue enceinte. Vers le cinquième mois de sa grossesse, les parties génitales externes ont été envahies par un gonflement douloureux qui rendait le coït impossible et la marche très-pénible. A ces phénomènes se joignaient de la céphalée, des douleurs à la gorge et de l'insomnie. Au bout de deux mois, N... vint à la consultation de l'hôpital. Alors M. Polaillon constata un chancre de la vulve et la fit entrer dans son service. L'ulcération était assez étendue pour que l'on crût avoir affaire à un chancre phagédénique. Les pilules de proto-iodure de mercure, prescrites après l'admission à l'hôpital, furent suspendues par M. Trélat, qui ordonna le traitement suivant: cautérisations avec le nitrate d'argent, bains simples, pansements avec la charpie imbibée de vin aromatique, et vin de quinquina. Peu à peu la plaie diminua d'étendue. Mais la malade se plaignait toujours de céphalée et de douleurs à la gorge, où, d'ailleurs, on ne découvrait pas de plaques muqueuses. Il n'y aurait eu aucune éruption cutanée depuis l'invasion des accidents jusqu'au 20 avril, jour où N... passe dans le service spécial des femmes en couches. C'est là où nous l'avons observée.

20 avril, matin. — La malade a éprouvé des douleurs depuis hier matin et elle n'a pas dormi durant la nuit dernière. Il s'agit d'une présentation normale du sommet. Le travail se fait lentement. N... offre: 1° à la face interne de la petite lèvre droite une ulcération irrégulière, grisâtre, profonde de 3 à 4 millimètres, à bords saillants et indurés; 2° au niveau de la fourchette et de chaque

<sup>1</sup> Ses père et mère sont morts à cette époque de cette maladie qui, chez eux, avait revêtu la forme hémorrhagique (petite vérole *noire*).

côté, une bride cicatricielle assez épaisse, blanchâtre, très-résistante.

*Soir.* — L'accouchement s'est effectué à une heure de l'après-midi. Malgré une surveillance attentive et bien qu'on eût pratiqué une incision sur le côté droit et inférieur de la vulve, non-seulement la bride s'est déchirée, mais encore le périnée dans une étendue de 4 à 5 centimètres. — Pouls à 104; température vaginale, 38°,7.

21 avril. — Rougeur et gonflement des paupières à gauche; rougeur luisante de l'extrémité du nez, indiquant l'apparition d'un *érysipèle de la face*. — P. 116, petit; T. V. 39°,9. La température d'hier soir était donc plus en rapport avec l'invasion de l'érysipèle qu'avec l'état puerpéral. — *Soir* : La lèvre inférieure est volumineuse, rouge et douloureuse. P. 104; T. V. 40°.

22 avril. — L'érysipèle, plus intense qu'hier aux paupières gauches, au nez, à la lèvre inférieure, a gagné les paupières droites. P. 96; T. V. 38°,8. Il est probable que l'élévation de la température notée hier annonçait l'extension de l'érysipèle.

*Soir* : L'érysipèle occupe les mêmes régions que ce matin. Les oreilles sont un peu douloureuses. P. 112; T. V. 40°,5. — Les seins sont modérément tendus; l'enfant tette; les lochies sont sanguinolentes et assez abondantes. — Du côté des parties génitales externes, on observe : 1° une plaie grisâtre, de la largeur d'une pièce de deux francs, sur la partie moyenne de la face interne de la petite lèvre droite; 2° une plaie transversale répondant à l'incision faite au niveau de l'extrémité inférieure droite de la vulve; 3° une plaie de 4 à 5 centimètres de longueur intéressant la fourchette et le plancher périnéal.

23 avril. — P. 116; T. V. 40°,6. Les oreilles sont plus douloureuses. — *Soir* : P. 116; T. V. 41°,1. Pas de changement notable soit à la face, soit du côté des plaies.

24 avril. — P. 92-96; T. V. 38°,5. L'érysipèle n'a pas augmenté; huile de ricin, 50 gr. — *Soir* : P. 120; T. V. 41°,2. La malade a eu des selles assez abondantes.

25 avril. — P. 104; T. V. 40°,1. Le cuir chevelu est indemne. Nuit mauvaise; insomnie. — *Soir* : P. 120; T. V. 41°. L'érysipèle occupe encore un peu les paupières, mais surtout l'oreille gauche.

26 avril. — Sommeil passable. La langue est humide, la soif moins vive; une selle cette nuit. L'érysipèle n'a guère changé. — *Soir* : P. 116; T. V. 40°,8.

27 avril. — Le pouls, à 100, est plus petit que d'habitude; de

deux pulsations l'une semble vibrante; T. V. 38°, 5. N... a eu des *sueurs abondantes* durant la nuit, et vers quatre à cinq heures du matin, on a été obligé de la changer non-seulement de chemise, mais aussi de draps; actuellement la paume des mains est encore moite. Les paupières, à gauche, sont tout à fait libres; à droite, elles sont toujours un peu bouffies. L'oreille gauche est moins gonflée, moins sensible qu'hier; *par contre, la droite est devenue plus douloureuse et plus rouge*. Les seins sont mous et fournissent une sécrétion blanche, peu abondante. Les lochies, rougeâtres, ont diminué. — Soir : P. 112; T. V. 40°, 7. *Rougeur et gonflement* de la partie inférieure de la fesse gauche dans une étendue de 10 centimètres. Pas de modification appréciable des plaies vulvaires. (Lotions et injections avec l'alcool phéniqué; pansement avec de la charpie imbibée du même liquide.)

28 avril. — P. 96; T. V. 38°, 5. — Soir : P. 108; T. V. 40°, 8. La *lèvre supérieure* est rouge, luisante, gonflée et douloureuse. Depuis le début de l'érysipèle jusqu'à ce jour, nous voyons chaque élévation de la température coïncider avec de nouvelles poussées érysipélateuses.

29 avril. — P. 104; T. V. 39°, 6. — Soir : P. 108; T. V. 40°, 7. L'érysipèle a envahi de nouveau les paupières et cela des deux côtés. Relevons en passant cette particularité que le pouls n'a pas augmenté en proportion de la température.

30 avril. — P. 96; T. V. 37°. — Soir : P. 120; T. V. 41°, 2. Rien d'apparent n'explique et l'abaissement de la température ce matin, et son élévation considérable ce soir.

1<sup>er</sup> mai. — P. 88, compté deux fois; T. V. 37°, 3 après un temps assez long. — Soir : P. 96; T. V. 38°.

2 mai. — P. 84; T. V. 37°, 9. — Soir : P. 108; T. V. 40°. L'érysipèle a beaucoup diminué à la face; les paupières peuvent s'entr'ouvrir. En revanche, l'érysipèle s'est étendu sur la presque totalité de la fesse gauche, où il est limité par des bords festonnés; l'extrémité inférieure, prise la première, est libre. Il existe au niveau des régions malades une chaleur mordicante. La fesse droite est incolore, mais sensible à la pression. Les plaies de la vulve et du périnée ont un bon aspect.

3 mai — P. 80; T. V. 37°, 5. L'érysipèle remonte jusqu'à la crête iliaque gauche. Desquamation de la peau de la pointe de la fesse gauche. — Soir : P. 80; T. V. 38°, 7. Appétit; langue nette, humide; une selle quotidienne après lavement. Quelques plaques érysipélateuses sur la fesse droite.

4 mai. — P. 86; T. V. 57°,7. — Soir : P. 88; T. V. 58°,5. Desquamation de la face interne des fesses.

5 mai. — P. 80; T. V. 57°,5. Plusieurs plaques érysipélateuses sur la cuisse gauche. État général satisfaisant. — Soir : P. 80; T. V. 58°,4.

6 mai. — P. 68; T. V. 57°,5; petites plaques érysipélateuses sur la région fémorale externe. — Soir : P. 95, compté deux fois; T. V. 58°,9.

7 mai. — P. 92; T. V. 57°,9. Nouvelles plaques érysipélateuses à la face interne de la cuisse gauche. — Soir : P. 90; T. V. 58°.

8 mai. — P. 80; T. V. 57°,7. — Soir : P. 87; T. V. 58°,1.

9 mai. — P. 80; T. V. 57°,7. — Soir : P. 76; T. V. 58°,1.

10 mai. — P. 72; T. V. 57°,7. Soir : P. 80; T. V. 57°,9. Les plaies de la vulve et du périnée se cicatrisent bien et ont par conséquent diminué d'étendue. Les fonctions digestives s'accomplissent avec régularité. — Vin de quinquina; fer.

11 mai. — P. 76; T. V. 58°,5. — Soir : P. 80; T. V. 57°,7.

12 mai. — P. 72; T. V. 57°,5.

16 mai. — La malade va de mieux en mieux; elle se lève un peu tous les jours. L'ulcération qui répondait à l'incision faite au moment de l'accouchement n'a plus maintenant qu'un centimètre et demi de diamètre; elle est rosée. La plaie périnéale est cicatrisée. A l'extrémité inférieure de la petite lèvre droite il reste encore une ulcération ayant un centimètre de diamètre. Écoulement vaginal persistant. Au toucher, on constate que le col utérin est légèrement porté en arrière. Bains sulfureux; toniques.

30 mai. — L'ulcération consécutive à l'incision est cicatrisée. La vulve est rétrécie.

4 juin. — Toutes les plaies sont guéries. Il existe, au niveau de la commissure inférieure de la vulve, une bride cicatricielle comme avant la parturition. En outre, la paroi postéro-inférieure du vagin fait une légère saillie vers l'orifice vulvaire. La cicatrisation ne s'est pas effectuée d'une part entre les deux bords cutanés de la déchirure, et de l'autre entre les deux bords muqueux, mais seulement entre ces deux derniers : de telle sorte que, au-dessous de la cicatrice de la muqueuse, il y a une sorte de fossé qui sépare les deux bords cicatriciels cutanés. — *Exeat* le 6 juin.

25 septembre. — Après sa sortie de l'hôpital, N..., voyant ses cheveux tomber en abondance, les a fait couper. Actuellement ils paraissent repousser avec assez de rapidité. Elle a des adénites cer-

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX

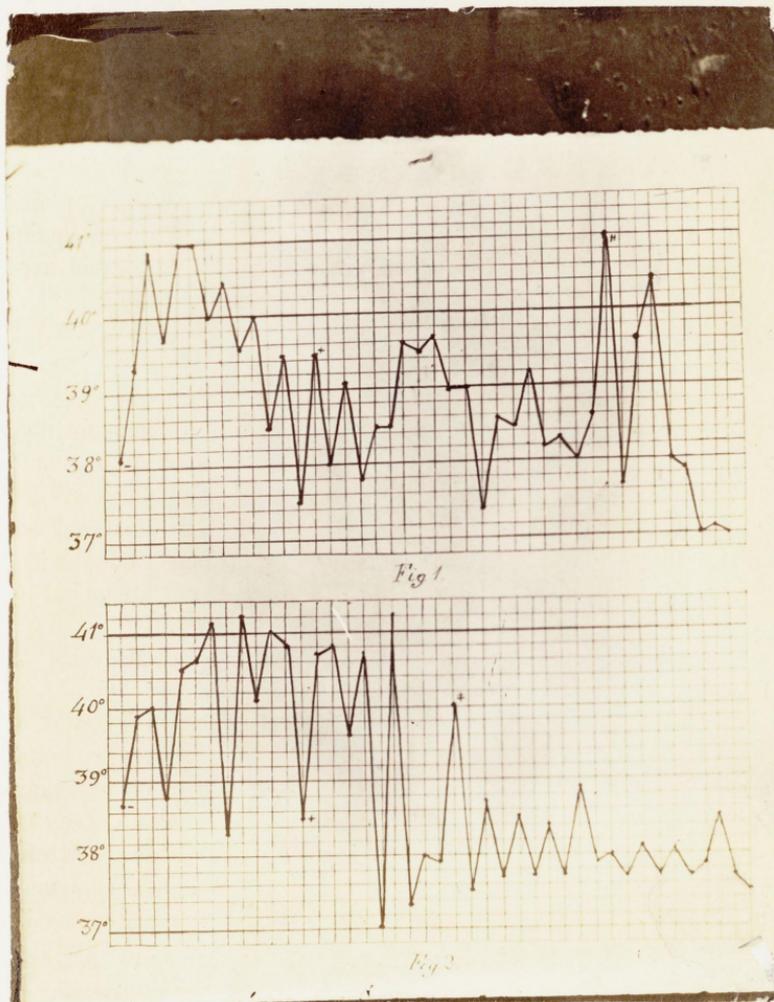


Planche XXIV.

TRACÉS THERMOMÉTRIQUES

vicales et inguinales, et des traces d'une éruption papulo-pustuleuse discrète. Les cicatrices vulvaires sont plus souples qu'elles ne l'étaient lors du dernier examen. Enfin N... a eu des *plaques muqueuses* sur le voile du palais, qui n'offre plus maintenant qu'une rougeur légère. Elle fait des frictions avec l'onguent napolitain<sup>1</sup>. En résumé, il n'y a plus aucun doute aujourd'hui sur la nature infectieuse de l'accident primitif. — Les règles ont reparu vers le 5 septembre.

RÉFLEXIONS. — Elles sont relatives : 1° à la déchirure du périnée, 2° à l'érysipèle, 3° à la syphilis.

I. *Déchirure vulvo-périnéale ; vulvite.* — L'examen de la vulve, en y faisant voir une bride cicatricielle résistante, nous avertissait que la tête ne franchirait la vulve qu'après des tentatives répétées, des efforts prolongés qui détermineraient, selon toute probabilité, la rupture de la bride elle-même. Ces prévisions se sont réalisées : le travail a été lent, et, bien qu'on eût pratiqué une incision sur la partie inférieure et latérale droite de la vulve, la tête n'a pu sortir qu'en brisant la cicatrice. Nous avons observé là les phénomènes qui surviennent quelquefois dans les essais d'extension des brides cicatricielles consécutives aux brûlures : la cicatrice s'est cassée comme du verre<sup>2</sup>.

La déchirure a formé une première plaie, s'étendant sur le périnée, qui s'est ulcérée et recouverte de dépôts grisâtres. — La plaie résultant de l'incision a bientôt offert les mêmes caractères. — Enfin, le séjour prolongé de la tête du fœtus dans l'excavation, les pressions alternatives répétées qu'elle exerçait sur le pourtour de la vulve, ont produit une plaie contuse de la petite lèvre droite; après la chute de l'eschare, cette petite plaie s'est, elle aussi, couverte de dépôts grisâtres. La *vulvite* concomitante ne s'accompagna d'aucun accident extraordinaire. Grâce aux injections, aux lavages et aux pansements avec l'alcool phéniqué, les plaies se cicatrisèrent avec assez de promptitude.

II. *Érysipèle.* Il a été curieux surtout par l'irrégularité de sa marche, sa récurrence à la face, son apparition tardive aux cuisses et aux fesses, c'est-à-dire dans le voisinage de la plaie périnéale, car

<sup>1</sup> Les frictions sur la peau avec l'onguent napolitain constituent un excellent moyen de traitement contre la syphilis, et plus particulièrement chez les *enfants*. Nous ne saurions trop en recommander l'emploi à nos lecteurs.

<sup>2</sup> Voy. GIRALDÈS, *Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants*, p. 492.

nous n'avons rien remarqué sur les plaies et immédiatement autour d'elles, malgré une surveillance assez minutieuse. Aussi l'érysipèle nous semble-t-il ne pas avoir exercé d'influence bien évidente sur la cicatrisation des plaies de la vulve et du périnée. — La figure 2 de la PLANCHE XXIV nous indique nettement la marche de la *température* et nous montre que, en général, les élévations brusques de la température précédaient d'un temps plus ou moins court les nouvelles poussées érysipélateuses. — L'une des chutes les plus intéressantes de la température est celle qui a coïncidé avec l'apparition de *sueurs abondantes*.

III. *Syphilis*. Nous serons bref sur ce qui concerne la syphilis. Nous ferons remarquer seulement : 1° le caractère phagédénique du chancre, la lenteur de sa cicatrisation pendant la grossesse, la rapidité, au contraire, avec laquelle les nouvelles plaies ont guéri ; 2° l'apparition tardive des phénomènes secondaires.

---

## PATHOLOGIE EXTERNE

---

### DE L'INFLAMMATION PRIMITIVE AIGÜE DE LA MOELLE DES OS (MÉDULLITE AIGÜE)

PAR CULOT, INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS.

— FIN —

MARCHE, DURÉE, TERMINAISONS.

La médullite ne suppure pas nécessairement. Si rares que soient les faits de résolution, ils existent : Klose en donne un ; Bœckel en signale un second. A côté de ces deux cas, on en voit d'autres où un traitement antiphlogistique énergique a arrêté, retardé la suppuration. C'est, au reste, une terminaison tout exceptionnelle sur laquelle il ne faut pas compter.

La *marche* de la maladie est fort variable. Dans les cas simples, le mal débute par une douleur plus ou moins vive, à laquelle viennent se joindre, après un temps variable (pouvant aller à huit jours, suivant Bœckel), des phénomènes fébriles plus ou moins intenses. Cet état dure quelques jours encore, puis la fluctuation devient nette, les phénomènes fébriles tombent ; la collection peut

s'ouvrir spontanément, se vider; il reste pendant quelque temps une plaie fistuleuse, quelques fragments nécrosés sortent avec le pus, puis tout se referme et la maladie est terminée.

Plus souvent on incise dès que la fluctuation apparaît. Dans ce cas, la fièvre peut tomber immédiatement et la plaie se refermer, après évacuation du pus, sans élimination de parcelles osseuses nécrosées. Cette terminaison s'observerait surtout chez les tout jeunes enfants, suivant Billroth. Les faits confirment cette opinion. Mais une condition plus importante que l'âge est peut-être le siège. Tout os superficiel, en effet, permettra une ouverture plus hâtive du foyer; les désordres seront, par suite, moins grands et la guérison plus facile. Dans une autre série de faits, la marche est toute différente: les accidents généraux priment les locaux, les masquent souvent et entraînent d'innombrables erreurs dont nous aurons à parler.

Nous avons déjà vu que ces accidents généraux pouvaient survenir à des époques assez diverses et se montrer avec une intensité très-variable. Dans un certain nombre de cas, la marche est suraiguë. Un enfant observé par Bœckel meurt au troisième jour. Dans le cas de Colson, où la péricardite a peut-être joué un rôle, la maladie dure cinq jours; cinq jours encore, dans un cas signalé à la *Société de chirurgie*, en 1865, par Marjolin; six jours dans la première observation de Store; huit jours dans celle de Gadaud.

Plus souvent la maladie est moins brutale, mais aboutit encore à la mort vers le quinzième, vingtième et souvent trentième jour, sans avoir discontinué. Dans d'autres cas, il y a état typhoïde; l'abcès est ouvert, il survient de la rémission; mais elle dure peu: les accidents reprennent, des complications surviennent, et le malade succombe.

Dans des cas plus heureux, la rémission se maintient, ou il y a des alternatives de mieux et de pire, puis la guérison s'affirme peu à peu et le malade échappe. Cependant tout danger n'est pas conjuré quand l'abcès est ouvert et que les phénomènes généraux graves ont cédé. Il reste encore un os nécrosé qui doit être éliminé. Je ne puis insister beaucoup sur cette élimination, qui ne rentre plus directement dans mon sujet, mais on comprend quels dangers court encore le malade.

Les fistules taries, les plaies refermées, il peut rester quelque séquestre invaginé, véritable épine qui pourra à chaque instant déterminer des poussées aiguës, parfois mortelles.

Les articulations prises, les épiphyses décollées, les fusées purulentes, jouent encore un grand rôle dans la marche et les terminai-

sons de la maladie, tant par la nature même des lésions que par les amputations toujours graves qu'elles nécessitent. Ou bien le malade guérit avec de véritables infirmités : un cartilage diaphysaire s'est trop tôt soudé, ou, au contraire, a trop produit, et le membre atteint reste plus court ou devient plus long que son conjoint.

#### PRONOSTIC ET DIAGNOSTIC.

Le *pronostic* doit être basé sur une appréciation exacte des phénomènes généraux et locaux. Une fièvre inflammatoire, si vive qu'elle soit, n'entraîne pas un pronostic fâcheux. Elle doit faire craindre des lésions étendues, et par suite une nécrose peut-être considérable, mais il n'y a pas danger prochain.

Les phénomènes adynamiques, typhiques, comportent une plus fâcheuse issue. La mort peut survenir en effet par ces seuls troubles généraux. De plus, ils jettent le malade dans un état de faiblesse, de désordres fonctionnels tels que, échappés aux premiers dangers, la lutte sera plus difficile, bien plus inégale quand il devra résister aux effets de la suppuration, de l'élimination des séquestres. Ces phénomènes typhiques semblent du reste se rencontrer plus fréquemment dans les cas où la médullite gagne profondément.

Un point dont il faut tenir grand compte est la modification que subissent les phénomènes généraux après l'ouverture du foyer inflammatoire. — Presque constamment une rémission marquée succède à cette ouverture et on peut l'expliquer tant par l'évacuation du pus lui-même que par l'écoulement de sang auquel elle peut donner lieu. Mais cette rémission tantôt persiste, et c'est un fait d'un excellent pronostic; — d'autres fois les phénomènes reparaisent, et il faut craindre alors. Cette reprise des troubles généraux, en effet, malgré quelques rares exceptions, indique que la maladie a pénétré profondément et entraîne la pensée des dangers sérieux dus autant aux phénomènes généraux qu'à l'état local.

Les observations *thermométriques* n'ont pas jusqu'ici été prises assez souvent et avec assez de suite pour qu'on puisse en tirer quelques conclusions.

Localement, il faut tenir compte des localisations multiples, — du voisinage des articulations, — de la situation plus ou moins profonde de l'os, — des fusées purulentes et du phlegmon diffus.

Nulle maladie, je crois, n'a été l'occasion de si nombreuses *erreurs* au point de vue du *diagnostic* que la médullite phlegmoneuse dans

ses formes graves. Les observations se ressemblent tellement sur ce point, qu'on serait tenté d'élever cette erreur à la hauteur d'un caractère de la maladie. Dans un nombre considérable de faits, les enfants atteints de médullites furent primitivement dirigés vers un service de médecine comme atteints tantôt de fièvre typhoïde, tantôt de rhumatisme aigu, et il leur est aussi arrivé de passer de chirurgie, où ils étaient admis, en médecine. Il faut que les difficultés soient bien grandes, puisque, mis en garde par l'expérience acquise, on voit l'erreur renouvelée encore à chaque instant et par des observateurs de talent.

Ces erreurs ne sont pas sans gravité. La médullite réclame un traitement énergique, rapide, topique, et tout retard entraîne une aggravation du pronostic. En face de l'utilité si grande d'un diagnostic exact, il faut y tendre par tous les moyens et rechercher, afin de les éviter, les causes d'erreur.

Deux maladies surtout sont signalées par les observateurs : — la *fièvre typhoïde*, — le *rhumatisme aigu*. M. Giralès y ajoute le début des *fièvres éruptives*.

Pour éviter l'erreur, le grand point est, je crois, en présence de phénomènes un peu irréguliers, de songer à la possibilité d'une médullite.

On est appelé près d'un enfant malade depuis quelques jours. Son faciès est typhique, sa figure stupide, sa langue rouge, pointue, ou sèche, dure, ses dents fuligineuses ; il marmotte des mots intelligibles, délire, a de la fièvre, etc. A un examen superficiel, l'erreur est possible, sinon probable. Mais si l'on remonte aux antécédents, on trouve bien souvent une douleur signalée au début, et cette douleur met sur la bonne voie. Un examen complet du malade dénote d'ailleurs quelque point douloureux dans la continuité des membres, et ce point douloureux trouvé suffit encore à fixer l'attention.

Il est des cas où peut-être l'état typhoïde est tel que le malade ne réagisse plus et laisse presser la partie malade sans paraître s'en apercevoir. Je ne connais pas de ces faits, mais ils doivent être bien rares, et tels alors par la gravité de l'état général qui les accompagne, que l'erreur est moins préjudiciable. Toujours du reste le mieux est de songer à la possibilité d'une médullite. Je doute qu'elle se cache jamais à celui qui la cherchera.

Dans un autre groupe de faits, on voit un enfant atteint de fièvre intense, immobile dans son lit, se plaignant souvent de douleurs,

poussant des cris aussitôt qu'on cherche à soulever la partie malade. On ne va pas plus loin et l'on admet un rhumatisme aigu.

Quelquefois les difficultés sont plus grandes. Le patient a pu avoir au début des douleurs contusives des membres, des jointures, qu'il vous signale, ou que vous indiquent les parents; — ou bien les deux membres inférieurs sont malades; — ou encore il est survenu au coude, à l'épaule, etc., un abcès articulaire venant compliquer la maladie première. Enfin il peut avoir cette sensibilité musculaire généralisée que nous avons signalée dans la symptomatologie. Dans tous les cas, l'erreur ne peut être évitée que par une étude soigneuse du début et de la marche de la maladie, par un examen approfondi du malade, du siège exact des douleurs, de leurs caractères.

Toujours il résultera de cet examen quelques faits : localisation de la douleur en un point surtout, et depuis le début; siège de la douleur sur le trajet d'un os, ou indolence de l'articulation présumée malade; empâtement, tuméfaction, etc.; quelques faits, dis-je, discordant avec le rhumatisme articulaire, et, du moment où il y aura doute, l'erreur deviendra impossible, car on songera à la médullite, et, je le répète, pour la diagnostiquer, le grand point est d'y songer. Après ces deux grandes causes d'erreurs, nous en trouvons encore quelques-unes, mais d'une importance infiniment moindre. Je citerai la *névralgie*, le *rhumatisme musculaire*, la *phlébite*, l'*érythème noueux* et *papuleux*, l'*angioleucite*, l'*érysipèle*, les *phlegmons superficiels* et *profonds*, qui ne méritent pas d'être sérieusement différenciés.

Le *phlegmon diffus* présente des difficultés; mais, outre qu'il est rare chez les enfants, et souvent une complication des abcès sous-périostiques, les indications étant absolument les mêmes, je crois inutile de chercher des subtilités de diagnostic. Dans l'un et l'autre cas, on incisera, et, par l'incision, on ira voir s'il y a ou non un os à nu.

Je n'ai pas à établir de diagnostic avec l'*ostéite* ou l'*ostéomyélite aiguë*, puisque la médullite, telle que je l'entends, comprend ces deux maladies.

Je termine ce chapitre en signalant les *médullites sous-périostiques syphilitiques* qui, dans certains cas, assez rares du reste, pourront prendre une marche aiguë et suppurer assez rapidement. On les reconnaîtra aisément à leurs sièges multiples et circonscrits, à leur peu d'acuité relative, à l'existence d'antécédents syphilitiques.

## TRAITEMENT.

L'étude du traitement des médullites ne comporte pas de longs développements. Les indications sont, sinon très-faciles à remplir, au moins très-nettes à saisir. Elles forment deux groupes, les unes se rapportant à l'état local, les autres à l'état général.

Localement, il y a deux buts à atteindre : arrêter les progrès de l'inflammation, en évacuer les produits. Pour arrêter les progrès de l'inflammation, les moyens généraux révulsifs ou dérivatifs, purgations, émétiques, n'atteignent pas le but qu'on se propose, fatiguent le malade, activent la résorption, sont donc au moins inutiles.

Les topiques locaux ont plus de raison d'être : pommade mercurielle, pommade au nitrate d'argent, cautérisations ponctuées, vésicatoires ; mais tous un grand défaut. Sans être nuisible, leur peu d'activité fait perdre un temps précieux. Leur application n'est légitime qu'autant que le diagnostic reste incertain.

Les sangsues, excellent antiphlogistique en général, n'arrêtent guère cependant les médullites ; elles en calment les douleurs, peuvent ralentir le travail morbide, mais restent insuffisantes pour remplir l'indication.

Ce qu'il faut, M. Giraldès l'a dit, et M. Bœckel après lui : c'est une incision large et profonde. L'émission sanguine qu'elle produit calme les douleurs, dégage les tissus, peut arrêter l'inflammation ; elle empêche le périoste de se détruire davantage, ouvre aux produits morbides une voie de sortie, permet le lavage du foyer.

Comme moyens secondaires : envelopper la partie incisée et malade d'un large cataplasme et faire de fréquents lavages avec un liquide désinfectant ; eau chlorurée, phéniquée ; permanganate de potasse, etc.

Si l'état local ne cède pas à ce traitement, que les douleurs repaissent, l'indication n'a pas été suffisamment remplie. Le trépan alors doit remplacer le bistouri et pénétrer dans l'os sans retard.

Si, par suite d'un diagnostic incertain ou d'une prudence dange-reuse, le chirurgien a attendu que la collection fût parfaitement formée, l'indication reste la même : ouvrir largement au point le plus déclive ; contr'ouvrir s'il est nécessaire. Si des complications sont survenues, fusées purulentes, intermusculaires, articulaires, décollement d'épiphyses, on aura à obvier à ces accidents par des incisions, du drainage, de l'immobilisation.

*État général.* Si la forme est franchement inflammatoire, l'indication est de faire tomber ces phénomènes inflammatoires. L'indication locale remplie suffit généralement à faire tomber les accidents généraux. La diète, des boissons délayantes, un grand bain prolongé suffisent en tous cas. La saignée, les évacuants ne peuvent avoir d'utilité bien grande, et il faut toujours craindre la venue d'accidents typhiques, contre lesquels le malade n'est jamais trop fort.

Si les accidents existent, il faut chercher à obtenir deux points : détruire la cause des accidents quelle qu'elle soit. C'est dans ce but que se feront les injections antiputrides. L'alcoolature d'aconit, le sulfate de quinine à l'intérieur, concourent au même résultat.

En second lieu, il faut donner aux malades la résistance nécessaire pour surmonter ces accidents. Un peu de nourriture, du vin d'Espagne, de Bordeaux, l'extrait mou de quinquina, rempliront cette indication.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

**De la transfusion du sang défibriné.** Nouveau procédé pratique, par DE BELINA, ancien professeur agrégé à la Faculté de médecine de Heidelberg. Brochure in-8° de 69 pages. Adr. Delahaye, libraire-éditeur.

Depuis le 15 juin 1667, époque où Jean Denis pratiqua pour la première fois la transfusion du sang sur l'homme, grand nombre d'auteurs se sont occupés de cette intéressante question. — En 1825, Blundell et Doubleday sauvèrent par ce moyen la vie à une accouchée qui était à la dernière période de l'agonie ; c'est là le premier succès authentique. Depuis, bien des observations ont été recueillies par Routh, Soden, Martin, Blasius, Goulard, Oré, Landois, Marmonnier ; elles sont réunies, au nombre de 175, dans un travail statistique publié par M. de Belina dans les *Archives de physiologie* (mai 1870). — Tout dernièrement encore, le même auteur a fait paraître sur le même sujet un nouveau travail dont nous allons rendre compte à nos lecteurs.

Quatre parties composent cette étude : physiologie, procédé opératoire, observations, indications thérapeutiques. — Des expériences nombreuses pratiquées sur les animaux et des observations clini-

ques qui ont été recueillies, il résulte un certain nombre de faits désormais acquis, qui sont de la plus grande importance, et que nous pouvons réunir sous forme de propositions :

I. — *Le sang, recueilli et mis en contact avec l'air à une température moyenne, reste invariable dans ses parties constituantes histologiques, et conserve ses propriétés chimiques pendant deux ou trois heures.*

II. — *Les globules rouges saturés d'oxygène sont le principe révivifiant du sang. La fibrine n'est pas une partie essentielle. C'est pour la sécurité de l'opération, en évitant l'introduction de caillots dans la circulation, que l'on doit préférer le sang défibriné à celui qui contient encore sa fibrine.*

III. — *Le sang défibriné d'une espèce, transfusé à un individu de la même espèce, peut, par la transfusion, réveiller le système nerveux affaibli par la perte du sang; il remplit toutes les fonctions du sang primitif normal et en subit toutes les lois physiologiques. De la même façon, on peut combattre une altération du sang en pratiquant une déplétion préalable et remplaçant le sang vicié par du sang sain.*

IV. — *Le sang des animaux peut réveiller, mais seulement d'une façon passagère, les animaux d'une autre espèce; il se décompose promptement, et s'il a été injecté en petite quantité, il peut s'éliminer sans inconvénient; mais s'il a été injecté en grande quantité, il peut déterminer la mort.*

Cette proposition n'est pas admise par tous les auteurs. Oré, de Bordeaux, dans un travail présenté à la Société de chirurgie, le 20 décembre 1865, pense que le sang d'un animal peut être transfusé à un animal d'une espèce ou d'une classe différentes; il ajoute toutefois qu'il est nécessaire que le liquide arrive dans les veines du premier tel qu'il circule dans les veines du second; mais pour réaliser cette condition, il faut pratiquer la transfusion immédiate, c'est-à-dire à l'aide d'appareils spéciaux et non avec la seringue, car dans ces cas on évite la coagulation du sang, coagulation qui explique les phénomènes convulsifs constatés par certains expérimentateurs, et qui étaient produits par la présence dans les vaisseaux d'embolies multiples résultant de l'injection d'un sang en partie coagulé.

M. Brown-Séguard pense également qu'on peut faire la transfusion à des animaux de différentes espèces. A propos d'un cas de transfusion du sang dont M. Thaon a fait part à la Société de biologie (séance du 20 février 1869), ce professeur a rappelé qu'il avait

démontré que le sang d'un animal de la même espèce n'est pas nécessaire pour le succès de l'opération. « Il a ranimé non-seulement temporairement, mais d'une manière définitive, des chiens exsangues, au moyen d'une injection de sang de batraciens, d'anguille, d'oiseau, etc. Sans doute il vaut mieux ne pas injecter à un animal des globules d'un diamètre supérieur à celui de ses propres globules; mais il n'en est pas moins vrai qu'on peut réussir en employant le sang d'animaux d'espèces fort éloignées; à l'homme, il est inutile d'injecter du sang humain: le sang d'un mammifère, tel que le mouton, par exemple, serait tout aussi convenable. » (*Comptes rendus des séances de la Société de biologie*, p. 71.)

Panum, dans *Virchow's Archiv*, a examiné cette question de très-près, et il n'admet pas l'innocuité dans la transfusion du sang provenant d'animaux de différentes espèces; pour un moment, on peut rétablir l'activité des nerfs et des muscles, mais bientôt le sang est évacué en partie par hémorrhagie, ou en partie par la décomposition des globules et des sécrétions urinaires. Quand la quantité de sang transfusé est un peu considérable, elle amène rapidement la mort de l'animal. — Le travail de Panum est très-soigné; ses expériences sont concluantes, et nous croyons devoir admettre la proposition telle qu'elle a été formulée précédemment.

V. — *La transfusion, si elle est bien exécutée, n'est pas plus dangereuse qu'une saignée.*

Or, pour exécuter la transfusion dans de bonnes conditions, l'opérateur devra surtout éviter: la présence de corps étrangers venant salir le sang; la formation des caillots; l'introduction de l'air dans le torrent circulatoire; la précipitation de l'injection, et enfin la phlébite.

M. de Belina croit avoir évité tous ces inconvénients que l'on trouve dans les autres appareils en construisant le suivant, dont nous pouvons donner la reproduction, grâce à l'obligeance de MM. Robert et Collin (Fig. 8). Il consiste en :

1° Un flacon de verre A, de 25 centimètres de hauteur sur 5 centimètres et demi de diamètre. Ce flacon se termine à la partie inférieure par un goulot de 4 millimètres de diamètre. A la partie supérieure, existe un orifice, B, de 1 centimètre et demi de diamètre. Ce flacon est construit pour recevoir 250 grammes de sang.

2° Une pompe à air comprimé, composée de deux ballons de caoutchouc, C, réunis et se terminant par un tuyau également de caoutchouc.

5° Un trocart, D, composé de deux tuyaux d'argent et d'un stylet.

La description sommaire de l'appareil terminée, voici comment on procède. On commence par défibriner le sang à l'aide de baguettes de verre tordu ; puis on le filtre à travers une toile épaisse, et on

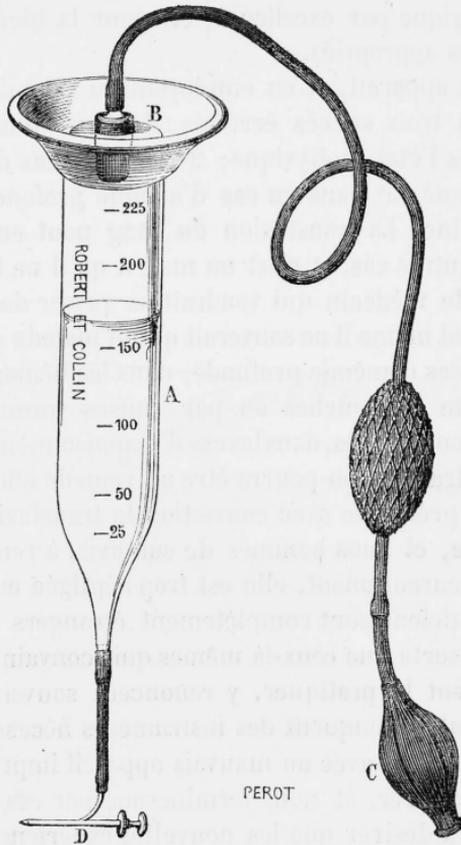


Fig. 8.

l'introduit par l'ouverture B avec un entonnoir de verre dans le flacon.

Après avoir bandé le bras du malade, comme pour une saignée, on découvre la veine médiane, en pratiquant une incision d'un centimètre de long. Lorsque l'on s'est assuré que le sang du flacon est bien en communication avec le trocart, on enfonce celui-ci dans la veine, et l'on retire le stylet. On prend alors le flacon de la main gauche, et on manie avec la droite la pompe de compression. Chaque pression sur le ballon fait venir environ 20 à 50 grammes de

sang que l'on fait couler dans la veine d'une façon sûre et uniforme.

Tel est l'appareil de M. de Belina; il répond à peu près aux exigences physiologiques; c'est ce que l'on doit demander, et c'est ce qu'il faut chercher, car la transfusion du sang est avant tout une opération physiologique par excellence, et, pour la bien accomplir, il faut des moyens appropriés.

Déjà avec cet appareil, et en employant du sang défibriné, M. de Belina a obtenu trois succès certains : 1° dans un cas d'éclampsie puerpérale dans l'état asphyxique; 2° dans un cas d'asphyxie d'un enfant nouveau-né; 3° dans un cas d'anémie profonde, suite d'hémorrhagie utérine. La transfusion du sang peut encore être employée dans d'autres cas, et c'est un moyen qu'il ne faut pas négliger. Quel est le médecin qui voudrait se priver de cette dernière ressource, quand même il ne sauverait qu'un malade sur cent? Ainsi donc, dans les cas d'anémie profonde, dans les hémorrhagies abondantes par suite de couches ou par causes traumatiques, dans l'asphyxie des nouveau-nés, dans les cas d'empoisonnement par l'oxyde de carbone, la transfusion pourra être un remède efficace.

M. de Belina préconise avec conviction la transfusion du sang; il la croit appelée, et nous sommes de son avis, à rendre de grands services; malheureusement, elle est trop négligée en France, et la plupart des praticiens sont complètement étrangers aux détails de l'opération; de sorte que ceux-là mêmes qui, convaincus de son efficacité, voudraient la pratiquer, y renoncent souvent au moment voulu, parce qu'ils manquent des instruments nécessaires, ou, s'ils la font, c'est toujours avec un mauvais appareil improvisé.

« Il serait à désirer, et nous terminerons par ces paroles de Bischoff, il serait à désirer que les nouvelles expériences sur les propriétés du sang, ainsi que sur la transfusion, servissent d'encouragement à ne pas perdre de vue cet important mode de traitement qui, dans des cas donnés, est le seul qui puisse sauver la vie. »

G. PELTIER.

NOTA. — La PLANCHE XXII est faite d'après un moule fait par M. BARRETTA et déposé au musée de l'hôpital Saint-Louis.

*Le Gérant* : A. DE MONTMÉJA.

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX



Planche XXV.

**CONTRACTURE HYSTÉRIQUE**

FORME HÉMIPLÉGIQUE

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX DE PARIS

---

## CLINIQUE MÉDICALE

---

### DE LA CONTRACTURE HYSTÉRIQUE

Extrait d'une leçon faite par **M. CHARCOT**, à la Salpêtrière (juin 1870).

Messieurs,

.... Dans son *Traité fondamental sur l'hystérie*, M. Briquet, bien qu'il n'accorde pas à l'histoire de la *contracture permanente* dont un ou plusieurs membres, chez les hystériques, peuvent être atteints, tout le développement qu'à mon sens elle comporte, trace cependant avec une grande sûreté de main les traits les plus saillants de ce symptôme. C'est là, écrit-il, une complication rare. Il ne l'avait, en effet, rencontrée que six fois à l'époque où il a publié son ouvrage. Dans un cas, la contracture occupait un seul membre ; dans deux autres, elle se présentait sous forme hémiplegique, et, dans les trois derniers, elle revêtait la forme paraplégique. Il est parfaitement exact que la contracture hystérique peut offrir tous ces aspects. Vous allez, du reste, vérifier le fait par vous-même, car je suis assez heureux pour pouvoir faire passer sous vos yeux deux malades qui présentent, l'une la forme hémiplegique (voy. *PLANCHE XXV*), l'autre la forme paraplégique de la contracture hystérique. Nous sommes ainsi mis à même de vous faire toucher du doigt les particularités les plus intéressantes relatives à cette manifestation singulière de l'hystérie.

#### § I.

A. Etchev..., aujourd'hui âgée de 42 ans, est atteinte depuis vingt mois d'hémiplegie gauche. Vous voyez le *membre supérieur* de

ce côté dans la demi-flexion ; il est le siège d'une rigidité considérable, ainsi qu'en témoignent la difficulté que l'on éprouve à exagérer la flexion et l'impossibilité d'obtenir l'extension complète (voy. PLANCHE XXV).

Le membre inférieur gauche est dans l'extension ; ses diverses parties sont, pour ainsi dire, dans une attitude forcée. Ainsi la cuisse est fortement étendue sur le bassin, la jambe sur la cuisse. Le pied offre la déformation de l'équin varus le plus prononcé. En outre, les muscles adducteurs de la cuisse sont, eux aussi, fortement contracturés. En somme, toutes les jointures sont également rigides, et le membre, dans son ensemble, forme comme une barre inflexible, car, en le saisissant par le pied, vous pourriez soulever tout d'une pièce la partie inférieure du corps de la malade. J'insiste sur cette attitude du membre inférieur, parce qu'elle est très-rare dans l'hémiplégie liée à l'existence d'une lésion cérébrale en foyer et qu'elle est, au contraire, pour ainsi dire, la règle, dans la contracture hystérique. Dans ce dernier cas, la flexion permanente de la cuisse et de la jambe, si j'en juge d'après mes observations, est un fait réellement exceptionnel.

Il s'agit là d'une contracture *permanente* dans l'acception rigoureuse du mot ; je me suis assuré qu'elle ne se modifie en rien pendant le sommeil le plus profond ; elle ne subit pas, dans la journée, d'alternatives d'aggravation et de rémission. Seul le sommeil provoqué par le chloroforme la fait disparaître instantanément.

Bien que, chez notre malade, la contracture hémiplégique date, je le répète, de près de deux ans, vous voyez que la nutrition des muscles n'a pas souffert sensiblement. J'ajouterai encore que la contractilité électrique est à peu près normale.

Je vous ferai remarquer, en passant, qu'en redressant fortement la pointe du pied, on détermine dans le membre inférieur contracturé une trémulation convulsive, qui persiste quelquefois pendant longtemps, alors que le pied, abandonné à lui-même, a repris son attitude primitive. Vous savez que cette même trémulation se rencontre très-habituellement dans la paralysie avec contracture, liée à une lésion organique spinale, lorsque les cordons latéraux sont sclérosés ; mais je l'ai observée également dans nombre de cas où la contracture hystérique s'est terminée par la guérison. Vous voyez par là que ce phénomène n'a pas, au point de vue du diagnostic anatomique, l'importance que quelques personnes lui ont accordée bien à tort.

A part la différence que nous avons signalée à propos de l'attitude du membre inférieur, toutes les particularités que nous venons de rappeler pourraient, à la rigueur, s'appliquer à un cas d'hémiplégie organique, résultant d'une lésion profonde de l'encéphale, hémorragie ou ramollissement par exemple.

Un nouveau trait de ressemblance est celui-ci : l'hémiplégie chez Etch... a débuté tout à coup, pendant une attaque. La malade, à la suite de cette attaque, est restée sans connaissance durant plusieurs jours.

Après avoir indiqué les analogies, il faut faire ressortir les différences. Elles sont nombreuses, péremptoires et, de fait, le plus souvent, rien n'est plus simple, en s'aidant de ces caractères presque toujours présents, que de rapporter la contracture hystérique à sa véritable origine.

1° Remarquez en premier lieu, Messieurs, l'absence de paralysie faciale et de déviation de la langue, tirée hors de la bouche. Vous savez que ces phénomènes existent au contraire toujours à un certain degré dans l'hémiplégie, par lésion en foyer du cerveau<sup>1</sup>.

2° Notez ensuite l'existence d'une analgésie et même d'une anesthésie pour ainsi dire absolue, étendue à toute la moitié du corps répondant au côté paralysé, occupant par suite la face, le tronc, etc. Cette altération de la sensibilité intéresse non-seulement la peau, mais encore les muscles et peut-être les os ; elle s'arrête exactement à la ligne médiane.

Cette sorte de généralisation de l'anesthésie à tout un côté du corps, tête, tronc et membres ; cette limitation, en quelque sorte géométrique, des parties anesthésiées par un plan vertical qui divise le corps en deux moitiés égales, appartiennent, pour ainsi dire, en propre à l'hystérie. Quoi qu'il en soit, ce symptôme ne s'observe jamais dans l'hémiplégie de cause cérébrale, et s'il s'agissait de l'hémiplégie spinale, c'est-à-dire résultant de la lésion d'une moitié unilatérale de la moelle épinière, l'anesthésie, ainsi que l'a montré Brown-Séquard, occuperait le côté du corps opposé à la paralysie motrice.

3° Nous avons à relever encore bien d'autres caractères distinc-

<sup>1</sup> Suivant M. Hasse (*Handb. der Pathol.*, etc., 2 Aufg. Erlangen, 1869), on devrait à M. Althaus d'avoir signalé l'absence de la paralysie faciale et de la déviation de la bouche et de la langue, dans l'hémiplégie hystérique. Il n'en est rien ; ce caractère se trouve déjà mis en relief dans les *Leçons sur le système nerveux*, de R. B. Todd.

tifs. La malade est intelligente et rien n'autorise à suspecter sa sincérité ; elle peut donc nous renseigner d'une façon véridique sur le mode d'évolution de son affection. Voici, en quelques mots, son histoire.

Il n'y aurait pas eu chez elle, semble-t-il, d'antécédents hystériques. La maladie a débuté à 54 ans, après une violente secousse morale, par une attaque avec perte de connaissance. Cette attaque, selon toute vraisemblance, a pris la forme épileptique de l'hystérie : Etch... pendant l'accès est tombée dans le feu et elle porte sur la figure des traces de la brûlure qu'elle s'est faite dans cette circonstance (voy. PLANCHE XXV). De nouvelles attaques, tantôt franchement hystériques, tantôt prenant quelques-uns des aspects de l'épilepsie, sont survenus, à plusieurs reprises, durant les années suivantes ; mais c'est à 40 ans que sont apparus les symptômes permanents de l'hystérie que nous avons à étudier aujourd'hui. Nous devons indiquer au milieu de quel concours de circonstances ils se sont développés, car nous trouverons là quelques traits caractéristiques.

a. Les règles, jusque-là régulières, se dérangent ; la malade a de temps en temps des vomissements de sang ; son ventre est le siège d'un ballonnement considérable avec douleur vive à la pression de la région ovarienne gauche ; douleur d'un caractère spécial, s'accompagnant de sensations particulières qui s'irradiaient vers la région épigastrique et que la malade reconnaissait comme précédant la plupart de ses attaques. Ces douleurs, comme d'ailleurs le ballonnement et la rétention d'urine, existent encore aujourd'hui.

b. Presque en même temps Etch... est affectée d'une *rétention d'urine* persistante qui nécessite habituellement le cathétérisme.

c. Les choses en étaient là lorsque, en octobre 1868, survient une attaque très-intense, accompagnée de convulsions et suivie d'un état apoplectiforme avec respiration stertoreuse ; c'est alors que débute tout à coup l'*hémiplegie*...

Eh bien, Messieurs, *ce ballonnement considérable du ventre, ces douleurs de la région ovarienne, cette rétention des urines*, constituent un ensemble de symptômes dont l'importance, au point de vue du diagnostic est à peu près décisive. Rien de semblable ne s'observe dans les prodromes des hémiplegies de cause cérébrale, et il est au contraire très-habituel de voir ces symptômes précéder l'apparition des phénomènes permanents de l'hystérie : hémiplegie ou paraplégie. C'est un point que M. Briquet n'a pas manqué de faire

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX



Planche XXVI.

**CONTRACTURE HYSTÉRIQUE**

FORME PARAPLÉGIQUE

ressortir; on le trouve également relevé comme il convient, du moins en ce qui concerne la paraplégie hystérique, par M. Laycock, dans les termes suivants : « La paralysie plus ou moins prononcée des extrémités inférieures, dans l'hystérie, est toujours accompagnée — il aurait pu ajouter : « et précédée » — par un degré correspondant de perturbation dans les fonctions des organes pelviens ; cette perturbation se traduit par la constipation, la tympanite, la paralysie vésicale, l'accroissement ou la diminution de la sécrétion urinaire, l'irritation ovarienne ou utérine, etc. » (*A Treatise on the nervous Diseases of Women*. London, 1840, p. 288.)

d. Lorsque Etch... est entrée à la Salpêtrière il y a un an (juin 1869), l'hémiplégie datait déjà de sept ou huit mois. Indépendamment de toutes les particularités, si caractéristiques, qui viennent d'être rappelées, l'état des membres paralysés pouvait, lui aussi, être invoqué en faveur de l'origine hystérique de la paralysie. Ainsi, tandis que le membre supérieur était dans un état de flaccidité complète, absolue, le membre inférieur présentait, au genou, une rigidité très-marquée. Ce serait là une anomalie considérable dans un cas d'hémiplégie consécutive à une lésion cérébrale, car en pareil cas la rigidité tardive se manifeste toujours de préférence dans le membre supérieur.

e. La contracture, qui, aujourd'hui, occupe le membre supérieur, date de quelques mois seulement et elle s'est développée tout à coup sans transition à la suite d'une attaque. Ce n'est pas de la sorte, vous le savez, que procède la contracture tardive dans l'hémiplégie due à l'hémorrhagie ou au ramollissement du cerveau ; constamment dans ce dernier cas, la contracture s'établit lentement, d'une manière progressive.

Ainsi, Messieurs, en tenant compte de toutes les circonstances qui viennent d'être énumérées, rien n'est plus facile que de reconnaître chez Etch... la véritable cause du mal. Il en sera de même encore dans le fait suivant, qui est relatif à un cas de paraplégie hystérique.

B. Alb..., âgée de 24 ans, enfant trouvé, est atteinte depuis deux ans environ d'une contracture permanente des membres inférieurs (voy. PLANCHE XXVI) qui sont, comme vous pouvez le constater, dans l'extension et tout à fait rigides. De même que chez Etch..., la contractilité musculaire n'est pas amoindrie. Les membres sont amaigris, mais d'une façon générale, et cet amaigrissement tient à ce que

la malade est affectée de vomissements presque incoercibles qui l'empêchent de s'alimenter suffisamment. On note, en outre, une analgésie à peu près complète des membres paralysés.

Voici maintenant des circonstances vraiment décisives qui permettent d'établir le diagnostic.

1° Alb... a des attaques hystériques depuis l'âge de 16 ans ; — 2° elle est atteinte, depuis quatre ans, d'une rétention d'urine réclamant ordinairement le cathétérisme ; — 3° elle présente un ballonnement énorme de l'abdomen ; — 4° les régions ovariennes sont douloureuses à la pression, et en insistant un peu dans l'exploration, on ne tarderait pas à provoquer une attaque hystérique ; — 5° la contracture des membres inférieurs est survenue tout d'un coup, sans transition, et c'est là un point que nous avons fait ressortir déjà dans l'observation précédente. Or de semblables symptômes ne s'observent pas dans la progression de la sclérose des cordons latéraux....

## § II.

Ainsi, Messieurs, rien de plus simple, je le répète, que l'interprétation clinique de ces deux cas, en ce qui concerne le diagnostic. Mais voici le point où, dans ces cas même et dans les cas analogues, des difficultés sérieuses peuvent surgir.

Qu'advendra-t-il de ces malades ? Depuis 2 ou 3 ans, la paralysie avec contracture a persisté, chez elles, sans amendement. Cette contracture pourra-t-elle se résoudre quelque jour, ou, au contraire, doit-elle persister indéfiniment et constituer de la sorte une infirmité incurable ? Voilà des questions que nous devons poser sans nous engager, toutefois, à y répondre d'une façon catégorique.

A. Il est possible que, malgré sa longue durée, cette contracture disparaisse sans laisser de traces ; demain peut-être, dans quelques jours, dans un an ; on ne peut rien préjuger à cet égard. *En tout cas, si la guérison a lieu, elle pourra être soudaine*<sup>1</sup>. Du jour au lendemain, tout peut rentrer dans l'ordre et s'il se trouve qu'à cette époque, la diathèse hystérique soit épuisée, ces malades reprendront la vie commune.

<sup>1</sup> « Une femme sera restée confinée au lit pendant plusieurs mois, tout à fait incapable de se servir de ses membres inférieurs ; le médecin aura abandonné tout espoir de lui être secourable, lorsque, tout à coup, sous l'influence d'une cause morale puissante, on la verra sortir de son lit *« no longer the victim*

A ce propos, Messieurs, je ne puis pas ne point m'arrêter un instant devant ces guérisons rapides, inespérées souvent, d'un mal qui pendant si longtemps se sera fait remarquer par sa ténacité et par sa résistance à tous les agents thérapeutiques. Une émotion morale vive, un ensemble d'événements qui frappent fortement l'imagination, la réapparition des règles depuis longtemps supprimées, etc., sont fréquemment l'occasion de ces prompts guérisons.

J'ai vu dans cet hospice trois cas de ce genre que je vous demande la permission de résumer brièvement.

1° Dans le premier cas, il s'agissait d'une contracture d'un membre inférieur datant de quatre ans au moins. En raison de l'inconduite de la malade, je fus obligé de lui adresser une vigoureuse sermonce et de lui déclarer que je la renvoyais. Dès le lendemain, la contracture avait entièrement cessé. Ce fait est d'autant plus important, que l'hystérie convulsive n'existait plus que dans les souvenirs de cette femme. Depuis deux ou trois ans, la contracture était la seule manifestation de la grande névrose.

2° Le second cas concerne une femme également atteinte d'une contracture limitée à un seul membre. Les crises hystériques proprement dites avaient depuis longtemps disparu. Cette femme fut accusée de vol : la contracture, qui avait duré plus de deux ans, se dissipa tout à coup à l'occasion de l'ébranlement moral que produisit cette accusation.

3° Dans le troisième cas, la contracture avait pris la forme hémiplegique ; elle affectait le côté droit et était surtout prononcée au membre supérieur. La guérison survint presque tout à coup, 18 mois après le début, à la suite d'une vive contrariété. Il n'y avait pas alors d'anesthésie. La malade, tout en avouant avoir éprouvé des troubles nerveux bizarres, niait l'existence passée de véritables attaques hystériques.

Il faut bien connaître, Messieurs, la possibilité de ces guérisons qui, aujourd'hui encore, font crier au miracle, mais dont les charlatans seuls se font gloire. Avant notre siècle, ces faits-là étaient souvent invoqués lorsqu'il s'agissait d'établir devant les plus incré-

*of nerves but the vanquisher,* » comme dit Thomas Carlyle, et se mettre à marcher tout aussi bien que si elle n'eût jamais été atteinte de paraplégie. C'est là une des terminaisons de la paraplégie hystérique que le médecin ne doit pas perdre de vue et qui montre bien le danger qu'il y aurait pour lui à décréter l'incurabilité dans les cas de ce genre. » (Th. Laycock, *A Treatise on the nervous Diseases of Women*. London, 1840, p. 289.)

dules l'influence du surnaturel en thérapeutique. A ce point de vue, vous lirez avec intérêt un article publié dans la *Revue de philosophie positive* (1<sup>er</sup> avril 1869) par le vénérable M. Littré<sup>1</sup>. Je fais allusion à un écrit intitulé *un Fragment de médecine rétrospective* et dans lequel on trouve l'histoire de plusieurs cas de *paralysie* guérie après des pèlerinages faits à Saint-Denis, au tombeau où les restes du roi Louis IX venaient d'être déposés. Trois de ces cas surtout sont intéressants pour nous à cause de la précision des détails. Ils se rapportent à des femmes jeunes encore, frappées subitement de contracture de l'un des membres inférieurs ou des deux membres du même côté du corps, lesquels présentaient en outre une anesthésie considérable. Chez ces femmes, la guérison était survenue tout d'un coup, au milieu de circonstances bien propres à émouvoir l'imagination. Vous voyez, Messieurs, que les choses ont peu changé depuis la fin du treizième siècle.

B. Mais si la guérison de ces malades est possible, vraisemblable même, elle n'est pas nécessaire, et il peut se faire que la contracture persiste à titre d'infirmité incurable. Voilà une assertion qu'il ne me sera pas difficile de justifier. Mais, permettez-moi de vous faire remarquer tout d'abord, que vous ne trouverez dans la plupart des auteurs, sur ce sujet, que des assertions vagues, incertaines, vraiment peu satisfaisantes....

a. Je vous présente une femme, âgée maintenant de 55 ans et qui, il y a 18 ans, fut prise à la suite d'une attaque hystérique de la paraplégie avec contracture dont vous pouvez encore aujourd'hui reconnaître les principaux caractères. La contracture à l'origine s'amendait de temps à autre temporairement. Mais depuis plus de 16 ans, elle n'a jamais subi la moindre modification ; il s'agit ici, encore actuellement, d'une véritable rigidité des muscles avec prédominance de l'action des extenseurs et des adducteurs ; même après 16 ans d'immobilité des membres inférieurs, les parties ligamenteuses n'y sont pour rien, du moins aux genoux, ainsi qu'une exploration, faite alors que la malade avait été soumise à l'anesthésie du chloroforme, nous a permis de le vérifier. Seule, la déformation des pieds, qui rappelle celle du varus équin, ne s'est point modifiée pendant le sommeil chloroformique, les muscles des jambes et des cuisses sont notablement atrophiés, la contractilité

<sup>1</sup> *La Philosophie positive*, Revue, etc., t. V, 1869, p. 105.

faradique y est amoindrie. Depuis plusieurs années, l'hystérie paraît complètement épuisée chez cette femme, et il est devenu fort peu probable qu'aucun événement puisse, chez elle, rien changer désormais à l'état des membres inférieurs.

b. Quelle condition est donc survenue et a entretenu ainsi l'existence de cette paralysie avec rigidité des membres? Evidemment, dans les cas récents de contracture hystérique, la modification organique, quelle qu'elle soit, quelque siège qu'elle occupe, qui produit la rigidité permanente, est très-légère, très-fugace, puisque les symptômes qui lui correspondent peuvent disparaître tout à coup sans transition. Il est certain qu'avec les moyens d'investigation dont nous disposons aujourd'hui, la nécroscopie la plus minutieuse ne serait pas en état de retrouver, en pareil cas, les traces de cette altération. Mais en est-il de même dans les cas invétérés? Non, Messieurs; je crois pouvoir avancer, en me fondant sur la connaissance d'un fait analogue, que, chez cette femme, il s'est produit, à une certaine époque, une lésion scléreuse des cordons latéraux, lésion que la nécroscopie permettrait actuellement de reconnaître.

Il m'est arrivé en effet d'observer une fois, chez une femme hystérique, atteinte, depuis une dizaine d'années, de contracture des quatre membres et dont le début avait été subit, une sclérose qui occupait symétriquement, et à peu près dans toute la hauteur de la moelle, les cordons latéraux. A diverses reprises, cette femme avait vu la contracture céder temporairement, mais, après un dernier accès, celle-ci était devenue définitive<sup>1</sup>.

Des faits qui précèdent il est sans doute légitime de tirer quelques inductions relatives à la physiologie pathologique de la contracture hystérique. D'après les considérations que nous avons émises, les cordons latéraux, ou tout au moins leur partie postérieure — celle qui tient sous sa dépendance la contracture permanente dans les cas de scléroses en plaques ou fasciculées — ces cordons, dis-je, sont désignés comme étant le siège de modifications organiques, d'abord temporaires, et qui donneraient lieu aux contractures hystériques. A la longue, ces modifications quelles qu'elles soient, font place à des altérations matérielles plus profondes : une sclérose véritable s'établit. Peut-être n'est-elle pas au-dessus des ressources de l'art; mais, dans tous les cas, elle ne permet très-certai-

<sup>1</sup> *Société médicale des hôpitaux*. Séance du 25 janvier 1865.

nement plus d'espérer cette brusque disparition des contractures qui constitue un des caractères les plus frappants de la maladie lorsqu'elle n'est pas parvenue encore aux phases les plus avancées de son évolution.

Existe-t-il quelque signe qui permette d'indiquer, à coup sûr, le caractère du cas, de savoir par exemple si la sclérose a définitivement ou non élu domicile dans les cordons latéraux? Je ne crois pas, Messieurs, que l'on puisse, dans l'état actuel de la science, signaler un seul symptôme qui présente à cet égard une valeur pronostique absolue.

La *tremulation convulsive* des membres contracturés, provoquée ou survenant spontanément (*épilepsie spinale tonique*), — un certain degré d'émaciation des masses musculaires, — un peu d'amoindrissement dans l'énergie de la contractilité électrique, ne devraient pas, si j'en juge d'après les observations qui me sont propres, faire désespérer complètement de voir la contracture disparaître sans laisser de traces. Au contraire, l'atrophie limitée plus particulièrement à certains groupes de muscles, surtout s'il s'y joignait des contractions fibrillaires analogues à celles qu'on observe dans l'atrophie musculaire progressive et un affaiblissement très-notable de la contractilité faradique devraient faire supposer que, non-seulement les cordons latéraux sont profondément lésés, mais que, en outre, les *cornes antérieures de la substance grise* ont été envahies. Je n'ai observé, jusqu'à présent, ces derniers symptômes que dans des cas de contracture hystérique de date très-ancienne et qui ne laissaient plus guère d'espoir de voir les membres affectés reprendre jamais leurs fonctions normales.

J'ajouterai enfin que l'existence d'une lésion organique spinale plus ou moins profonde serait mise à peu près hors de doute si, sous l'influence du sommeil déterminé par le chloroforme, la rigidité des membres ne s'effaçait que lentement ou persistait même à un degré prononcé.

A mon avis, tant que ces symptômes ne sont pas nettement accusés, il ne faut désespérer de rien. Il importe, d'ailleurs, de ne pas oublier que la *sclérose latérale*, alors même qu'elle est parfaitement établie, n'est pas, tant s'en faut, j'espère vous en donner bientôt la preuve, une affection incurable.

Chez les malades sur lesquelles je viens d'appeler votre attention, la contracture occupait soit la totalité d'un membre, soit même deux membres, ou plus encore. Mais il est des cas où la rigidité

spasmodique reste limitée à quelque partie d'un membre, au pied par exemple et produit une sorte de *pied bot hystérique* (*Talipedal Distorsions* de T. Laycock). Tout récemment le Dr R. Boddaert a communiqué à la Société de médecine de Gand<sup>1</sup> un cas de ce genre fort intéressant. La contracture avait donné lieu à la déformation connue sous le nom de pied bot varus. Des faits analogues ont été recueillis et publiés par le Dr Little<sup>2</sup>, par C. Bell<sup>3</sup>, par M. F. C. Skey<sup>4</sup> et par quelques autres auteurs.

Si je ne me trouvais retenu par certaines convenances, je pourrais, Messieurs, rapporter à mon tour dans tous ses détails l'histoire d'un cas qui rappelle celui qu'a publié M. Boddaert. Qu'il me suffise de vous dire qu'une jeune fille, âgée actuellement de 22 ans, très-nerveuse et appartenant à une famille où les affections nerveuses prédominent, fut prise, il y a trois ans, tout à coup, sans cause connue et sans avoir offert jusque-là de symptômes caractérisés d'hystérie, d'une contracture douloureuse des muscles de la jambe gauche. Cette contracture, qui imprime au pied l'attitude du varus équin le plus accentué, avait cédé d'abord, pendant la première année, à plusieurs reprises; mais, depuis près de deux ans, elle paraît définitive (juin 1870). Plusieurs des muscles de la jambe ont subi une atrophie profonde; ils présentent, en outre, des contractions fibrillaires très-accusées et répondent mal aux excitations électriques. Je crois, par conséquent, qu'il y a peu de chances de voir la contracture se résoudre, d'autant plus qu'elle ne s'amende que très-imparfaitement durant le sommeil produit par le chloroforme. Je signalerai encore une particularité fort intéressante, au point de vue clinique: chez cette jeune malade, les attaques hystériques se sont manifestées seulement dans le courant des derniers mois...

<sup>1</sup> *Annales de la Société de médecine de Gand*, 1869, p. 95.

<sup>2</sup> *A Treatise on the Nature and Treatment of club foot and analog. Distorsions*. London, 1859. Case, 25.

<sup>3</sup> *The nervous System of the Human Body*, 5<sup>e</sup> édit. 1856. Aff. case 177.

<sup>4</sup> *Hysteria, etc. Six lectures delivered to the students of St-Bartholomew's Hospital*. 1866, 5<sup>e</sup> édit. London, 1870, p. 102.

## PATHOLOGIE EXTERNE

---

### KYSTES DE LA RATE

PAR G. PELTIER, INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Les kystes de la rate sont surtout des kystes séreux et des kystes hydatiques. Comme ils ne diffèrent entre eux qu'au point de vue des caractères anatomiques, — comme leur symptomatologie, leur diagnostic et le traitement qu'ils réclament sont les mêmes, — on ne sera pas surpris de nous les voir placer dans un même chapitre et de ne pas en faire une étude séparée.

#### I. BIBLIOGRAPHIE.

- BARRET. — *Kystes hydatiques développés dans le bassin et dans la rate.* (*Bulletins de la Soc. anat.*, t. III, p. 168, année 1820.)
- POMMIER. — *Kyste hydatique volumineux de la rate méconnu pendant la vie.* (*Soc. anat.*, t. XV, p. 170, année 1852.)
- LIVOIS. — *Recherches sur l'échinocoque chez l'homme et les animaux.* (Thèse de Paris, 1845.)
- BAUVAIS. — *Kystes hydatiques du foie, de la rate et du bassin.* (*Soc. anat.*, t. XX, p. 75, année 1845.)
- DEGAILLE. — *Kyste hydatique de la rate, pris pour un abcès froid.* (*Soc. anat.*, t. XXV, p. 112, année 1850.)
- GAILLET. — *Kystes hydatiques multiples, pris pour un kyste de l'ovaire.* (*Bull. Soc. anat.*, t. XXVII, p. 519, année 1852.)
- BROCA. — *Kyste hydatique de la rate.* (*Soc. anat.*, t. XXVII, p. 275, année 1852.)
- VOISIN. — *Kyste hydatique de la rate et du foie, méconnu pendant la vie.* (*Soc. anat.*, t. XXVII, p. 116, année 1852.)
- LEUDET. — *Kyste séreux multiloculaire de la rate.* (*Soc. anat.*, t. XXVII, p. 120, année 1855.)
- RAMBEAU. — *Kyste hydatique de la rate.* (*Bull. Soc. anat.*, t. XXIX, p. 541, année 1854.)
- VERNOIS. — *Hydatide du foie, de la rate et des poumons.* (*Soc. anat.*, t. XXIX, p. 406, année 1854.)
- DUBOUÉ. — *Kyste hydatique de la rate, du volume du poing, méconnu pendant la vie.* (*Bull. Soc. anat.*, t. XXXI, p. 155, année 1856.)

- DAVAINE. — *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses.* (Paris, 1860.)
- MICHON. — *Kyste hydatique de la rate* (in thèse de Magdelain), 1860.
- BÉRAUD. — Thèse de Paris, 1868.
- MAGDELAIN. — *Des kystes séreux et acéphalocystiques de la rate.* — Thèse de Paris, 1868.
- FINSEN. — *Les échinocoques en Islande* (Arch. de méd., VI<sup>e</sup> série, t. XIII, p. 23, année 1869.)
- CHOUPPE. — *Kyste hydatique de la rate en voie de régression.* (Bull. Soc. anat., p. 50, année 1870.)

II. ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Commençons par les caractères anatomiques des *kystes séreux*. — Développés dans l'épaisseur même du parenchyme de la rate, ces kystes peuvent être uniloculaires ou multiloculaires ; ils sont, par conséquent, formés d'une ou plusieurs cavités limitées par des parois. Ces parois sont tapissées d'une membrane blanchâtre, comme fibreuse, revêtue d'épithélium pavimenteux ; il en est de même des loges qui divisent la cavité dans les kystes multiloculaires. Quant au contenu, c'est de la sérosité sans boue splénique, ni hydatides ; cette sérosité peut renfermer quelques globules sanguins, quelques leucocytes, des cristaux de cholestérine ; elle précipite par l'acide nitrique et se coagule par la chaleur.

Les *kystes hydatiques* de la rate paraissent être plus fréquents que les kystes séreux ; ils sont rarement primitifs, et alors qu'on les trouve dans la rate, il y en a le plus souvent dans d'autres organes, dans le foie surtout. Ils ne présentent d'ailleurs, dans cet organe, rien de particulier. Ils peuvent être simples ou multiples ; leur volume est très-variable, depuis celui d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'une grosse pomme et plus. Ainsi, M. Pommier (Bull. Soc. anat., t. XV, p. 170) a présenté un kyste de la rate qui avait 27 centimètres de circonférence, 24 centimètres de diamètre longitudinal et 25 centimètres de diamètre transversal. Celui que M. Chouppe présenta en 1870 avait une circonférence de 57 centimètres, occupait tout l'hypochondre gauche, s'avancait jusqu'à l'ombilic et descendait dans la fosse iliaque correspondante. Le poids du kyste, avant l'ouverture, était de 2040 grammes ; après, il était de 557 grammes. — Les parois sont formées par une membrane lisse, homogène, élastique ; les hydatides nagent au milieu d'un liquide qui est généralement d'une limpidité parfaite, mais qui cependant

peut être jaunâtre, orangé, purulent, limoneux ; le principal caractère chimique de ce liquide est d'être *non coagulable par la chaleur et les acides*. Il laisse déposer par l'évaporation spontanée des cristaux de chlorure de sodium. (Cl. Bernard et Axenfeld.)

III. SYMPTOMATOLOGIE. — Quand ils sont peu volumineux, les kystes de la rate passent généralement inaperçus ; mais il n'en est pas toujours ainsi ; assez souvent ils prennent un accroissement rapide, et ont de la tendance à se porter vers la partie inférieure ou vers la face interne de l'organe. — Rien de plus naturel ; ces tumeurs font saillie du côté où elles éprouvent le moins de résistance, en refoulant les intestins en bas et à droite. Devenus volumineux, les kystes donnent lieu à certains troubles et présentent certains symptômes qu'il nous faut étudier.

Ces symptômes sont physiologiques et physiques. Dans les premiers, nous rangerons la *douleur* et la *gêne* occasionnées par la tumeur, ainsi que les troubles produits du côté des voies digestives et respiratoires ; dans les seconds, nous rangerons la tumeur avec ses caractères fournis par l'inspection, par la palpation et la percussion.

Du côté des voies digestives, nous devons signaler surtout la gastralgie, quelquefois des vomissements, de la difficulté de la digestion, troubles produits par la compression ou les tiraillements exercés par la rate sur l'estomac. Compriment parfois l'angle des côlons transverse et descendant, les kystes de la rate peuvent être un obstacle au libre cours des matières et produire une obstruction intestinale passagère. Du côté des voies respiratoires, notons seulement la gêne de la respiration produite par la tumeur s'opposant à la dilatation de la cage thoracique, et, dans quelques cas même, refoulant le poumon et le cœur.

Par l'*inspection*, on pourra constater une déformation au niveau de l'hypochondre gauche, ainsi que le soulèvement des fausses côtes gauches ; la *palpation* fera reconnaître une tumeur abdominale dont l'extrémité inférieure sera vers l'ombilic ou même dans la fosse iliaque gauche, tumeur où quelquefois on pourra percevoir de la fluctuation plus ou moins nettement suivant l'épaisseur des parois. — Par la *percussion*, on trouvera généralement une augmentation considérable du volume de la rate.

C'est encore par la percussion que l'on pourra sentir le *frémissement* hydatique ; pour cela, il faut que le kyste soit superficiel, et en-

core ce sera un signe assez délicat, puisque nous ne voyons dans aucun cas que ce signe ait été observé par le clinicien.

Ainsi donc, pour nous résumer, disons avec M. Magdelain :

« Déformation au niveau de l'hypochondre gauche et des régions contiguës, tumeur plus ou moins fluctuante, matité complète au niveau de cette tumeur, matité se confondant avec celle de la rate, déplacement plus ou moins exagéré des organes voisins, troubles digestifs variés, difficulté de la respiration, augmentant quelquefois à la suite de l'ingestion des aliments dans la cavité stomacale, et si nous y ajoutons la douleur obtuse au niveau de l'hypochondre gauche dont se plaignent quelquefois les malades, nous aurons résumé tous les symptômes des kystes volumineux de la rate. »

§ IV. MARCHE ET DURÉE ; PRONOSTIC. — Les kystes de la rate ont peu de tendance à s'arrêter dans leur développement ; ils deviennent de plus en plus volumineux, et peut-être pourraient-ils par une distension trop considérable se rompre dans l'abdomen et amener une péritonite mortelle ; nous n'avons cependant pas d'observation à l'appui de cette manière de voir, de cette hypothèse si l'on aime mieux. — Nous ajouterons également qu'on n'a pas noté de guérison spontanée de ces kystes de la rate.

Quelquefois ils peuvent rester à peu près stationnaires, d'autres fois ils se terminent par l'inflammation et la suppuration. — Quand ces kystes s'enflamment, soit spontanément, soit à la suite d'une contusion, il se développe une douleur vive dans l'hypochondre gauche ; une fièvre intense survient ; l'adynamie propre aux suppurations profondes se déclare et emporte généralement le malade.

La durée de cette maladie est tout à fait indéterminée. — Le début est lent, ordinairement inaperçu, la marche progressive, déterminant des accidents plus ou moins tardifs, mettant tôt ou tard en danger la vie du malade. — C'est dire assez que nous regardons l'affection comme grave.

§ V. ÉTIOLOGIE. — Dire à quelle cause il faut rattacher les kystes séreux de la rate nous est complètement impossible. L'origine des kystes hydatiques est peut-être un peu moins obscure. — Les échinocoques, en effet, appartiennent surtout à l'âge moyen de la vie ; on les rencontre rarement dans l'enfance et la vieillesse. Dans les observations que j'ai consultées, le plus jeune des malades avait 14 ans, le plus âgé 50 ans ; l'âge du plus grand nombre variait

de 20 à 35 ans. — Les hydatides ont été observés un peu partout ; rares en Amérique, on les rencontre assez souvent en France, mais bien plus souvent en Allemagne et surtout en Islande.

Nous devons dire que la rate est un des organes dans lesquels on rencontre le plus rarement les hydatides ; ainsi, d'après des chiffres précis empruntés à J. Finsen, qui a surtout observé cette maladie en Islande, voici comment se répartissent 255 cas d'affections hydatiques :

POINT DE DÉPART	HOMMES	FEMMES	TOTAL	POUR 100
Foie. . . . .	56	120	176	69,4
Reins. . . . .	1	2	5	1,17
Rate. . . . .	1	1	2	0,78
Abdomen. . . . .	11	43	54	21,17
Poumons. . . . .	2	5	7	2,7
Tête. . . . .	1	3	4	1,5
Nuque. . . . .	0	1	1	0,59
Région sus-épineuse. . . . .	0	2	2	0,78
— sous-claviculaire. . . . .	0	1	1	0,59
— axillaire . . . . .	1	1	2	0,78
Sein. . . . .	0	1	1	0,59
Bras. . . . .	0	1	1	0,59
Cuisse. . . . .	1	0	1	0,59

Les contusions de la rate, accusées autrefois de provoquer le développement des échinocoques, peuvent tout au plus aider à fixer dans un point déterminé la production morbide. Il ne faut donc y attacher qu'une importance tout à fait secondaire.

§ VI. DIAGNOSTIC. — Au début de la maladie, le diagnostic est *impossible*. — Plus tard, quand le kyste est volumineux, très-volumineux même, le diagnostic est encore *difficile*.

Que faut-il pour arriver à des résultats un peu certains ? D'abord il faut penser que l'on peut avoir affaire à une tumeur de la rate, et ensuite il faut apporter un soin extrême à l'examen des organes abdominaux ; on les explorera autant que possible un à un, et on fera usage de tous les moyens dont on peut disposer : inspection, palpation, percussion, toucher, changement de position des malades, auscultation.

Ceci posé, voyons brièvement quelles sont les maladies avec lesquelles les kystes de la rate peuvent être le plus facilement confondus : nous trouvons l'hypertrophie de la rate, les abcès des parois abdominales, les tumeurs du foie et du rein, et les tumeurs du bassin, surtout chez la femme.

Dans l'hypertrophie simple, la rate conserve toujours sa forme primitive ; le kyste au contraire déforme l'organe, et on ne sent plus son bord antérieur, qui est tranchant dans le premier cas. Les commémoratifs seront utiles et la percussion pourrait aussi donner un symptôme précieux, — la différence dans la matité.

Les abcès des parois abdominales viennent à la suite de contusions, de violents efforts ; ils sont symptomatiques d'une carie des côtes. — Les commémoratifs seront donc ici d'une grande utilité.

Les kystes du rein ont été plusieurs fois observés ; ce sont certainement les tumeurs qu'il est le plus difficile de différencier des kystes de la rate ; quand on n'aura pas de signes certains d'affection rénale, telles que coliques néphrétiques, expulsion d'hydatides, le mieux sera de se tenir dans une sage réserve.

Il est plus aisé de faire le diagnostic avec les tumeurs du foie ; le siège de la matité est tout différent, et généralement entre la tumeur quand elle appartient au foie et la matité donnée par la rate, se trouve interposée la sonorité due à l'estomac ou à une anse intestinale.

On peut encore confondre les kystes de la rate avec les *kystes de l'ovaire* ; tel est surtout le cas de la jeune fille opérée en 1867, par M. Péan, et chez laquelle rien avant l'opération ne faisait prévoir que l'on avait affaire à un kyste développé dans le tissu splénique.

VII. TRAITEMENT. — Lorsqu'on a été assez heureux pour parvenir à poser d'une façon certaine le diagnostic : kyste de la rate, que reste-t-il à faire ?

Disons de suite qu'il ne faut rien attendre du traitement médical ; le calomel, le chlorure de sodium, l'iodure de potassium, vantés et préconisés tour à tour sont, complètement impuissants. — Si donc la tumeur kystique vient à causer des accidents sérieux, soit du côté des voies digestives, soit surtout du côté des voies respiratoires, il faut intervenir chirurgicalement.

Le traitement chirurgical a produit un certain nombre de guéri-

sons ; quelquefois aussi il a tué rapidement le malade. Le traitement comprend différentes méthodes :

1<sup>o</sup> *La ponction simple.* — On la fait avec des trocarts de différentes grosseurs : assez souvent inoffensive, elle peut cependant déterminer l'inflammation et la suppuration du kyste. — Cette méthode compte quelques succès ; mais souvent la guérison n'est pas complète, et l'on est obligé d'avoir recours à des procédés plus compliqués.

2<sup>o</sup> *Ponction suivie d'injection de teinture d'iode.* — C'est là un bon moyen ; on fait la ponction avec un trocart un peu volumineux et on injecte une solution de teinture d'iode (solution au tiers). On a pour but ainsi de déterminer une inflammation adhésive, en vertu de laquelle les parois du kyste finissent par s'adosser ; assez souvent la guérison est définitive.

S'il n'en était pas ainsi, le meilleur moyen serait peut-être alors de faire l'ouverture du kyste à l'aide des caustiques ; c'est là ce qui constitue le procédé de Récamier.

3<sup>o</sup> *Ouverture du kyste par les caustiques.* — Établir une communication entre le kyste et l'air extérieur par une ouverture aussi large qu'on la veut, ouverture environnée d'adhérences certaines entre le kyste et la paroi abdominale, tel est le but qu'on atteint par l'emploi de ce procédé. On cherche le point du kyste le plus nettement fluctuant, on y applique une certaine quantité de caustique de Vienne avec les précautions ordinaires. Deux ou trois jours après, on incise l'eschare avec le bistouri, on l'enlève en partie, et on fait une nouvelle application de caustique et ainsi de suite jusqu'à ce qu'on ait atteint le fascia qui double le péritoine. Lorsque l'eschare est prête à s'éliminer, on peut, avec le bistouri, pénétrer dans le kyste. On devra toutefois s'assurer que ce dernier temps de l'opération n'a provoqué aucune hémorrhagie, ni à l'intérieur ni à l'extérieur. Le kyste ainsi vidé, on y injecte de la teinture d'iode étendue d'eau et on laisse une mèche dans la plaie.

Le seul reproche qu'on puisse faire à ces applications de caustique, c'est d'être douloureuses ; mais que devient ce désagrément en présence des garanties qu'on peut ainsi offrir aux malades ?

Tel est le procédé le plus généralement suivi et auquel nous sommes d'avis de donner la préférence.

On ne devra avoir recours qu'à la dernière extrémité à la *splénotomie*, qui cependant a donné plusieurs succès, un à Zacerelli et Fioraventi, et un autre, qui, il y a quelques années, fit beaucoup de bruit

dans le monde médical : je veux parler de l'admirable résultat qu'a obtenu M. le docteur Péan. (Voy. Magdelain, Thèses de Paris, 1868.)

## PATHOLOGIE INTERNE

### NÉURALGIE SCIATIQUE DROITE, COMPLIQUÉE D'UNE ÉRUPTION FURONCULEUSE RÉPONDANT AU TRAJET DU NERF SCIATIQUE

PAR BOURNEVILLE

Dans ces dernières années, différents auteurs et, en particulier, MM. Baerensprung, Charcot, Cotard, Gehrardt, Henle, Rouget, Russell, Samuel, etc.<sup>1</sup>, ont publié des observations d'éruptions cutanées (zona, ecthyma, etc.), développées sous l'influence d'une lésion spontanée des nerfs. Jusqu'ici il semble qu'on n'ait pas eu encore l'occasion de voir survenir, dans des conditions semblables, des éruptions furonculeuses ; aussi est-ce là l'un des motifs qui nous ont fait songer à rapporter l'observation suivante :

**OBSERVATION.** — *Trois attaques de névralgie sciatique. — Influence de l'humidité. — Caractères de la névralgie. — Éruption de furoncles ; leur distribution. — Traitement des furoncles.*

Thom... François, âgé de 35 ans, bijoutier, est entré le 22 juillet 1869 à l'hôpital Saint-Louis (service de M. HARDY). Il raconte qu'il a eu une *névralgie sciatique droite* en 1864. Elle serait survenue alors qu'il habitait depuis près d'un an un logement humide. Cette influence est d'autant plus admissible qu'il couchait le long du mur, dont le papier se décollait par l'humidité. Traité à la consultation de l'hôpital par les douches de vapeur, il guérit en un mois.

En 1867, la névralgie sciatique se montra de nouveau, et du même côté, mais avec moins d'intensité ; elle disparut au bout de quinze jours, sous l'action des douches de vapeur unies aux fumigations aromatiques.

Le 11 juillet dernier, la névralgie est revenue tout d'un coup. Elle a débuté par une sensation d'engourdissement, d'abord circonscrite, puis étendue à tout le membre et par une douleur occupant le centre de la fesse droite. Le lendemain, la sensation d'engour-

<sup>1</sup> Voy. *Mouvement médical*, 1866, p. 196.

dissement avait diminué ; mais en revanche, les douleurs de nature lancinante avaient augmenté et envahi d'autres parties du membre, de telle sorte qu'il lui était impossible de rester debout. Ces douleurs, pour ainsi dire continuelles, présentent des exacerbations à minuit et vers deux heures de l'après-midi. Les paroxysmes persistent environ durant une demi-heure. Le décubitus latéral gauche est la position la mieux supportable. Le malade éprouve en outre des engourdissements dans le pied droit : ils durent 15 à 20 minutes et se manifestent une ou deux fois dans les 24 heures.

Le palper fait découvrir les *points névralgiques* suivants : 1° au centre de la région fessière ; 2° vers le quart supérieur et postérieur de la cuisse ; 3° et 4° au niveau des condyles du fémur ; 5° en arrière de la malléole externe.

Jamais le membre inférieur gauche n'a été atteint ; jamais non plus Th... n'a eu de névralgies dans les autres parties du corps. Il n'est pas nerveux, est fort et assez grand.

Jusqu'au 19 juillet, la névralgie sciatique ne différait en rien du type classique. Mais ce jour-là, et dans un temps assez court, le malade a vu se développer une série de *furuncles*, disposés d'une façon générale *sur le trajet du nerf sciatique* et de ses principales divisions. Quatre siégeaient à la partie moyenne du bord interne du biceps crural ; un autre vers le milieu de la face postérieure de la cuisse ; un à la partie supérieure du creux poplité ; trois le long du tiers moyen et du bord externe du tibia ; deux au centre du mollet ; deux autres entre les deux groupes précédents ; enfin les deux derniers sont placés de chaque côté du péroné, dans son quart inférieur. Nous ne pouvons nous empêcher, dès maintenant, de signaler la distribution des furuncles le long du nerf sciatique et, en particulier, de la branche poplité externe et de ses rameaux qui, à la jambe, est le nerf le plus vivement affecté.

Un autre phénomène, qu'il importe aussi de mentionner, c'est la diminution remarquable des douleurs lancinantes qui coïncida avec l'apparition de l'éruption furonculaire. Depuis lors les douleurs ont toujours été moins intenses.

L'éruption furonculaire est parfaitement circonscrite au membre inférieur droit et elle n'a été précédée d'aucun trouble général : Enfin c'est la première fois que le malade a de semblables accidents.

Les traitements employés avant l'admission à l'hôpital ont consisté en douches de vapeur, frictions avec l'alcool puis avec l'essence de térébenthine.

Dans sa leçon du 24 juillet, M. Hardy a émis, à propos de ce malade les considérations suivantes : « La multiplicité des furoncles, leur siège sur le trajet des nerfs, leur répartition par groupes, rappellent ce qu'on observe dans le *zona*. Jamais je n'avais rencontré cette coïncidence des furoncles avec une névralgie. Aussi ai-je pensé qu'il y avait peut-être entre eux un intermédiaire. Cet intermédiaire, est-ce la térébenthine? Je n'oserais l'affirmer, car si ce médicament détermine souvent un érythème, je ne l'ai vu, en aucune circonstance, produire des furoncles.

« Quel traitement doit-on ordonner? Les moyens employés sont médicaux et chirurgicaux. On a conseillé de débrider les furoncles; ce débridement, indispensable quand on a affaire à un anthrax, ne sert à rien lorsqu'il s'agit de furoncles, à moins, cependant, qu'ils ne soient abcédés.

« Les agents médicaux sont externes et internes. Parmi les premiers, nous citerons les cataplasmes seuls ou joints à des onctions avec la pommade de concombre; les cataplasmes de farine d'orge, d'oignon, de lis, de pain d'épices. On a essayé le collodion avec succès dans quelques cas. En résumé, je vous recommande les cataplasmes et les onctions, soit avec la pommade de concombre, soit avec l'axonge.

« Quant aux médicaments internes, ils ont pour but de combattre la diathèse. Sous l'influence de l'eau de goudron, que je mets à contribution depuis une dizaine d'années, j'ai vu souvent les furoncles disparaître. Il est bon de prescrire concurremment les alcalins, le bicarbonate de soude, entre autres...

« Les *fumigations aromatiques* sont utiles, lorsque les douleurs sont un peu calmées. Au début, quand les souffrances sont à leur maximum d'acuité, les fumigations sont inutiles. A cette période, il convient de recourir aux ventouses scarifiées, aux vésicatoires simples, ou morphinés, et principalement aux injections de morphine. Il faut laisser de côté les bains de vapeur, qui s'adressent plutôt au rhumatisme.... »

26 juillet. Le traitement suivi jusqu'à présent a consisté en cataplasmes de farine de graine de lin et en injections sous-cutanées de *morphine*. Un furoncle s'étant abcédé, on l'ouvre aujourd'hui.

Depuis la fin de juillet jusqu'au 20 août, les cataplasmes ont été continués si ce n'est durant huit jours, pendant lesquels ils ont été remplacés par l'*enveloppement avec le caoutchouc*. Le malade a pris des bains d'amidon tous les deux jours.

Jusqu'à la guérison des furoncles (20-25 août), les douleurs ont conservé les caractères qu'elles offraient le 22 juillet, malgré quatre ou cinq injections de morphine. A partir du 25 août, fumigations aromatiques trois fois par semaine.

4 septembre. On note une amélioration notable. Les douleurs sont moins fortes, les accès plus éloignés, la marche est devenue possible, même sans soutien. La pression ne fait plus découvrir que trois points névralgiques : 1° à la fesse; 2° vers l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen de la cuisse; 3° au niveau de la partie centrale du mollet.

Les fumigations ont été faites régulièrement et peu à peu les douleurs se sont encore amendées et ont disparu. Le malade est sorti guéri de l'hôpital vers la fin du mois de septembre.

— Nous n'ajouterons rien aux intéressantes indications données par M. Hardy sur le traitement, mais nous insisterons d'une manière plus spéciale sur la *coïncidence des furoncles et de la sciatique*. Nous pensons que ce cas est tout à fait comparable aux cas de *zona* qui se manifestent sur le trajet d'un nerf irrité, sur un point de son étendue, entre autres au *zona* du cou et des membres supérieurs consécutif à une névrite due à la compression des branches du plexus cervical à leur passage au travers des trous de conjugaison, par des productions morbides, ou encore à ce cas d'éruption d'ecthyma que M. Charcot a observée sur le trajet de l'un des nerfs sciatiques chez une femme atteinte d'ataxie locomotrice<sup>1</sup>.

Diverses particularités plaident en faveur de cette interprétation : 1° les *furoncles* existaient sur le parcours du nerf atteint de névral-

<sup>1</sup> M. Charcot, dans ses *Leçons*, cite encore le fait suivant : « Un individu, âgé de 25 ans, atteint de phthisie pulmonaire, présente, dans les derniers temps de sa vie, une éruption de *zona* qui siègeait sur les parties correspondantes au neuvième et dixième nerfs intercostaux du côté gauche. On reconnut à l'aupstosie que les corps des six dernières vertèbres dorsales et des deux premières lombaires étaient cariés. La dure-mère, dans les points correspondants aux vertèbres malades, était enveloppée à l'extérieur par une couche épaisse de pus caséux, laquelle se prolongeait sur les gaines des nerfs et des ganglions spinaux. La dure-mère elle-même était épaissie et dédoublée en deux lamelles, surtout dans la région des neuvième, dixième et onzième racines dorsales. Bien que les lésions de la dure-mère paraissent aussi prononcées à droite qu'à gauche, cependant les neuvième, dixième et onzième ganglions dorsaux du côté gauche étaient seuls tuméfiés et présentaient seuls des altérations appréciables au microscope. Dans ces trois ganglions, les cellules nerveuses avaient disparu et, au voisinage immédiat des alvéoles où elles se logent, on reconnaissait tous les caractères de la prolifération conjonctive anormale poussée à un haut degré. (*Leç. cliniq.*, etc., p. 26-27, volume sous presse.)

gie ; ils siègent principalement au niveau des points douloureux.

2° L'essence de térébenthine, d'après M. Hardy, d'abord, ensuite d'après les quelques auteurs que nous avons consultés n'occasionnerait pas d'éruptions furoncleuses. Ainsi, selon M. Bazin, elle déterminerait une *dermite* caractérisée par de *petites vésicules*<sup>1</sup>. Il y a loin de là aux furoncles.

3° Enfin, on ne peut invoquer chez notre malade l'intervention d'une diathèse spéciale, car, interrogé avec soin et à diverses reprises, il nous a toujours affirmé ne pas être sujet aux furoncles.

Pour les raisons que nous venons d'énumérer, nous croyons donc que, dans ce cas, l'éruption furoncleuse doit être rangée dans la catégorie des *troubles trophiques consécutifs aux lésions spontanées des nerfs*.

---

## MALADIES DES VOIES URINAIRES

---

### D'UN NOUVEAU MODE DE FORMATION DES CALCULS URINAIRES ET DE LEUR EXPULSION SPONTANÉE PAR L'URÈTHRE

PAR LE DOCTEUR KRAUS (DE VIENNE)

La forme de catarrhe compliquée de la diathèse phosphatique, que j'ai le premier décrite, est l'occasion de tant de processus pathologiques variés qui ne sont pas encore étudiés, que je dois faire connaître ceux sur lesquels la lumière s'est faite pour moi. J'ai déjà, dans un précédent travail<sup>2</sup>, attribué au catarrhe de la vessie la cause pour laquelle la diathèse phosphatique a peu de tendance à former des calculs dans le sens propre du mot ; c'est-à-dire la cause qui fait que l'urine étant chargée d'une quantité de phosphate double d'ammoniaque et de magnésie, il se forme très-rarement de gros calculs ; que le plus souvent toute la masse inorganique est expulsée par le canal de l'urèthre, par suite de la tonicité suffisante de la vessie, et nous connaissons des malades qui en évacuent de 10 à 12 grains par jour, sans en être particulièrement incommodés.

<sup>1</sup> *Leçons théor. et cliniq. sur les affections cutanées artificielles, etc.*, p. 108.

<sup>2</sup> *Voy. Mouvement médical*, octobre 1871.

Le dernier cas remarquable de ce genre que nous ayons vu date des premiers jours d'avril de cette année (1871). Un jeune fonctionnaire, âgé de 24 ans, traité pendant neuf mois par des injections de nitrate d'argent pour une gonorrhée, avait été atteint d'un catarrhe vésical intense, qui présentait tous les caractères que j'ai assignés à la diathèse phosphatique. Ce catarrhe passe rapidement à l'état chronique. L'urèthre du malade, par suite de nombreuses blennorrhagies (c'était la neuvième quand je le vis), était moins sensible et le passage des graviers phosphatiques n'était pas si douloureux qu'il l'est d'habitude dans les catarrhes récents. Le malade urina en ma présence, et évacua en finissant environ 4 à 5 grains d'une substance dure, réunie par une très-petite quantité de mucus, donnant à l'urine une couleur blanc de neige; cette substance tomba au fond du vase, où elle adhéra comme le mucus nasal; desséchée, elle figurait tout à fait une large pierre, qui, écrasée entre les doigts, donnait la sensation du sable et présentait tous les caractères des sédiments calculeux.

L'exploration soigneusement faite avec la sonde ne permit de constater l'existence d'aucune pierre, bien que les yeux de la sonde fussent remplis d'un sédiment blanc tout pareil. Dans les vieux catarrhes de cette espèce, j'ai presque toujours vu ces phénomènes que j'ai démontrés et décrits. Il était nouveau pour moi de les rencontrer dans un catarrhe récent, et je n'ai rien trouvé d'analogue dans les auteurs.

On doit regarder aussi comme une chose nouvelle cette observation que j'ai faite, que les sédiments caséiformes, mêlés de cellules de pus et de mucus, sortent du canal sous la forme d'une sphère du volume d'un pois qu'elles gardent dans l'urine, comme j'ai eu très-souvent l'occasion de l'observer.

Cette forme de sédiments n'est possible que dans la diathèse phosphatique et le catarrhe consécutif; elle ne se rencontre jamais pour les autres sédiments, oxaliques ou uriques. Elle est due, selon moi, à une action particulière, sur le mucus et le pus dans la vessie, des sels phosphatiques qui, sous cette forme, n'ont pas le même caractère fâcheux que les sédiments uriques. Les graviers phosphatiques ont, dans ce cas, une beaucoup plus grande tendance que les oxalates à former avec l'épithélium de la vessie un magma d'une nature moins dangereuse. Les oxalates restent isolés, s'agglomèrent molécule à molécule sans l'intermédiaire d'aucune substance organique étrangère; de là, pour moi, leur plus grande consistance. Les pierres

phosphatiques, au contraire, sont poreuses, ce qu'il faut attribuer à la dissociation de la matière organique englobée par eux au moment de leur formation. Car si les cristaux phosphatiques restent longtemps sans être humectés suffisamment, soit dans la vessie elle-même, soit pendant leur trajet dans le canal, la force expulsive de la vessie ne suffisant pas, comme je l'ai montré, à les chasser avec le jet d'urine, *ils arrivent à former un calcul d'une façon particulière.*

Les graviers phosphatiques s'endurcissent et forment, dans la vessie ou dans l'urèthre, des concrétions variant du volume d'un grain de mil à celui d'un pois, et entraînent ainsi des phénomènes menaçant la vie, parce que, s'arrêtant dans l'urèthre et y adhérant, ils s'opposent à l'expulsion de l'urine, et cette rétention devient souvent assez dangereuse pour inquiéter le médecin. Ces phénomènes ne sont pas rares chez les malades atteints de catharrhe avec diathèse phosphatique, et nous connaissons un cas où cette formation d'un calcul se répéta cinq fois en un an sur le même malade, qu'elle mit, ainsi que le médecin, dans la situation la plus pénible.

Les refroidissements sont toujours des circonstances favorables à cette formation de calculs, car il est presque démontré qu'un certain degré de chaleur est nécessaire pour maintenir le gravier phosphatique en suspension dans l'urine ou dans une solution inoffensive pour l'organisme, ces phosphates se détruisant quand la chaleur nécessaire n'existe pas.

Cela s'accorde d'ailleurs complètement avec ce fait, maintes fois démontré par moi, que, quand les graviers phosphatiques étant sortis de la vessie depuis quelque temps, l'eau de l'urine s'est évaporée, ils forment aussitôt de petites concrétions entièrement semblables à celles qui prennent naissance dans l'urèthre quand les graviers y séjournent.

La formation de ces petits calculs est ordinairement précédée de certains prodromes, notamment de frissons répétés plusieurs fois dans la même nuit. Souvent ce sont toutes les phases d'un violent accès de fièvre, froid, chaleur, sueur, abattement général, qui dénotent le début de la formation du calcul.

Il est très-remarquable que, souvent dans la même nuit, en cherchant à uriner, il arrive tout d'un coup, souvent au beau milieu de la miction, que le canal s'obstrue totalement et que la miction ne peut s'achever, malgré tous les efforts du malade, qui s'effraye et est tourmenté par une envie permanente d'uriner et par du ténésme.

Ces phénomènes sont le signe certain que le petit calcul a été poussé avec l'urine dans l'urèthre et l'obture.

Le médecin appelé auprès du malade ne connaît pas ce mode de formation des calculs; on comprend qu'il s'armera aussitôt de la sonde et s'efforcera de dégager le parcours du canal de l'urèthre; et cependant *la sonde, dans ce cas, est toujours le dernier moyen auquel il faille recourir*. Pourquoi, nous allons l'expliquer.

Le but principal du médecin doit être d'extraire de l'urèthre ce petit calcul; s'il n'y arrive pas, si, au contraire, il le repousse avec la sonde dans la vessie, il expose le malade à la formation d'une grosse pierre qui ne pourra jamais plus être évacuée spontanément et qui rendra nécessaire une opération. Car si déjà la pierre engagée dans le canal éprouve de la difficulté à sortir spontanément, il n'y aura guère d'espoir qu'elle le puisse, quand des dépôts nouveaux, rapidement faits, auront augmenté son volume. L'expérience de 8 cas m'a appris que ces petits calculs finissent toujours par traverser le canal de l'urèthre.

Il faut conseiller au malade de ne pas intervenir activement au moment où il s'aperçoit d'une interruption soudaine et involontaire dans sa miction, c'est-à-dire de ne pas faire d'efforts, parce qu'on augmente ainsi les forces expulsives, ce qui permet à la longue d'obtenir l'évacuation spontanée du calcul. Au bout d'une heure de repos, le malade va à la garde-robe et par la double pression du rectum et de la vessie, on arrive le plus souvent à expulser la pierre. Il arriva dans un cas que le malade, après être allé chercher son médecin en voiture, et lui avoir exposé sa situation, fit, dans le cabinet, un effort pour uriner, et évacua le calcul sans la moindre difficulté, avec un fort jet d'urine. Il est possible que les secousses de la voiture aient fait changer la position du grand diamètre de la pierre et lui en aient donné une plus favorable. Une autre fois, le succès suivit l'introduction prudente d'une sonde droite jusqu'à l'obstacle; aussitôt la sonde retirée, le calcul fut expulsé avec l'urine. Dans un troisième cas, l'expulsion se fit dans le bain, sans le secours d'aucun instrument, mais avec défécation simultanée, tant les deux forces expulsives avaient dû agir énergiquement.

Je dois faire remarquer qu'il est avantageux de faire boire un peu plus d'eau au malade pendant la rétention, parce que la vessie, étant plus pleine, peut agir plus fortement et qu'on augmente ainsi les chances de succès.

Il va de soi que, dans les cas extrêmes, il ne reste d'autre moyen que de repousser le calcul dans la vessie, ce qui se fait sans grande difficulté par la seule introduction d'une sonde s'il n'y a pas d'œdème de l'urèthre; s'il en existe, la situation devient embarrassante.

Je m'occupe actuellement de la construction d'un instrument destiné à saisir, quand on le pourra, et à extraire la pierre; ce sera un cathéter droit renfermant deux branches cachées, à pointe conique, que l'on fera sortir du cathéter une fois arrivé sur l'obstacle, pour saisir le calcul. L'instrument n'est pas encore terminé; aussitôt qu'il me paraîtra parfait et que j'aurai obtenu un succès avec lui, je le ferai connaître.

Je puis regarder comme un très-heureux hasard de m'être trouvé deux fois, au courant de mon travail sur la nature des concrétions urinaires, dans le cas de pouvoir examiner l'urine, dans laquelle se trouvaient les concrétions particulières que j'ai décrites plus haut, immédiatement après le moment où la pierre venait d'être expulsée avec un fort jet d'urine dans un vaisseau de verre. L'urine et la concrétion méritaient toutes deux d'être soumises aux recherches dans lesquelles, comme l'a prouvé immédiatement la publication des analyses chimiques de l'urine et des sédiments, j'ai trouvé la confirmation péremptoire de mes observations sur le catarrhe spécial avec diathèse phosphatique, que j'ai décrit le premier, sur l'état de la vessie pendant cette affection et sur la nature du produit catarrhal et du sédiment avant qu'il se concrète.

Dans le premier cas, le calcul pesait 54 milligrammes, était d'un blanc pur et consistait en phosphate avec quelques traces de carbonate calcaire; il n'y avait pas d'oxalate ni d'urate.

Le second calcul, pesant un peu plus de 40 milligrammes, était souillé de sang à l'extérieur, parce qu'il avait été chassé d'un urèthre saignant par une pression excessive. Une fois lavé, il était aussi d'un blanc de lait et présentait absolument la même composition chimique que le premier.

Dans les deux cas aussi, l'analyse de l'urine donna le même résultat. Immédiatement après son expulsion, l'urine était trouble et d'un jaune vineux; au bout de quelques minutes, les couches supérieures se clarifièrent, les inférieures devenant d'autant plus troubles. Dans les deux cas, l'urine sentait la levûre. Son poids spécifique était de 1020; immédiatement après son évacuation, elle était faiblement alcaline dans toutes ses couches; après quelques minutes

de repos, elle était neutre dans les couches supérieures, alcaline dans les inférieures; au bout d'une heure, acide en haut, alcaline au fond. On y trouvait des traces d'albumine, du phosphate en abondance et, en très-petite quantité, du carbonate d'ammoniaque.

Aussitôt après la miction, était tombé au fond du vase un mucus puriforme, que le microscope ne pouvait distinguer du pus; les graviers phosphatiques nageaient d'abord dans toutes les couches de l'urine et lui donnaient l'aspect de petit-lait; ils se rassemblèrent au fond au bout de dix à quinze minutes. Il y avait une grande quantité d'épithélium vésical et de phosphates, mais pas de traces d'épithélium des reins ou des conduits urinaires. Il y avait moins d'urates, mais tout autant d'urophéine, d'uroxanthine, de chlorures et de sulfates que dans l'urine normale.

Je laissai l'urine déposer et s'évaporer en partie au soleil; il se forma bientôt de petites concrétions phosphatiques ayant toute la composition des calculs décrits plus haut, donnant la sensation du sable quand on les écrasait entre les doigts, et se réduisant en cristaux phosphatiques qui brillaient au soleil comme de petits diamants. Les sédiments se réunissaient aussi en concrétions quand on refroidissait l'urine rapidement.

Ces intéressants résultats chimiques de l'examen du calcul et de l'urine, dans laquelle le calcul se trouvait pour ainsi dire à l'état naissant, peuvent jeter de la lumière sur cet état que j'ai décrit dans la maladie catarrhale particulière de la vessie que j'attribue à la diathèse phosphatique, et confirment la justesse de mes vues sous le double rapport symptomatique et diagnostique.

Ces résultats démontrent jusqu'à l'évidence qu'il y a un catarrhe de la vessie dans lequel les graviers phosphatiques jouent par leur abondance un rôle principal, et que ces cristaux peuvent aussi prendre naissance immédiatement dans la vessie, les reins restant étrangers au processus morbide, puisqu'on ne trouve, dans les sédiments organiques, d'épithélium, ni des reins, ni des conduits urinaires.

Il est démontré, en outre, que ce genre de calculs ne renferme ni oxalates ni urates, et est composé exclusivement de phosphates et de graviers phosphatiques.

L'examen de l'urine permet de constater que la plus petite partie des phosphates seulement s'agglomère en calcul, puisque ces petites pierres sont expulsées de la vessie au milieu d'une vraie bouillie de sédiments de même nature.

Il est bien possible que ces concrétions se forment dans l'urèthre quand la boue de phosphates, poussée dans le canal et ne pouvant aller plus loin, y demeure plusieurs heures, s'y endurecit faute d'eau et de chaleur suffisante. Il serait autrement presque inexplicable pourquoi, par la même cause, toute la masse ne formerait pas une grosse pierre dans la vessie.

Pour les calculs composés autrement, et notamment pour les calculs oxaliques, il n'arrive pas que l'urine qui les accompagne soit chargée d'oxalates, comme elle l'est de phosphates pour ceux qui nous occupent. Chaque atome d'oxalate existant dans la vessie concourt à la formation du calcul.

Il est prouvé encore que ces calculs sont solitaires, comme on peut très-bien s'en convaincre avec le cathéter ; qu'outre la pierre évacuée, il ne reste plus de concrétions dans la vessie, et qu'il ne s'en forme par conséquent qu'une à la fois.

L'exploration la plus soigneuse, faite par la main la plus exercée, ne peut, après l'expulsion du calcul, démontrer l'existence d'aucune concrétion dans la vessie, ce qui semble appuyer ma proposition de tout à l'heure : que cette espèce de calculs se forme dans le canal de l'urèthre (probablement dans la partie prostatique), comme me le fait présumer une très-intéressante et nouvelle observation que je publierai bientôt.

Les résultats précédents de l'examen de l'urine établissent en outre, d'une manière irréfutable, que, comme je l'ai avancé, cette espèce de calculs peut se former dans l'organisme, quand il n'y a plus assez d'eau et que l'urine n'a plus la température nécessaire pour tenir en suspension ou en solution les graviers phosphatiques et les phosphates.

Le même phénomène s'observe hors du corps dans l'urine des malades atteints de diathèse phosphatique. Aussi j'ai vu souvent survenir après des refroidissements la fièvre caractéristique qui marque le moment où le calcul se forme.

Le mucus purulent, le pus le moins douteux, que l'on trouve en si grande abondance parmi les sédiments dans l'urine des vessies atteintes de cette maladie, et auquel nous assignerons sa valeur dans un prochain travail, se trouvait aussi en quantité considérable dans l'urine dont l'examen vient de nous occuper, et ce nous a été une nouvelle preuve qu'il n'a pas la signification fâcheuse que lui attribuaient les anciens cliniciens, car précisément les malades auxquels appartenaient cette urine et ces calculs, évacuaient depuis

des années du mucus puriforme et se trouvaient, quand la pierre ne leur causait pas de rétention, extraordinairement bien.

---

## REVUE DES JOURNAUX

---

### EXEMPLES DE TROUBLES TROPHIQUES CONSÉCUTIFS AUX SECTIONS INCOMPLÈTES DES NERFS

OBSERVATION : *Saignée*. — *Gangrène consécutive à des lésions traumatiques de filets nerveux*, par M. VITRAC.

« Il y a deux à trois ans, un homme d'une cinquantaine d'années, marin, d'ailleurs d'assez mauvaise constitution, ayant été traité pour des affections syphilitiques, est frappé d'une congestion cérébrale. Un confrère est appelé et pratique une saignée sur la médiane céphalique. Absent le jour suivant, ce dernier est remplacé par un autre confrère qui saigne sur la céphalique. Le lendemain, après quelques tentatives inutiles pour avoir encore du sang de cette seconde saignée, *engourdissement* et *fourmillement* de l'avant-bras, vers sa partie externe; *froid*; bientôt, *taches livides*; enfin *gangrène* bien prononcée, malgré tous les moyens simultanément employés pour la prévenir.... Après huit jours d'attente et d'essais infructueux, l'amputation est faite et suivie de guérison. — La dissection de la partie amputée ne révèle aucune trace de lésion artérielle, mais une *section incomplète du musculo-cutané externe*.

« M. Vitrac a cherché dans les auteurs des faits analogues : ils sont rares. Il cite cependant celui d'Ambroise Paré pratiquant au roi une saignée, suivie d'une paralysie passagère de quelques doigts et du sphacèle de leur pulpe. — M. Dupuy, ayant eu occasion, il y a quelques années, de donner aussi des soins au marin en question pour une large gangrène du scrotum spontanément développée, croit, tout en admettant, dans le cas précédent, la section incomplète du nerf musculo-cutané comme cause déterminante, à une prédisposition à la gangrène chez cet individu. » (*Union médicale de la Gironde*, tome II, page 127.)

— Il est regrettable que cette observation ne soit pas plus détaillée, que les lésions ne soient pas mieux décrites et que l'état de

la contractilité musculaire n'ait pas été mentionné. Quoi qu'il en soit, les troubles de la sensibilité qui ont été notés, les tâches noires, la gangrène, sont autant de phénomènes que l'on doit considérer comme des *troubles trophiques consécutifs à la section incomplète du nerf musculo-cutané*. L'existence d'une gangrène antérieure, pouvant faire supposer une prédisposition, ne peut être acceptée que sous bénéfice d'inventaire, car l'amputation a guéri, et si cette influence diathésique avait encore persisté alors, il est probable que la plaie nécessitée par l'opération aurait été elle-même envahie par la gangrène.

OBSERVATION : *Blessure à la région carpienne. — Fourmillement dans les trois premiers doigts. — Insensibilité, refroidissement de ces doigts. — Teinte ardoisée et exfoliation de l'épiderme. — Chute de la phalangette de l'annulaire. — Cicatrisation. — Retour incomplet de la sensibilité à l'état normal*, par M. VITRAC.

« Un jeune homme de 17 à 18 ans, menuisier, se blesse avec un ciseau la région carpienne. Une vive douleur s'ensuit, puis un petit épanchement sanguin. On fait un pansement provisoire, modérément serré. M. Vitrac ne le voit que le soir et fait un pansement nouveau. Trois jours après, fourmillement des doigts annulaire, médium et indicateur, puis, perte absolue de la sensibilité dans ces trois phalanges (?), mais néanmoins avec conservation des mouvements. Ces trois doigts deviennent froids. Il y avait probablement lésion matérielle de quelques filets du *nerf médian*. Après cinq ou six jours, l'épiderme prend une teinte ardoisée et se détache. La plaie peu à peu se cicatrise; la sensibilité et la chaleur reviennent, mais incomplètement dans le doigt annulaire, *qui a perdu sa dernière phalange*. (*Ibidem*, p. 128.)

— Ici encore les détails font défaut. Toutefois, aucune prédisposition spéciale n'est invoquée et par conséquent les modifications de la sensibilité, la coloration ardoisée de la peau, l'exfoliation épidermique, la perte d'une phalange, nous semblent devoir être rangés dans la catégorie des *troubles trophiques consécutifs aux sections incomplètes des nerfs*. B.

## BIBLIOGRAPHIE

---

**Diagnostic des manifestations secondaires de la syphilis sur la langue,**  
par le docteur C. SAISON, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc. In-8 de  
58 pages. Ad. Delahaye, éditeur.

Tous les auteurs, qui ont parlé des syphilides, ont décrit la plaque muqueuse de la langue, mais le plus souvent, sous cette dénomination vague, ils ont compris presque toutes les lésions qui peuvent se manifester sur la langue, à cette période de la maladie. Certaines autres formes, en général plus tardives, telles que les syphilides tuberculeuses et ulcéreuses, ont été confondues avec les manifestations de la troisième période, les gommés. » Cette citation indique le but que s'est proposé M. Saison. Il décrit successivement la *syphilide érythémateuse*, les *plaques muqueuses*, les *syphilides tuberculeuse* et *ulcéreuse*, les *lésions tardives intermédiaires*; puis, dans un paragraphe suivant, il établit le *diagnostic de ces syphilides entre elles et avec les autres affections syphilitiques de la langue*; enfin il montre comment on peut reconnaître les *syphilides des affections non syphilitiques de la langue* (aphthes, hydroa, zona, muguet, *plaques des fumeurs*, etc.). M. Saison rapporte neuf observations dans le cours de son travail, qui est surtout clinique, et termine par les conclusions suivantes :

« 1° La période secondaire de la syphilis ne se manifeste pas seulement sur la langue par les plaques muqueuses ; — 2° Outre la syphilide tuberculeuse et ulcéreuse, on peut encore y faire rentrer certaines lésions que j'ai appelées *lésions tardives intermédiaires* ; — 3° Dans la plupart des cas, le diagnostic des syphilides de la langue peut être fait à l'aide des signes objectifs seuls, indépendamment des antécédents et des affections concomitantes ; — 4° On pourrait peut-être réunir dans un même cadre, sous le nom de manifestations dartreuses sur la langue, le pityriasis, le lichen et le psoriasis ; — enfin, peut-être ce qu'on a décrit sous le nom de plaques de fumeurs n'est-il autre chose que ces manifestations dartreuses, entretenues et compliquées par l'usage du tabac. »

*Le Gérant : A. DE MONTMÉJA.*

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX

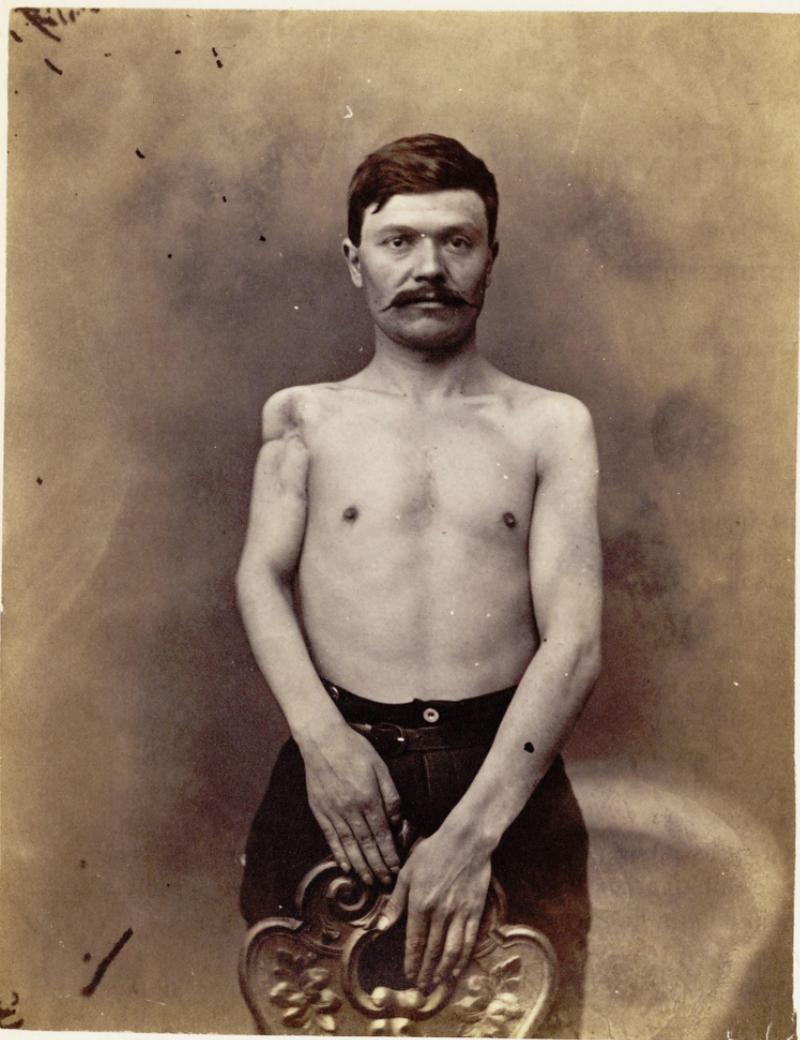


Planche XXVII.

RÉSECTION DE L'ÉPAULE, N° 1

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX DE PARIS

---

## CLINIQUE CHIRURGICALE

---

### FRACTURE MULTIPLE DU TIERS SUPÉRIEUR DE L'HUMÉRUS DROIT

BALLE INCRUSTÉE DANS LA CAVITÉ GLÉNOÏDE DE L'OMOPLATE — RÉSECTION  
DE L'ÉPAULE — GUÉRI ON

PAR LE DOCTEUR RELIQUET

Gimel, 25 ans, soldat au 124<sup>e</sup> régiment de ligne, né à Strengel (Lot), est apporté à l'ambulance de l'Hôtel-de-Ville, le soir de la bataille de Champigny, le 30 novembre.

A la face antérieure du bras droit, au niveau du V deltoïdien, est l'orifice d'entrée d'une balle, d'où s'écoule un liquide sanieux. — Je constate la fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, et l'exploration de la plaie avec le stylet me fait reconnaître que cette extrémité supérieure de l'os est en fragments multiples, mais je ne trouve pas la balle. Le creux de l'aisselle, l'omoplate, le cou, le thorax, explorés, je conclus que la lésion est limitée à l'extrémité supérieure de l'humérus.

L'état de prostration générale dans lequel est Gimel m'empêche de faire de suite la résection. Je cherche à ranimer un peu les forces en donnant du vin, des bouillons, et surtout de petits verres de bon cognac.

1<sup>er</sup> décembre. Malgré l'écoulement assez abondant d'un liquide sanguinolent par la plaie, la torpeur a beaucoup diminué, et les forces paraissent plus grandes que la veille, quoique le blessé soit très-pâle. Je continue le même régime.

2 décembre. Assisté par madame Gross, et par mes confrères les D<sup>rs</sup> Onimus et Collineau, le malade chloroformisé, je procède ainsi

à la résection ; sur la face antérieure de l'épaule et du bras, de façon à passer par l'ouverture d'entrée de la balle, je fais une incision depuis le sommet de l'acromion jusqu'à trois centimètres au-dessous du V deltoïdien. Tous les téguments coupés, je suis dans le vaste foyer d'une fracture multiple. J'enlève une à une les esquilles, les saisissant avec un davier et disséquant leurs faces adhérentes aux tissus. Mais, malgré l'étendue de l'incision verticale, la plaie est trop étroite pour bien voir les fragments. Pour les détacher avec plus de sûreté, au niveau de la partie moyenne du deltoïde, j'incise crucialement les lèvres de la plaie, faisant une incision plus petite en dedans pour ne pas aller jusqu'à la gaine des vaisseaux.

Les morceaux de la continuité de l'os enlevé, je découvre le bout supérieur de l'humérus et je scie l'os immédiatement au-dessous du biseau de la fracture. Cette section de l'os laisse au-dessous d'elle le sommet du V deltoïdien. Puis j'extrait successivement les morceaux de la tête de l'humérus, qui sont au nombre de cinq, en coupant le plus près possible des surfaces osseuses les insertions des muscles sus et sous-épineux, sous-scapulaire et petit rond.

La cavité glénoïde à découvert, j'y vois la balle, qui est complètement incrustée dans l'os, au niveau de la moitié inférieure de la surface articulaire. Le bord inférieur de la cavité glénoïde fracturé se détache facilement, et j'enlève la balle, qui est toute déformée. Elle présente une large échancrure à surface lisse, qui n'est autre que l'empreinte du bord externe de l'omoplate contre lequel le projectile s'est arrêté.

J'examine avec soin l'omoplate et ce qui reste de la cavité glénoïde. Je me borne à retirer quelques fragments d'os, et je renonce à reséquer toute la capsule articulaire. Quelques artérioles liées, je lave la plaie avec de l'alcool pur. Puis je panse avec une queue de cerf-volant imprégnée d'alcool.

L'opéré est couché horizontalement dans son lit, la tête sur un coussin. Son bras mis dans une gouttière est maintenu dans une position déclive ; la main et l'avant-bras sont plus élevés.

Je prescris d'arroser de temps en temps le pansement avec de l'eau alcoolisée et phéniquée, et de faire prendre fréquemment du bouillon, du bon vin et du cognac ; peu à la fois, mais souvent.

Tous ces soins incessants ont été donnés à ce blessé, comme à tous ceux que j'ai eus dans l'ambulance de l'Hôtel-de-Ville, avec le dévouement le plus complet par madame Gross.

4 décembre. Je retire les bourdonnets de charpie qui se déta-

chent facilement, et je remets de la charpie; on continue toujours à arroser le pansement.

La peau est chaude, sèche, âpre à la main; cependant il n'y a pas un état fébrile bien franc.

Les membres inférieurs sont très-œdématisés. Il n'y a pas eu de garde-robe. Mais Gimel prend toujours avec plaisir le bouillon, le vin et le cognac. Je fais donner de suite un lavement huileux. Dans l'après-midi, on fait sur tout le corps une ablution suivie de friction, avec de l'eau vinaigrée: un petit flacon de vinaigre de Bully pour un litre d'eau.

Il y a des garde-robes abondantes, la sécheresse de la peau diminue; en même temps l'appétit se réveille. On donne toutes les trois ou quatre heures un peu de viande avec du vin de Bordeaux.

Les frictions avec l'eau vinaigrée sont faites tous les deux jours, et dès que les garde-robes tardent trop, on donne un lavement.

6 décembre. Tous les bourdonnets de charpie du premier pansement sont retirés. La plaie est nettoyée avec soin, en seringuant de l'eau phéniquée dans son fond. Le pansement est renouvelé avec des bourdonnets de charpie imbibés d'eau phéniquée aux trois millièmes et introduits jusqu'au fond de la plaie. Les jours suivants, la suppuration de cette vaste plaie devenant abondante, le pansement est fait matin et soir.

7 décembre. L'œdème des jambes a presque disparu. Il n'y en a plus qu'aux malléoles. L'état des forces est sensiblement meilleur. L'appétit est très-bon. Les soins quotidiens dont nous venons de parler sont continués les jours suivants sans qu'il se produise rien d'extraordinaire jusqu'au 25 décembre.

Ce jour, la langue est mauvaise, les garde-robes sont difficiles, les matières sont noires et répandent une odeur infecte. La sensibilité au froid est exagérée; la peau est chaude et sèche. La plaie est un peu blafarde.

Je fais prendre de suite une bouteille d'eau de Sedlitz; et, après les selles, on donne, toutes les heures immédiatement avant un bouillon, 40 centigrammes de sulfate de quinine; jusqu'à six paquets. Le lendemain, l'état général est tout à fait remis.

Les pansements à l'eau phéniquée provoquent, de temps en temps, un bourgeonnement exagéré de la plaie, qui devient saignante au moindre contact. Alors, pendant deux ou trois jours, je remplace l'eau phéniquée par la glycérine, qui modère très-vite la vascularisation des bourgeons charnus en les rendant plus fermes.

Peu à peu, les tissus entre l'omoplate et le bout supérieur de l'humérus se froncent, la peau se plisse, et l'excavation de la plaie, qui était largement évasée, se resserrant de plus en plus sans diminuer de profondeur, il devient difficile de bien nettoyer le fond de la plaie. Pour éviter un clapier, je fais au bord postérieur de l'aisselle, juste au niveau du fond de la plaie, une petite incision, et j'y passe un tube à drainage qui occupe toute la plaie.

A la partie interne du bras, dans la gaine du biceps, il se forme une petite fusée purulente. Je conduis de haut en bas la sonde cannelée dans ce trajet purulent, j'incise la peau au niveau de l'extrémité inférieure de cette fusée de pus, et j'y place un tube à drainage. Dans ces deux tubes matin et soir, au moment du pansement, on fait des injections d'eau phéniquée.

5 janvier. La virole du trait de scie de l'extrémité de l'humérus tombe. Quelques jours après, la fusée purulente de la gaine du biceps étant réduite à un simple trajet, j'enlève le tube à drainage.

10 janvier. Je retire du fond de la plaie un morceau d'os volumineux qui se détache de l'omoplate. Il a une forme triangulaire, est épais de plus d'un centimètre. En l'examinant, on reconnaît que c'est l'extrémité supérieure du bord externe de l'omoplate, cette partie épaisse et dense de ce bord externe qui forme console au-dessous de la cavité glénoïde et contre laquelle s'était arrêtée la balle. Sur la surface externe de ce fragment est incrustée dans l'os une plaque de plomb, grande comme la moitié d'une pièce de dix sous.

Les tissus se fronçant de plus en plus, il arrive un moment où le bout de l'humérus est très-rapproché de l'omoplate. Alors il devient nécessaire de laver tous les jours l'aisselle et d'y mettre de la charpie sèche, pour éviter les démangeaisons et l'irritation dues aux sécrétions retenues dans les replis profonds de la peau. La plaie, dont la cicatrisation des parties superficielles est très-avancée, est de plus en plus en un long trajet, occupé par le tube à drainage, qui sort, en dessous, au niveau du bord postérieur de l'aisselle.

Les mêmes pansements sont continués. Gimel commence à s'asseoir sur son lit pendant plusieurs heures chaque jour, et il finit par se lever le 20 janvier. Alors son bras est soutenu par une écharpe.

21 janvier. Je trouve un petit abcès au niveau du tiers externe de

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX

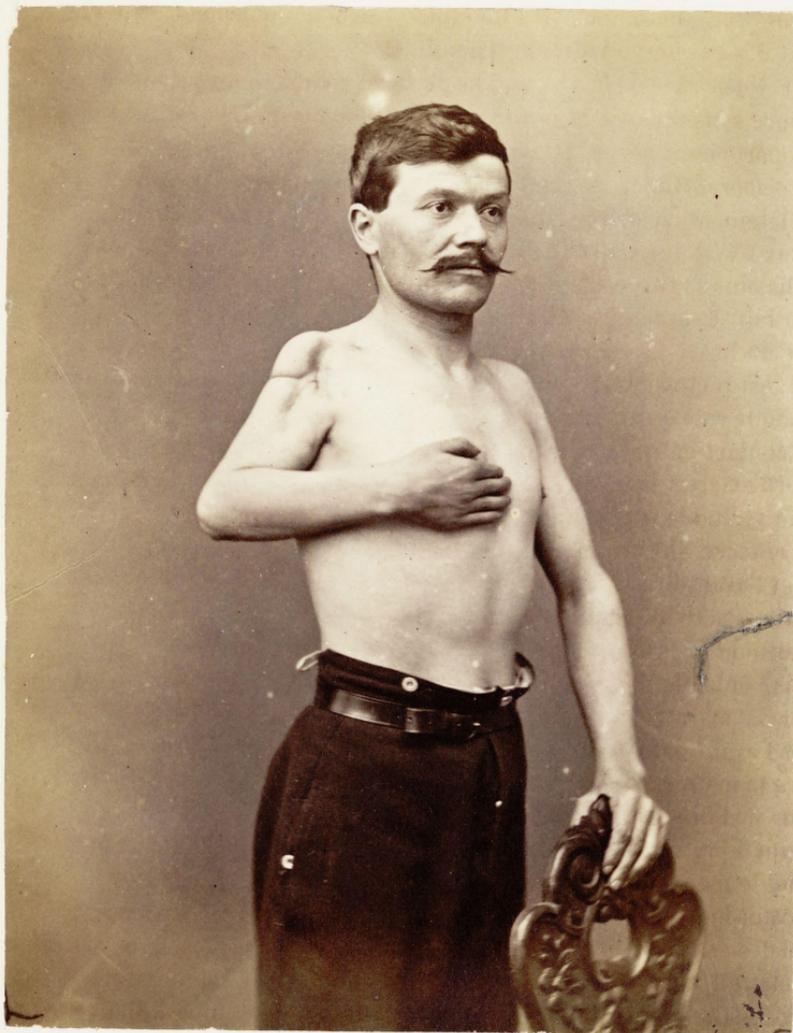


Planche XXVIII.

RÉSECTION DE L'ÉPAULE, N° 2

la clavicule. Je l'ouvre directement et, en explorant sa cavité, je ne trouve pas de trajet allant de ce petit foyer à la plaie.

23 janvier. Je retire le tube à drainage. En explorant la plaie, je sens le bord externe de l'omoplate rugueux au stilet. Mais il n'y a pas de fragments mobiles.

15 mars. L'ambulance de l'Hôtel-de-Ville est évacuée sur celle du Jardin des Plantes, où Gimel est conduit.

Je revois ce blessé le 15 juin; la plaie est réduite à un pertuis que j'explore sans trouver le plus petit corps étranger. Le bras est toujours porté en écharpe.

15 octobre. Gimel, passant par Paris, vient me voir. La plaie est complètement cicatrisée. Son bras est dans l'état où il est représenté PLANCHE XXVII. Les muscles du bras sont solides et assez volumineux. Les plis, dus au froncement des téguments au niveau de l'aisselle, ont tout à fait disparu. Les tissus se sont appropriés à la nouvelle longueur du bras. Le raccourcissement, si apparent dans la PLANCHE XXVII, est réellement de 10 centimètres, d'après la mensuration faite de chaque côté du sommet de l'acromion à l'épitrôchlée.

Le contact entre l'extrémité de l'humérus et la partie supérieure du bord externe de l'omoplate est immédiat, et il y a là entre ces deux os une véritable fausse articulation.

La PLANCHE XXVIII, montre le bras porté en arrière, le coude saillant, et l'avant-bras fléchi à angle droit. Dans cette position on voit très-bien l'activité du muscle biceps et celle de la partie postérieure du deltoïde qui reste.

Mais, outre le mouvement que montre cette figure, Gimel peut porter la main à la bouche, en inclinant un peu la tête; il peut porter l'avant-bras en arrière et le fléchir dans cette position pour mettre la main contre la colonne vertébrale. Ainsi il y a rotation en dedans de l'humérus.

Jusqu'à présent il écarte très-peu le bras du tronc, et il ne fait pas du tout le mouvement de rotation en dehors du bras.

L'avant-bras se fléchit très-bien sur le bras, et Gimel a l'usage complet de sa main, sauf lorsqu'il faut la porter en dehors, l'avant-bras étant fléchi sur le bras. Alors il est obligé de la conduire avec l'autre main. Ainsi il écrit, et il a adressé une longue lettre de bonne reconnaissance à madame Gross, mais il est obligé de conduire sa main droite avec l'autre, pour lui faire suivre le mouvement d'écartement du tronc qu'exige le tracé de la ligne.

Je crois que les mouvements spontanés de ce membre droit de

Gimel deviendront plus amples et plus sûrs par l'exercice. Mais je crains bien qu'il ne puisse jamais faire le mouvement de rotation en dehors du bras, car les muscles principaux de cette rotation en dehors du bras, le sous-épineux et le petit rond, ne peuvent plus agir, la portion de l'humérus à laquelle ils s'insèrent ayant été enlevée.

Malgré cette perte de mouvements spontanés, en somme limitée, le résultat obtenu, en raison de la longueur de la portion de l'humérus enlevée, est des plus heureux, et ce membre conservé rendra certainement de nombreux et importants services.

Dans ce cas, la balle a pénétré dans le canal médullaire de l'humérus. Puis, suivant ce canal en éclatant l'os et sa tête articulaire arrondie, elle est entrée dans l'articulation, s'est incrustée dans la cavité glénoïde, où elle s'est arrêtée contre le bord externe de l'omoplate. La portion de l'os omoplate, contre laquelle s'est arrêtée la balle, évidemment contusionnée, s'est éliminée. Mais j'ai été frappé de l'étendue de cette portion d'os qui s'est détachée. Il est évident (et j'ai d'autres faits qui seront publiés dans le rapport général sur l'ambulance) que l'action par contusion de la balle sur le tissu osseux s'étend plus loin que le laisse croire l'examen des parties, fait au moment de l'accident ou peu après.

Dans ce cas, certainement, si j'avais reséqué ce qui restait de la cavité glénoïde, d'un côté j'aurais enlevé le bord supérieur de la cavité articulaire qui est resté après la chute de l'eschare osseuse, et de l'autre je n'aurais pas enlevé toute la portion contuse de l'os.

Ce même fragment d'os présente une plaque de plomb incrustée dans l'os et épaisse d'un demi-millimètre. Cette quantité de plomb quoique minime est très-suffisante pour entraîner une grande erreur de diagnostic. En effet, la plaie explorée avec le stylet à bouton de porcelaine brute, ou avec l'appareil électrique si ingénieux de M. Trouvé, ces instruments, en tombant sur cette plaque de plomb, pourraient faire affirmer au chirurgien qu'il y a une balle incrustée dans l'os, quand il n'y a qu'une petite plaque de plomb.

L'œdème considérable des membres inférieurs, survenu trois jours après la blessure, le lendemain de l'opération, et qui a disparu assez rapidement, ne m'a point inquiété chez Gimel, parce que j'avais observé le même phénomène chez d'autres blessés, et j'avais vu ce trouble de la circulation de retour disparaître sous l'influence des toniques et des lotions vinaigrées.

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX



Planche XXIX.

CANCROÏDE DE L'OREILLE DROITE

Enfin, il est un point très-important sur lequel je reviendrai, dans le rapport général sur l'ambulance de l'Hôtel-de-Ville, c'est sur l'action heureuse des purgatifs salins et sur celle des lotions vinaigrées, chez les sujets atteints de plaie. Ces deux moyens convenablement mis en usage agissent : le premier en éliminant des sécrétions âcres et en rétablissant le fonctionnement normal du tube gastrique; le second, les lotions vinaigrées avec friction, rétablit très-vite le fonctionnement normal de la peau. J'ai été conduit à cette pratique dans les cas de plaie ordinaire, par les résultats si heureux que ces moyens convenablement employés m'ont toujours donnés dans les cas d'intoxication urineuse.

En résumé, agir ainsi, c'est chercher à rétablir les fonctions physiologiques altérées de la peau et du tube gastrique. C'est, croyons-nous, à ces moyens, réunis aux soins locaux, minutieux et constants, qui se trouvent décrits dans cette observation que nous devons de n'avoir pas eu d'infection purulente mortelle à l'ambulance de l'Hôtel-de-Ville.

---

### CANCROÏDE DE L'OREILLE DROITE; PARALYSIE DU MUSCLE FRONTAL CORRESPONDANT

PAR E. BASSEBEAU, INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Le sujet de cette observation est un homme âgé de 52 ans atteint d'un *cancroïde* de la région auriculo-temporale (PLANCHE XXIX).

Cet homme dans les antécédents duquel nous n'avons pu retrouver quelque chose de suspect et dont la sœur, ainsi que les enfants, jouissent d'une excellente santé, portait, depuis son enfance, une petite tumeur mobile à trois centimètres au-dessus de l'oreille droite. Il y a deux ans, un coup de peigne lui fit une petite plaie à ce niveau. Le malade y fit peu d'attention, et elle persista ainsi pendant six mois sans qu'il se produisît de cicatrisation. A partir de cette époque, l'ulcération s'agrandit, poussa des branches et gagna le bord de l'oreille en avant et en arrière du pavillon, dont le tiers supérieur fut détruit. C'est en cet état que le malade entra, au mois d'août 1874, à l'hôpital de la Pitié et fut placé au lit n° 32 de la salle Saint-Louis, dans le service de M. le professeur BROCA, suppléé alors par le docteur POLLAILLON.

Celui-ci détruisit le mal au moyen d'applications de pâte de

Canquoin. Ces applications furent faites à quinze jours de distance l'une de l'autre ; chaque fois le caustique, sous forme de plaque, fut maintenu sur les ulcérations pendant cinq heures. La première cautérisation fut faite sur toute l'étendue de la lésion, les deux autres furent partielles et eurent lieu sur des points suspects. La première cautérisation fut suivie d'un œdème blafard de la joue et plus tard de douleurs frontales et faciales du côté droit.

Ce n'est, au dire du malade, qu'il y a cinq semaines qu'on s'aperçut de la lésion qui nous occupe. — Les fonctions du malade sont régulières, il ne souffre que très-peu ; son teint est blafard ; il n'est point amaigri.

Lorsqu'on le regarde en face, on est frappé du défaut de symétrie de sa face : la moitié droite de son front est lisse, unie, sans aucun pli ; le sourcil occupe presque le bord orbitaire ; au-dessous de lui se trouve un bourrelet cutané qui masque la paupière supérieure en partie. Comparé au côté opposé, on voit que, du côté gauche, le front est creusé de plis profonds. Le sourcil gauche est arqué et se trouve plus élevé d'un centimètre que celui du côté droit. Faisant ouvrir et fermer les yeux au malade, en le faisant souffler, gonfler ses joues, etc., on constate l'intégrité du système musculaire de la face. (Voy. PLANCHE XXX.)

C'est donc un exemple de lésion du tronc des nerfs frontaux, branches du nerf facial issues du plexus sous-parotidien ; la cautérisation sans doute en est la cause. Les muscles auriculaires, s'ils existent, sont aussi paralysés. Ce fait nous montre l'existence de deux muscles frontaux bien distincts physiologiquement. — Le *sourcilier* et le pyramidal n'ont point été atteints. Cette paralysie partielle donne une expression singulière à la face, dont une moitié semble pensive et l'autre — le côté malade — exprime la tranquillité, l'absence de soucis. (La PLANCHE XXX donne une idée assez exacte de ce contraste ; on voit le sourcil gauche fortement arqué, relevé, et, au-dessus de lui, des plis cutanés dus à la contraction du frontal gauche, plis qui font complètement défaut à droite.)

La *tumeur épithéliale*, qui avait semblé détruite, a reparu au niveau du bord de l'oreille ; une ulcération serpiginieuse occupe le bord du moignon auriculaire et la peau du crâne avoisinante. Les parties supérieures de la lésion sont détruites et des cicatrices s'y sont formées. (PLANCHE XXIX.)

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX

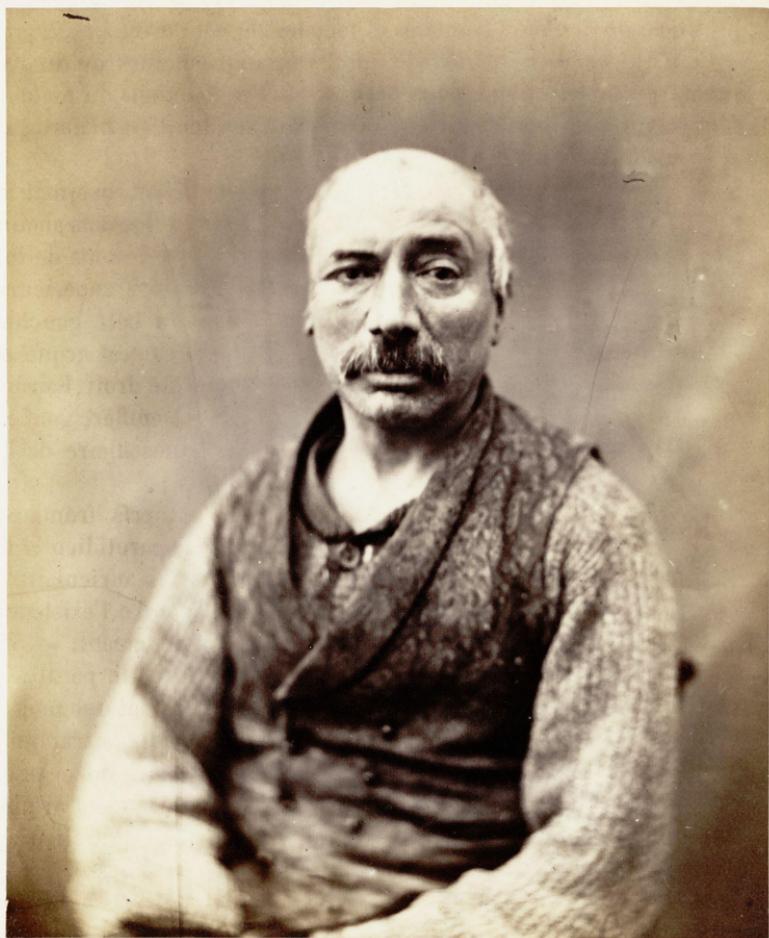


Planche XXX.

**PARALYSIE DU MUSCLE FRONTAL DROIT**

CANCROÏDE

## PATHOLOGIE INTERNE

DES DÉGÉNÉRESCENCES AMYLOÏDE ET PIGMENTAIRE  
DE LA RATE

PAR G. PELTIER, INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

La dégénérescence dite amyloïde est une dégénérescence spéciale, liée dans son développement à un trouble de nutrition de l'organisme, offrant un mode d'évolution presque toujours le même et une tendance à peu près constante à la généralisation. Son caractère anatomique essentiel est la présence, dans l'intérieur même des éléments anatomiques et des parties constituantes des tissus, d'une matière de nature albuminoïde, prenant une coloration particulière sous l'influence de certaines préparations iodées.

## I. BIBLIOGRAPHIE.

- ROKITANSKY. — *Lehrbuch der path. Anat.* Vienne, 1842 et 1855.  
 BUDD. — *On diseases of the liver.* Londres, 1845 et 1857.  
 VIRCHOW. — *Archiv für path. Anat.*, 1853.  
 WILKS. — *Cases of lardaceous Tumours.* etc. (Guy's Hospital Reports, 1856.)  
 BECKMANN. — *Virchow's Archiv*, 1858.  
 FRIEDREICH und KEKULE. — *Virchow's Archiv*, 1859.  
 FRERICHS. — *Traité des maladies du foie*, 1864, pages 415, 418, 423, 428.  
 JACCoud. — *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, 1865.  
 CORNIL. — *Dictionnaire encyclopédique*, 1866.  
 CHEVILLION. — *Étude générale sur la dégénérescence dite amyloïde.* (Thèse de Paris, 1868.)  
 NIEMEYER. — *Éléments de pathologie interne* (2<sup>e</sup> édition française), t. I, p. 735, 1869.  
 OYON. — *Altération amyloïde de la rate, du gros intestin, de l'intestin grêle et de l'estomac.* (Soc. anat., 1870, p. 124.)

Nous nous bornons à ces indications; on trouvera un index bibliographique complet, soit dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (Article : Dégénérescence amyloïde), soit dans

le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, soit encore dans la Thèse de M. Chevillion.

II. HISTORIQUE. L'étude de la dégénérescence amyloïde est de date récente ; entrevue par Portal, Graves et Andral, elle a été décrite pour la première fois en 1842 par Rokitansky. En 1845, Budd en fait mention à son tour dans son *Traité des maladies du foie*, et enfin en 1853, Virchow trouva la caractéristique constante de la dégénérescence amyloïde, c'est-à-dire la réaction iodo-sulfurique. Un peu plus tard, en 1856, Wilks inséra dans les *Guy's Hospital Reports* un mémoire plein d'intérêt sur les tumeurs lardacées, et plus récemment Beckmann, Friedreich et Kekule ont fait connaître des observations complètes avec une description microscopique très-détaillée. Ces deux derniers auteurs ont joint à leur travail une analyse élémentaire de la substance amyloïde de la rate, et ils ont montré qu'elle appartient au groupe des matières albuminoïdes, conclusion à laquelle est également arrivé C. Schmidt. Depuis lors ont paru divers travaux intéressants à différents titres, et où l'on trouve l'exposé complet de la question. Je citerai particulièrement les articles dogmatiques consacrés à la dégénérescence amyloïde, par M. Jaccoud, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, et par M. Cornil, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* ; je signalerai également la Thèse de M. Chevillion qui résume tous les travaux de ses prédécesseurs et qui fixe l'état de la science sur ce point.

III. ANATOMIE PATHOLOGIQUE. Nous ne pouvons évidemment pas insister sur tous les caractères généraux de la dégénérescence amyloïde ; ce serait étendre sans raison le sujet qui nous occupe. Nous dirons seulement que la rate est un des organes le plus fréquemment atteints de l'altération amyloïde ; c'est aussi celui où le réactif iodó-sulfurique donne peut-être les résultats les plus nets, ce qu'on pourrait attribuer, soit à l'état relativement plus avancé de la lésion, soit à quelques différences de nature encore très-imparfaitement connues, que présenterait dans la rate la matière dite amyloïde.

La rate amyloïde est lourde, dense, plus cassante qu'à l'état normal ; sa couleur est d'un rouge pâle ; la coupe en est très-homogène, lisse, sèche et montre un brillant qui a été comparé à celui du lard ou de la cire (Niemeyer).

Dans la rate, la transformation atteint d'abord les corpuscules de Malpighi; si alors on pratique une coupe de l'organe, on aperçoit des nodosités sphériques, de la grosseur d'un grain de millet ou d'un petit pois, tranchant par leur aspect vitreux, translucide, sur le fond rouge du parenchyme demeuré intact. Ces petits grains ressemblent à des grains de sagou cuit; de là le nom de *sagomilz* (rate-sagou), donné par Virchow à la rate ainsi modifiée.—Dans d'autres cas, la lésion respectant les corpuscules, envahit les éléments de la pulpe et les noyaux libres qui s'y trouvent en grand nombre; les artérioles et les capillaires sont ordinairement atteints; enfin dans les degrés extrêmes, la dégénérescence attaque les trabécules spléniques, la capsule d'enveloppe et les grosses branches vasculaires.

La dégénérescence amyloïde ne se rencontre presque jamais isolément dans la rate; on l'observe en même temps dans d'autres organes, surtout dans le foie et les reins, souvent aussi dans les glandes lymphatiques et la muqueuse intestinale; en outre, on trouve, comme coïncidence habituelle, les restes d'une affection chronique des os, d'une syphilis constitutionnelle, d'une tuberculisation, d'un cancer; ce que nous allons voir d'ailleurs en traitant de l'*étiologie*.

IV. ÉTIOLOGIE. — Donnons d'abord quelques notions étiologiques ayant trait à la fréquence de l'altération amyloïde de la rate, envisagée suivant l'âge, le sexe, les milieux, etc.

D'après Wagner (relevé de 48 cas), Frerichs (relevé de 68 cas), et Fehr (relevé de 144 cas), la dégénérescence amyloïde peut se montrer à tout âge; mais elle est surtout fréquente de 20 à 50 ans; l'homme paraît y être plus sujet que la femme (87 hommes, 57 femmes, d'après les cas relevés par Fehr). L'altération paraît plus fréquente en Allemagne et en Angleterre; mais nous devons faire remarquer que son étude est restée quelque peu négligée en France, ce qui pourrait peut-être expliquer la différence des résultats.

Quant aux causes proprement dites, elles sont complexes; mais elles peuvent cependant se résumer en une seule qui les renferme toutes : *un trouble général de nutrition de l'organisme*. Dans toutes les observations qui sont publiées, les processus morbides déterminants sont des plus variés; mais un lien commun les rattache, c'est leur valeur comme cause de débilitation de l'organisme. C'est évidemment ainsi qu'agissent toutes les causes que l'on a citées comme

produisant l'altération amyloïde, nous voulons parler des suppurations osseuses, du rachitisme, de la tuberculose, du cancer, de la syphilis constitutionnelle, de la cachexie paludéenne, cardiaque ou autre.

Nous pensons donc que l'on doit rejeter l'opinion de M Barth, que nous trouvons ainsi formulée dans les Bulletins de la Société anatomique de 1857 : « Je n'ai vu les altérations cirruses que depuis trois ou quatre ans ; je crois, par conséquent, qu'elles doivent être déterminées par des causes de date récente. Je ne serais pas éloigné de penser qu'elles peuvent être attribuées à l'usage prolongé de l'huile de foie de morue. »

V. SYMPTOMATOLOGIE. — Faire une étude symptomatologique complète de la dégénérescence amyloïde de la rate nous semble impossible, dans l'état actuel de nos connaissances. Disons-en cependant quelques mots.

Chez les malades atteints de dégénérescence amyloïde, on observe toujours deux ordres de symptômes : les uns tiennent à la maladie antérieure qui a amené la dégénérescence ; les autres sont le fait de l'altération elle-même. — Le début se fait habituellement d'une manière silencieuse, au milieu même des symptômes de la cachexie persistante ; elle échappe, à cette période, à l'observation la plus attentive, et ce n'est guère que dans les phases les plus avancées, lorsque l'altération est déjà étendue, qu'il est permis d'en soupçonner l'existence. Il faudra alors faire un examen clinique approfondi, et quelquefois les signes physiques pourront mettre sur la voie.

La rate, en effet, est ordinairement hypertrophiée ; le fait n'est cependant pas constant : ainsi, sur 14 observations où le volume est nettement indiqué, nous avons trouvé 4 cas où on constatait une diminution du volume de l'organe. — La surface de la rate est lisse et unie, sa consistance un peu plus ferme ; mais il est très-difficile de percevoir ces caractères.

Ajoutons d'ailleurs qu'il faudra toujours examiner simultanément le foie, les reins et la rate, et même le canal intestinal. — De la réunion des symptômes présentés par ces organes, on pourra quelquefois arriver au diagnostic.

D'après Niemeyer, la dégénérescence du parenchyme splénique semble plus particulièrement coïncider avec des hydropisies et des hémorrhagies multiples ; mais comment apprécier à leur juste va-

leur ces divers phénomènes, alors que la plupart des cachexies peuvent leur donner naissance, et que l'état cachectique domine nécessairement le tableau symptomatique de la dégénérescence ?

VI. PRONOSTIC. — Il est constamment grave, surtout en raison des conditions spéciales dans lesquelles se développe la dégénérescence. Cependant dans certains cas liés à la cachexie syphilitique, la lésion a pu être enrayée et même guérie.

VII. TRAITEMENT. — Le traitement présente toujours deux indications principales : l'état pathologique, qui a servi de cause déterminante, et la dégénérescence elle-même. Parmi les nombreux moyens thérapeutiques mis en usage contre cette dernière, bien peu nous paraissent offrir quelque valeur.

Les succès connus jusqu'à présent ont été dus à l'iodure de potassium uni aux pilules bleues (Gros), et l'altération s'était développée chez des individus syphilitiques. Nous nous bornerons encore à signaler l'usage successif de l'iodure potassique et des eaux d'Aix-la-Chapelle (Frerichs) ; l'administration du chlorhydrate d'ammoniaque, à petites doses (Budd). Signalons enfin l'emploi des eaux alcalines (Vichy, Ems, Carlsbald) et des eaux sulfureuses (Weilback).

## RATE PIGMENTÉE OU MÉLANHÉMIQUE

On donne le nom de *rate pigmentée* ou *mélanhémique* à un état morbide caractérisé par l'accumulation de matière pigmentaire dans l'organe splénique. — La pigmentation de la rate, d'ailleurs, est toujours accompagnée de la présence dans le sang de matière pigmentaire que l'on trouve souvent aussi dans le foie, le cerveau et les reins. — L'ensemble des phénomènes produits par l'accumulation de ce pigment constitue la maladie qu'on a appelée *mélanhémie*.

### I. BIBLIOGRAPHIE.

LANCISI. — *De noxiis paludum effluviis*, in opera medica.

STOLL. — *Ratio medendi*.

BAILLY. — *Traité des fièvres intermittentes*, 1825.

BILLARD. — *Arcives générales de médecine*, 1825.

POPKEN. — *Historia epidem. malignæ Jeveræ observ.* Bremel, 1827.

ANNESLEY. — *Researches in the causes, nature, treatment of the more prevalent Diseases of India.* London, 1828.

STEWARSON. — *The American Journal*, p. 42, 1841.

HASPEL. — *Maladies de l'Algérie.* Paris, 1850.

MECKEL. — *Zeitschr. für Psychiat.* 1847, et *Deutsche Klinik*, 1850.

VIRCHOW. — *Archiv für pathol. Anat.* 1849 et 1853.

PLANER. — *Eodem loco*, 1854.

FRERICHS. — *Maladies du foie.* — Art. Foie pigmenté, p. 262, année 1862.

II. HISTORIQUE. — « D'après une ancienne tradition, il se formerait parfois dans la rate et dans le sang de la veine porte des matières noires pouvant devenir une source de maladies. La bile noire constituait naguère un élément essentiel des théories humoropathologiques. Galien la regardait comme un résultat secondaire de la préparation de la bile et la faisait s'accumuler dans la rate, d'où elle allait causer l'engorgement des vaisseaux, l'obstruction des intestins et des troubles graves de l'innervation. » (Frerichs). — A peine la médecine scientifique avait-elle renversé ces vestiges de la pathologie hippocratique, qu'il lui fallut y revenir; en effet, on observa des affections où il se forme dans la rate, aux dépens du sang décomposé, des substances noires que l'on retrouva dans le foie, dans le cerveau; et dans ces affections on constata l'existence d'accidents semblables à ceux qu'ont décrits les anciens.

Cependant, pour être justes, il faut reconnaître que l'étude des faits relatifs à la pigmentation appartient à l'époque contemporaine. — Lancisi, Stoll, Bailly, Billard, Haspel, Stewardson se bornèrent seulement à décrire la pigmentation de la rate, du cerveau ou du foie; mais Meckel le premier (1837), bientôt suivi par Virchow, en fit l'objet d'études fructueuses. Pour la première fois, il reconnut que la coloration sombre des organes dépendait d'une accumulation du pigment dans le sang.

Un peu plus tard, Heschl et Planer continuèrent ces travaux importants et publièrent un grand nombre de faits ayant trait au sujet qui nous occupe. Terminons enfin ce court aperçu historique en signalant l'important article consacré par Frerichs à la pigmentation du foie, dans son *Traité pratique des maladies du foie et des voies biliaires*.

III. ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Nous ne voulons pas faire ici l'histoire complète de la mélanhémie. Nous nous bornerons donc à décrire ce que la pigmentation offre de particulier dans la rate.

*Aspect extérieur.* — Dans l'état morbide que nous étudions, la rate est généralement d'un brun sombre, de temps en temps d'un noir bleuâtre ; cette couleur est tantôt uniforme, tantôt répandue par taches. En même temps la consistance et le volume de la rate sont modifiés ; elle est hypertrophiée, ramollie dans les cas aigus, endurcie quand la maladie suit une marche chronique. En même temps que ces lésions, on en trouve d'analogues dans le foie, les poumons, le cerveau, les reins et les glandes lymphatiques. — Le pigment existe aussi en abondance dans le sang qui le porte dans les divers organes et les tissus.

*Caractères physiques du pigment.* — La forme qu'affecte d'habitude le pigment, est celle de granules petits, arrondis ou anguleux, qui tantôt ont des contours bien arrêtés et tantôt sont entourés par un liséré brunâtre ou incolore. Rarement ces granules sont isolés ; la plupart du temps plusieurs sont réunis en groupe au moyen d'une substance pâle, soluble dans l'acide acétique et dans les alcalis caustiques. — Outre les granules et les conglomerats granuleux, on découvre aussi, mais en bien plus petit nombre, de véritables cellules pigmentaires. Dans l'intérieur de ces cellules sont logés les grains noirs en nombre plus ou moins grand.

La couleur du pigment est d'habitude d'un noir foncé ; plus rarement elle est brune ou ocreuse ; par exception seulement elle paraît d'un jaune rouge. Ces teintes représentent les divers stades par lesquels passe l'hématine pour se transformer en matière mélanique ; les progrès de cette métamorphose ne sont pas seulement réels par la couleur, ils le sont encore par le mode d'action des réactifs. La résistance que les substances noires opposent aux acides et aux alcalis caustiques est fort variable. Si ces produits sont de formation récente, ils blanchissent et perdent plus ou moins rapidement leur couleur ; s'ils sont anciens, ils résistent bien plus longtemps à l'action chimique. (Frerichs.)

IV. PATHOGÉNIE ET SYMPTOMATOLOGIE. — La pathogénie embrasse deux termes : 1° où et comment se forme le pigment ? 2° quelles sont les conséquences qu'entraîne ce corps, relativement à l'activité fonctionnelle et à la structure des divers organes ?

1° *Où et comment se forme le pigment?* Il paraît bien prouvé que le pigment se développe dans la rate ; mais cette propriété n'appartient-elle qu'à l'organe splénique? Frerichs croit que le pigment n'est qu'une transformation de l'hématine et qu'elle peut s'opérer partout, même en dehors du système vasculaire. Nous ne savons jusqu'à quel point est fondée cette manière de voir ; quoi qu'il en soit, ce qui est certain, c'est que l'accumulation du pigment n'est nulle part aussi constante que dans la rate ; sa présence dans cet organe est une règle sans exception. Après la rate, relativement à la fréquence et à l'intensité de la pigmentation, vient le foie, puis les poumons, le cerveau, les reins. Il n'est pas rare de voir la rate seule pourvue de pigment.

Une fois formé, le pigment passe dans les vaisseaux, et il est porté dans la circulation générale : dans les capillaires, il se trouve arrêté ; il s'agglomère, et c'est ainsi qu'il peut s'accumuler dans les divers organes. Dans le foie, le pigment apparaît formant des irradiations semblables à celles du trajet des vaisseaux ; dans les reins, le pigment s'arrête de préférence dans la substance corticale ; dans le cerveau, il se loge surtout dans la substance grise.

2° *Quelles sont les conséquences qu'entraîne le pigment, relativement à l'activité fonctionnelle et à la structure des divers organes?* Le travail de formation pigmentaire dont la rate est le siège exerce sur l'estomac une influence dont le résultat est un ensemble analogue à la chlorose ; l'anémie et l'hydrémie sont les phénomènes les plus saillants. Par suite de l'arrêt du pigment dans les vaisseaux, arrivent aussi des altérations secondaires que nous allons seulement indiquer.

Dans *le foie*, une partie de la circulation porte est oblitérée ; par suite, on a des effets *a tergo* dans les racines de la veine porte ; de là des congestions, des hémorrhagies intestinales, de la diarrhée, des vomissements. Par suite de l'oblitération, il peut même y avoir ascite, hydropisie, etc. — Pour *les reins*, il se produira de l'albuminurie et quelquefois de l'hématurie ; — Pour *le cerveau*, il y aura affaiblissement intellectuel, coma, délire, quelquefois paralysie, troubles, que d'ailleurs on peut rencontrer dans l'anémie ou l'ischémie cérébrales. On voit que les symptômes s'expliquent assez nettement par les lésions.

V. ÉTIOLOGIE. — Les fièvres d'origine palustre, intermittentes, ré-

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX



Planche XXXI.

**TUMEUR FIBRO-PLASTIQUE**

mittentes ou continues sont, jusqu'à présent, les seules causes qu'on soit en droit d'assigner à la pigmentation de la rate.

VI. PRONOSTIC. — Trop souvent la mort est la conséquence des désordres produits par l'accumulation du pigment dans les viscères ; toutefois, quand la lésion ne gagne pas les centres nerveux, quand elle reste dans le foie et la rate, on peut quelquefois obtenir la guérison, au moins momentanée. Il faut cependant se garder de porter un pronostic trop favorable, car il n'est pas rare de voir tout à coup des récidives promptement mortelles éclater à l'improviste.

VII. TRAITEMENT. — La pigmentation de la rate ne fournit pas d'indications thérapeutiques spéciales. Son traitement se confond avec celui des fièvres intermittentes vulgaires ou pernicieuses et avec celui de la cachexie palustre.

Il faudra, dès que le diagnostic sera établi, faire prendre au malade d'assez fortes doses de sulfate de quinine, soit en potion, soit par la méthode hypodermique. — On combinera ce traitement avec des préparations ferrugineuses, le lactate ou le citrate de fer. On pourra aussi recourir aux préparations iodées, surtout à l'iodure de fer, et surtout aux eaux minérales contenant de l'iode ou du brome.

---

## MÉDECINE OPÉRATOIRE

---

### TUMEUR FIBRO-PLASTIQUE DE LA CUISSE

PAR LE DOCTEUR A. DE MONTMÉJA

La PLANCHE XXXI représente une tumeur fibro-plastique de la cuisse dont nous avons pris la photographie dans le service de M. MAISONNEUVE, à l'Hôtel-Dieu.

En dehors du volume considérable qu'elle possédait, cette tumeur n'avait rien de particulier à signaler sous le rapport de sa nature et de son développement. Nous ne voulons même pas donner ici sa description détaillée, qui serait sans intérêt, pour nous borner à quelques réflexions pratiques sur l'extirpation de ce genre de tumeurs.

Nous connaissons trois autres cas de tumeurs fibro-plastiques tout à fait analogues à celui que représente notre photographie : L'un d'eux a été observé par nous à l'hôpital de Bicêtre et les deux autres dans la pratique civile. Dans ces différents cas, la tumeur avait acquis un volume considérable et siégeait dans la même région ; il était impossible de reconnaître, par la palpation, la présence de pédicule, et la surface très-indurée offrait des sillons larges et profonds dans lesquels régnaient des vaisseaux veineux très-dilatés.

Ces sillons et ces vaisseaux s'entre-croisaient fréquemment : tout, en un mot, annonçait une grande vascularité de la surface de ces tumeurs.

Le malade que nous avons observé à Bicêtre ne subit point d'opération et succomba à la suite d'une vaste suppuration qui s'établit au sein de la tumeur et se fit jour par plusieurs débouchés ; à l'autopsie, nous trouvâmes sous la tumeur un pédicule très-court renfermant de nombreux vaisseaux.

Dans les deux cas que nous avons observés, en dehors des établissements hospitaliers, les tumeurs furent enlevées à l'aide d'une dissection fort pénible et d'une longue durée ; on arriva également sur un pédicule qui fut lié et coupé, mais les malades perdirent une quantité énorme de sang pendant la dissection ; les veines superficielles formaient de riches anastomoses avec les veines cutanées, et ces dernières avaient acquis un calibre bien supérieur à celui qu'elles possèdent normalement ; de là des hémorrhagies dont on ne put se rendre maître assez rapidement. Une des malades ne tarda pas à mourir et la seconde succomba peu de jours après par infection purulente.

Le malade dont nous avons la photographie fut opéré par M. Maisonneuve. Le chirurgien ne manqua pas de faire ressortir l'inconvénient qu'il y avait à pratiquer la dissection d'une surface de téguments si considérable et dit que, en pareil cas, il avait eu à se louer de procéder de la manière suivante :

Après avoir fait à la peau, sur la partie moyenne et dans toute la longueur de la tumeur, une incision ovale, le chirurgien, saisissant d'une main les bords de la plaie, qu'une dissection peu étendue rendait plus accessibles, pratiquait la séparation des téguments par arrachement, en s'aidant de l'autre main qui dédolait, ainsi qu'on l'eût fait avec un instrument tranchant. Lorsqu'on arrivait au pédicule, on plaçait une ligature et le serre-nœud faisait le reste.

Le malade, que nous avons vu opérer, perdit très-peu de sang ; malgré l'état de cachexie dans lequel il se trouvait avant l'opération, il tarda quelque temps à succomber à l'épuisement de ses forces.

L'application de la méthode opératoire dont nous venons de parler offre de grands avantages au point de vue de la rapidité, mais elle demande de la vigueur de la part de celui qui l'emploie ; elle possède une physionomie quelque peu brutale ; son manuel opératoire ne comporte pas l'élégance de nos opérations réglées, mais elle place le malade dans les meilleures conditions pour le succès, lorsque son état général et les complications inhérentes aux grands traumatismes n'y mettent pas de sérieux obstacles.

---

## CLINIQUE MÉDICALE

---

### ÉTUDE SUR LES ARTHROPATHIES CONSÉCUTIVES A QUELQUES MALADIES DE LA MOELLE ET DU CERVEAU

PAR BOURNEVILLE <sup>1</sup>

#### VI. ATTITUDE ET CONTRACTURE DES MEMBRES ; — LÉSIONS ARTICULAIRES QUI S'OBSERVENT CHEZ LES HÉMIPLÉGIQUES.

1<sup>o</sup> *Hémiplégiques par atrophie partielle du cerveau (fin).* — « L'attitude habituelle de ces malades, écrit M. Bouchard, consiste en une flexion de l'avant-bras avec pronation, flexion de la main et des doigts. Si l'on opère par force l'extension des doigts, on voit qu'arrivés à un certain degré ils se placent spontanément et brusquement comme par un mouvement de ressort dans une extension forcée, en même temps que la flexion augmente dans l'articulation radio-carpienne, et le membre reste indéfiniment dans cette nouvelle position. Si l'on opère alors la flexion, on éprouve d'abord une certaine résistance, puis brusquement encore, la flexion des doigts se complète spontanément et la main se redresse légèrement ; l'attitude primitive s'est ainsi reproduite : sur 14 malades du service de M. Delasiauve atteints d'atrophie cérébrale, j'ai noté deux fois ce symptôme<sup>2</sup>. »

<sup>1</sup> Voy. *Revue Photographique*, 1871, page 120.

<sup>2</sup> *Des Dégénérationes secondaires de la moelle épinière*, p. 68, 1866.

Plus loin (p. 72), achevant la description des déformations de la main, il ajoute : « Lorsque l'hémiplégie s'est produite avant le complet développement de l'individu, et surtout dans la première enfance, la main qui est le plus souvent en flexion, au lieu d'accuser par des angles saillants les articulations fléchies, présente au contraire, par sa région dorsale, une surface régulièrement convexe qui se continue sans soubresaut de l'avant-bras jusqu'aux dernières phalanges. Cette forme particulière est sans doute le résultat de l'atrophie du tissu osseux et des éminences articulaires, atrophie à laquelle ne participe pas le tissu cellulaire sous-cutané. Ce caractère suffit quelquefois, en l'absence de tout commémoratif, pour distinguer le ramollissement ancien de l'adulte de l'atrophie cérébrale unilatérale consécutive à une lésion, quelle qu'elle soit, qui aurait détruit une portion plus ou moins considérable d'un hémisphère pendant l'enfance. »

Le caractère attribué, d'ailleurs avec réserve, par M. Bouchard, aux déformations de la main chez les personnes paralysées depuis leur enfance n'est pas constant. On le voit chez Delett..., représentée dans la PLANCHE XVI; mais il manque chez Lec.... (PLANCHE VIII), paralysée dès l'âge de 17 mois.

Chez cette dernière malade, en effet, la main forme avec l'avant-bras un angle droit. Nous retrouvons encore cette même attitude chez une femme dont la paralysie, survenue à l'âge de 21 ans, date aujourd'hui de près de 20 ans. La lecture de son histoire, l'examen de la PLANCHE XXXII, permettront à nos lecteurs de s'assurer par eux-mêmes que les différences, au moins dans ces cas, sont médiocrement tranchées.

OBSERVATION XI. — *Attaques apoplectiques répétées. — Hémiplégie droite complète. — Rétablissement du membre inférieur. — Contracture persistante du membre supérieur. — État actuel.*

Trib... Louise-Joséphine, âgée actuellement de 41 ans, couturière, est entrée à la Salpêtrière en octobre 1856.

*Notes communiquées par M. VULPIAN.* T... a été réglée à 12 ans; les règles étaient régulières et assez abondantes. Elle a joui d'une bonne santé jusqu'à 21 ans, époque où elle a eu, dans un même jour, deux attaques caractérisées par des étourdissements avec perte de connaissance et chute. A la fin de la semaine, elle a eu une troisième attaque, suivie d'une *hémiplégie droite* avec résolution des membres. Ces diverses attaques auraient été précédées de céphalalgie.

Au dire de la malade, la bouche aurait été fortement déviée à gauche durant deux mois. La paralysie de la jambe aurait commencé à diminuer au bout de deux mois. A une certaine époque, gonflement du bras et de la main ; cet accident reviendrait de temps en temps.

*État actuel (1862).* Paralysie du bras droit avec roideur et flexion très-légère de l'avant-bras sur le bras et des doigts sur la paume de la main. La malade ne peut étendre ni l'avant-bras, ni les doigts. L'extension forcée des doigts ne cause aucune douleur. Parfois T... a des douleurs spontanées dans l'avant-bras ; dans certains moments, elles s'accompagnent d'un mouvement qui exagère la flexion des doigts. — T... ne peut mouvoir ni les orteils, ni le pied qui est dévié. — Les muscles extenseurs, fléchisseurs, etc., paraissent avoir conservé leur contractilité. — Point hyperesthésique au niveau de la partie inférieure de la région dorsale de la colonne vertébrale. Douleur au creux hypogastrique. Partout ailleurs la sensibilité n'est pas modifiée.

Céphalalgie fréquente. Faiblesse générale très-grande. A l'auscultation du cœur, léger bruit de souffle au premier temps ; dédoublement du second. Pouls à 60, parfois à 40.

5 novembre 1862. La malade entre à l'infirmerie pour des douleurs assez vives à la région cardiaque. A l'auscultation, on constate que le second bruit a un timbre assez sec et est dédoublé. Le dédoublement a son maximum d'intensité à la pointe, mais se retrouve aussi à la base. T... dit éprouver des palpitations depuis l'âge de 21 ans. Le pouls est assez petit. — La malade a toujours, par intervalles, des douleurs dans le bras droit. Il n'y a pas de changement appréciable des parties paralysées depuis la note précédente. — Octobre 1865. Bronchite.

Mai 1866. Bronchite. — La malade traîne la jambe droite en marchant. Elle ne peut se servir de son membre supérieur, qui est lourd, mais elle le soulève. Les doigts sont fléchis dans la paume de la main ; il lui est impossible de les étendre. — La *face* est un peu tirée vers le côté gauche. Rotation des yeux en tous sens.

Mars 1867 (Note de M. Lépine). Il y a quelques jours, les deux mains étaient semblables au point de vue de la température. Aujourd'hui, 24 mars, la main, l'avant-bras, et le bras sont plus froids à droite. La différence est beaucoup moins grande aux bras qu'aux mains. De même pour les membres inférieurs, le pied, la jambe, le genou et la cuisse, mais à un moindre degré, sont plus

froids du côté malade que du côté sain. Ces phénomènes s'accroissent davantage quand la malade est levée depuis quelque temps.

*Mars 1868*<sup>1</sup>. Elle vient à l'infirmerie pour un embarras gastrique.

*Octobre 1871*. Cette malade, petite de taille (1<sup>m</sup>,45) ressemble plus à un enfant par ses allures et son langage qu'à une femme. Son intelligence est faible; sa tête est peu volumineuse (48 centimètres un peu au-dessus de la racine du nez et au niveau des conduits auditifs). Les deux moitiés du crâne, de la face, de la chevelure, etc., ne présentent pas de différence. Il n'y a pas de signes de paralysie faciale.

*Membre supérieur droit*. La malade élève le bras jusqu'à l'horizontale; l'adduction et l'abduction se font d'une manière incomplète. Pour dépasser ces limites, même légèrement, on doit vaincre une certaine résistance.

T... tient d'habitude l'avant-bras fléchi à angle droit sur le bras; on parvient aisément à le mettre dans l'extension, mais bientôt il revient à sa position ordinaire, par suite de la contracture des muscles fléchisseurs et en particulier du biceps. L'avant-bras, considéré en lui-même, est dans la pronation. Essaye-t-on de le placer dans la supination, après effort, on arrive à une position intermédiaire. Veut-on aller plus loin, on est arrêté par la douleur.

La main est à angle droit sur l'avant bras, les doigts sont fléchis. Voici leur disposition respective: la phalange du pouce est portée en dedans, la phalangette fléchie sur la phalange. — Les autres doigts sont fléchis dans les articulations des phalanges avec les phalangines. Les phalangettes sont très-peu fléchies; la flexion de celle de l'auriculaire est plus marquée. En un mot, les doigts ont l'aspect d'un crochet, ou mieux d'une griffe. Lorsqu'on veut les allonger, on éprouve une résistance notable et, aussitôt qu'on les abandonne à eux-mêmes, ils reviennent à leur position pathologique à l'instar d'un ressort. Les mesures suivantes indiquent les dimensions comparatives des divers segments des membres supérieurs:

	DROIT	GAUCHE
Circonférence du métacarpe (extrémité inférieure) . . . . .	17,5 cent.	18,5 cent.
— du pouce. . . . .	4,7 —	5,5 —
Longueur du pouce. . . . .	4 —	5,2 —
Circonférence du poignet. . . . .	14 —	14 —
— du coude. . . . .	19 —	19,2 —
— du bras (1/3 inf.) . . . .	20 —	20 —

<sup>1</sup> A partir de cette date, l'observation nous est personnelle.

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX



Plaque XXXII.

**HÉMIPLÉGIE ANCIENNE**

ATTITUDE

Les différents modes de sensibilité sont intacts. La malade se plaint seulement de douleurs dans les articulations métacarpo-phalangiennes, douleurs qu'elle compare à des élancements et qui reviendraient plusieurs fois par jour. — Elle serre encore un peu avec sa main ; elle porte même des objets assez pesants, lorsqu'ils sont placés dans le crochet formé par les doigts, par exemple un pot de tisane. D'après elle, la faiblesse serait plus grande sous l'influence du froid.

*Membre inférieur droit.* La hanche et le genou sont libres. Le genou, durant les mouvements, est le siège de quelques craquements. L'articulation tibio-tarsienne est roide ; le pied est porté en dedans, sa face plantaire relevée (varus léger). La malade est impuissante à remuer les orteils, qui sont un peu fléchis, et à porter le pied soit dans l'adduction, soit dans l'abduction. La sensibilité est normale, la même des deux côtés. T... marche avec facilité ; cependant elle traîne encore la jambe, comme elle le faisait en 1862. Les pieds sont, à peu de chose près, aussi longs l'un que l'autre. Voici les mesures respectives des deux membres inférieurs :

	DROIT	GAUCHE
Circonférence du métacarpe. . . . .	48 cent.	48 cent.
— du cou-de-pied. . . . .	48,5 —	49 —
— du mollet. . . . .	23,3 —	24 —

Les deux membres supérieurs ont la même longueur. — Les règles commencent à devenir irrégulières, ce qui semble annoncer l'approche de la ménopause. Les diverses fonctions physiologiques s'accomplissent d'une façon normale.

Chez cette femme, dont l'hémiplégie est très-ancienne, l'attitude générale des membres, les déformations de la main, des doigts, se rapprochent à un degré remarquable de l'attitude et des déformations consignées dans les deux précédentes observations relatives à des hémiplégies apparues à 17 mois et à 7 ans.

D'après M. Cotard, « le membre supérieur est rapproché du tronc, l'avant-bras fléchi à peu près à angle droit et en pronation ; la main est fléchie et inclinée vers le bord cubital ; les doigts sont plus ou moins fortement fléchis dans la paume de la main ; généralement le pouce est étendu et les doigts sont de plus en plus fléchis à mesure qu'on se rapproche du bord cubital. C'est l'annulaire et le petit doigt qui sont d'ordinaire le plus parfaitement fléchis ; quelquefois les doigts sont étendus, renversés en arrière, déformés, ou bien le poing est

complètement fermé. La contracture est d'ordinaire beaucoup moins prononcée au membre inférieur; on observe une légère flexion du genou et une extension forcée du pied avec fréquente déviation en dedans représentant exactement un pied-bot varo-équin<sup>1</sup>. »

Cette description, considérée dans son ensemble, est exacte. Toutefois, nous pensons qu'il faut être moins absolu en ce qui concerne l'attitude des doigts. Selon M. Cotard, « c'est l'annulaire et le petit doigt qui sont d'ordinaire le plus fortement fléchis. » Or chez Delet..., paralysée à 7 ans (Obs. X, PLANCHE XVI), ce sont, au contraire, ces doigts-là qui sont les plus libres, tandis que chez Trib..., paralysée à 21 ans, c'est l'annulaire qui est, en effet, le plus fortement fléchi. Chez Lecom..., la contracture, très-prononcée au pouce, moins aux deuxième, troisième et quatrième doigts, est nulle à l'auriculaire : cependant la paralysie date de l'âge de 17 mois.

Voici encore quelques faits à l'appui de la restriction que nous avons émise. — Bin..., Fr. Héloïse, âgée de 30 ans (1866), malade du service de M. DELASIAUVE, hémiplegique à gauche depuis la première enfance, présente à la main les déformations suivantes : le *pouce* est fléchi et contracturé ; les autres doigts sont plutôt dans l'extension. Tout le membre supérieur gauche, par rapport à l'autre, est atrophié.

— Vill..., V. Léonide, 31 ans (1866, service de M. DELASIAUVE), est devenue hémiplegique du côté droit à la suite de convulsions (avant l'âge de 13 mois). La main paralysée est à angle droit sur l'avant-bras et est déviée vers le bord cubital. Les phalanges et phalangines des quatre derniers doigts sont un peu étendues, les phalangettes légèrement fléchies. Il résulte de cette disposition : 1° que le métacarpe et les deux premières phalanges forment une concavité regardant en avant ; 2° que les phalangettes forment une suite de crochets avec les phalangines ; le pouce est fléchi assez fortement dans la paume de la main.

— Maur..., Marie, âgée aujourd'hui de 27 ans (service de M. CHARCOT), est hémiplegique du côté gauche depuis l'âge de 8 à 9 mois. La main dans la pronation est à angle droit sur l'avant-bras. Le pouce est fléchi dans la paume de la main ; les autres doigts pris dans leur ensemble sont plutôt dans la demi-flexion. Toutefois

<sup>1</sup> Étude sur l'atrophie partielle du cerveau, p. 98. Paris, 1868.

nous devons faire remarquer que les phalanges et phalanges sont un peu étendues, la phalange fléchie ; il y a là une disposition en quelque sorte spéciale, comme chez Vill... La contracture est très-marquée au pouce, un peu moins à l'index et au médius, *légère à l'annulaire, nulle à l'auriculaire*. Si la malade étend les doigts, ils passent immédiatement à la position extrême d'extension. Les doigts ne peuvent prendre une position intermédiaire : ou ils sont dans la demi-flexion, ou dans l'extension complète. Tout le membre paralysé est moins développé que l'autre.

— Gra..., M. Pauline, 26 ans ; convulsions à l'âge de 8 mois, suivies d'une paralysie du côté gauche. La main, à angle droit sur l'avant-bras, est dans la pronation et portée vers le bord cubital. Pas plus que chez les autres malades, nous ne retrouvons ici la disposition arrondie signalée par M. Bouchard. Les doigts, considérés dans leur ensemble, sont allongés ; la première phalange un peu étendue, formant avec la face dorsale du métacarpe une concavité regardant en avant ; les phalanges et surtout les phalanges des quatre derniers doigts ont plutôt une légère tendance vers la flexion. Le pouce a une attitude à peu près normale.

Les observations qui précèdent sont suffisantes pour que chacun puisse se rendre compte de l'attitude des membres supérieurs chez les malades que nous avons eu plus particulièrement en vue. A part la disposition générale de la main qui est — dans tous ces cas — à angle droit sur l'avant-bras ; à part aussi, mais peut-être avec moins de fixité, la flexion du pouce sur la face palmaire, les autres particularités sont moins constantes<sup>1</sup>. Si nous nous en tenions à nos faits, nous aurions deux variétés : 1° flexion des doigts ; 2° extension des premières phalanges et flexion des phalanges. — Dans un dernier chapitre nous parlerons des quatre types de déformation que l'on observe chez les malades devenus hémiplégiques à une époque plus ou moins avancée de l'existence, et nous résumerons brièvement les lésions articulaires que l'on observe en pareille occurrence.

<sup>1</sup> Sous l'influence des changements atmosphériques, alors que, pour employer une expression des malades, *la paralysie les travaille*, l'attitude des membres, les déformations des mains subissent quelques modifications.

## REVUE DE LA PRESSE

---

### ANÉVRYSME DE LA VALVULE MITRALE AVEC THROMBOSES SECONDAIRES

PAR LE DOCTEUR THÉODORE SIMON

Wilhelm K..., âgé de 16 ans, ouvrier à Hambourg, entre le 24 mai 1870 dans la quatrième division de médecine de l'hôpital de Hambourg et meurt deux jours après, le 26 à midi.

*Renseignements obtenus après la mort.* — Il y a cinq semaines, le malade devait être en bonne santé. Il commença alors à se plaindre de sa respiration courte, surtout en montant les escaliers, et de fréquentes palpitations. Cependant il pouvait aller à son travail. Le 18 mai, tout d'un coup, frisson très-violent et prolongé ; on ne sait s'il s'est reproduit. Le malade fut bientôt obligé de garder le lit. Le troisième jour, convulsions violentes et perte de connaissance. Le malade ne prend rien et évacue involontairement ses selles et son urine. Ses parents sont d'ailleurs bien portants ; une sœur de 14 ans seulement est sujette presque chaque mois à des accès convulsifs.

*État à l'entrée.* — Le malade est un homme grand, mais peu robuste et très-maigre, qui a évidemment vécu dans des conditions très-défavorables. Peau brûlante, pouls petit, très-fréquent (142) et très-facilement dépressible (mou). Le malade a perdu toute connaissance, ne répond pas aux excitations, regarde parfois fixement autour de lui, mais, le plus souvent, reste les yeux fermés, murmurant des paroles inintelligibles. Il avale les liquides qu'on lui introduit dans la bouche (un quart de bouteille de Porto, bouillon au jaune d'œuf, lait). Les deux pupilles sont dilatées et ne réagissent que très-imparfaitement, même sous une vive lumière.

La langue, couverte d'un enduit jaune épais, est sèche, sans trace de morsures ; dépôts fuligineux épais sur les gencives. — Son normal des deux poumons à la percussion ; il n'est point affaibli aux sommets. Partout on entend une respiration faible, très-fréquent (48 fois à la minute) et très-superficielle. Matité cardiaque plus grande qu'à l'état normal, atteignant le bord sternal droit et, sur la ligne du mamelon, le sixième espace intercostal. La matité

est tout à fait absolue. Les bruits du cœur sont extrêmement faibles et sourds ; pas de bruits anormaux.

L'étendue de la matité du foie et de la rate est normale. Pas d'éruptions sur le ventre ; vessie distendue : la sonde en évacue un litre d'urine rouge, dont le poids spécifique est 1022, sans albumine ni sucre. — La température était à cinq heures du soir de 39°,8, à sept heures de 39°,4, à neuf heures de 40°,2.

Le 25 mai, l'état est le même. Nouveau cathétérisme : l'urine, sans albumine, a un poids spécifique élevé (1026) et laisse déposer en se refroidissant beaucoup d'urates. — Le soir, perte de connaissance complète ; le malade grince des dents, les yeux sont le plus souvent fermés, le pouls difficile à compter, les bruits du cœur extraordinairement sourds. Râles dans les poumons. La température reste élevée toute la journée.

Matin, 9 heures . . . . .	39°,2
— 11 heures . . . . .	39°,4
Après-midi, 1 heure . . . . .	39°,8
— 3 heures . . . . .	39°,8
— 5 heures . . . . .	39°,2
Soir, 7 heures . . . . .	39°,6
— 9 heures . . . . .	39°,6

Le matin du 26, la scène a changé. Le malade est sans pouls, couvert d'une sueur froide, et ne peut plus même avaler le vin. A dix heures du matin, apparition de pétéchies de la grandeur d'une tête d'épingle à celle d'une pièce de six pfennings sur le cou, la poitrine et le ventre. Pupilles inégales, la droite plus grande, sans réaction à la lumière. A neuf heures, la température était de 36°,4 ; à onze heures, de 35°,6 ; une heure plus tard, le malade était mort.

Le traitement s'était réduit à l'emploi d'excitants énergiques, surtout de vin de Porto toutes les heures, puis toutes les demi-heures, avec de la glace sur la tête. — Le pronostic devait être très-mauvais et faire prévoir une mort très-prochaine. Le diagnostic était très-incertain, les renseignements manquant sur la durée de la maladie et sur son début.

L'absence du gonflement de la rate et de roséole empêchent de songer au typhus, outre que la physionomie générale de la maladie n'avait rien de typhique, à part la haute température, mais se rapprochait de celle de la méningite, et nous crûmes d'abord à cette dernière.

Le véritable état du cœur ne fut pas reconnu, la faiblesse des

bruits du cœur, attribuée simplement à l'état misérable du malade, l'intensité et l'étendue de la matité cardiaque ne furent pas appréciées à leur valeur en face des troubles prédominants du système nerveux. — Nous n'avons observé aucuns bruits particuliers.

Si j'avais eu, pendant la vie du malade, les renseignements rapportés dans nos premières lignes, dit M. Th. Simon, j'aurais indubitablement reconnu la péricardite, et en présence du frisson et des attaques convulsives graves, on eût pu conclure à un processus endocarditique concomitant et à des thromboses émanant de celui-ci, par suite à des foyers de ramollissement dans le cerveau. Mais, si bien établi qu'eût pu et qu'eût dû être le diagnostic, les lésions du cœur étaient si extraordinaires, qu'il était impossible de les soupçonner, comme le montreront les résultats de l'autopsie.

AUTOPSIE. — Corps amaigri; pétéchies au cou, au dos et au ventre. Le canal vertébral est gorgé de sang; les enveloppes de la moelle sont pâles; la moelle épinière est complètement normale.

Le crâne est assez vaste, les sutures, sans la moindre soudure, fortement dentelées. Surface du crâne lisse, la table interne partout normale, n'adhérant nulle part à la dure-mère; épaisseur du crâne de quatre à cinq millimètres. — La surface interne de la dure-mère est lisse, un peu brillante, sans dépôts. Dans la pie-mère, nombreux exsudats sanguins d'un volume tel, qu'à la coupe il en sort des caillots et du sang liquide; ils sont surtout volumineux au sommet de la convexité des deux lobes pariétaux et à la partie antérieure de l'hémisphère gauche. A la base du cerveau, la pie-mère offre aussi d'abondantes suffusions sanguines, surtout au lobe temporal gauche et sur le trajet du nerf olfactif.

La pie-mère enlevée, le cerveau apparaît généralement injecté, les circonvolutions normales, les sillons de profondeur ordinaire. Mais on voit aussi des foyers de ramollissement sous l'aspect de taches rouges, se distinguant facilement de la substance environnante par leur moindre consistance, tout auprès des deux racines de la circonvolution centrale droite, de forme irrégulière, de deux à trois centimètres de long sur un et demi à deux de large, pénétrant de la substance corticale dans la substance blanche. Les principales altérations siègent sur le lobe temporal gauche, dont la substance grise, moins la première circonvolution limitant la fosse de Sylvius, est presque complètement ramollie.

Les gros vaisseaux cérébraux sont tout à fait normaux, sans athérome ni obstruction. Mais on trouve dans la plupart des artères

allant aux lobes temporaux des embolies, d'un blanc jaunâtre, assez fermes, n'adhérant pas aux parois, et dans l'artère centrale un caillot ferme, de couleur foncée; le vaisseau est dilaté, sa partie périphérique étant complètement affaissée. — La base du crâne et la dure-mère qui la recouvrent sont à l'état normal.

A l'ouverture de la *cavité thoracique*, on trouve de nombreuses pétéchies sur les deux *plèvres*; pas de liquide dans la cavité pleurale. Le *péricarde* est distendu par environ 200 grammes d'un liquide trouble, jaune brun, mêlé de flocons fibrineux. La surface extérieure du cœur, peu augmenté de volume, est couverte en avant et en arrière superficiellement de dépôts fibrineux jaunâtres, pour la plupart en partie organisés, mais se laissant détacher avec le couteau sans déchirure de la surface cardiaque. Le feuillet viscéral du péricarde, libre sous ces dépôts, est injecté par places, couvert d'ecchymoses de la grandeur d'un groschen ou d'un thaler, que la coupe démontre limitées à l'épaisseur du péricarde.

A la face postérieure du *ventricule gauche*, siègent trois tubercules gris, transparents, du volume d'une lentille, tout à fait analogues à des tubercules miliaires; la coupe démontre qu'ils prennent naissance dans la couche supérieure du péricarde.

A l'ouverture du ventricule gauche, on remarque immédiatement sur la valve aortique de la valvule mitrale une saillie ronde, composée de caillots fibrineux durs, blancs jaunâtres. Après les avoir enlevés en partie, on voit au milieu de la moitié correspondante de la mitrale, et en occupant la plus grande partie, une *perte de substance* arrondie, haute de 2<sup>cm</sup>,5 et large de 3, remplie par les caillots en question, et à bords renversés en dehors. La valvule fait aussi saillie en arrière, et là on trouve, au lieu d'une grande ouverture, deux petites, dont la principale, ovale, de 1 centimètre  $\frac{3}{4}$  de large sur pas tout à fait 1 centimètre de haut, est située à 1 centimètre  $\frac{1}{4}$  environ à gauche de l'insertion de la valvule sur le vestibule du ventricule; à la même hauteur et à une distance de 2 centimètres, est la seconde ouverture, ronde, d'à peine  $\frac{1}{2}$  centimètre de diamètre, auprès du point de réunion des deux valves de la mitrale. Cette cavité est bornée en haut par la valvule aortique et un examen ultérieur fait voir une communication directe entre la cavité et la valvule sigmoïde externe. On avait donc affaire à un *anévrisme valvulaire*, né dans le sac sigmoïde externe et pénétrant dans la mitrale. L'ouverture de communication de la grandeur d'une lentille se trouve au fond du sinus entouré de caillots fibrineux, déposés

sur l'endocarde un peu rugueux de la valvule. Le nodule de la sigmoïde interne est très-épaissi, comme doublé, et dans le sac correspondant on voit dans l'angle antérieur un dépôt fibrineux jaunâtre. Ce caillot enlevé, on trouve encore une communication directe avec l'anévrysme mitral, mais il n'y a pas de communication entre les deux valvules aortiques. La sigmoïde antérieure offre des points grasseux; son nodule a doublé de volume, et sa face interne présente quelques dépôts fibrineux.

Sur l'endocarde du *ventricule gauche*, épais de 7 à 8 millimètres, on ne voit rien, mais dans le tissu musculaire, à 5 centimètres environ de la pointe, existe un foyer irrégulièrement cunéiforme, à base tournée vers le péricarde, qu'elle atteint presque; son épaisseur est de 4 millimètres. Dans le *ventricule droit*, dont les parois n'ont que 3 à 4 millimètres d'épaisseur, l'endocarde présente plusieurs ecchymoses, et des taches jaunes transparentes, correspondant à des foyers de muscle grasseux. La plus grande ecchymose siège sur la paroi interventriculaire. Le foyer jaune correspondant à la forme d'un coin, est entouré de petites hémorragies et, au sommet du coin, on trouve le vaisseau obturé par un bouchon fibrineux jaune. En plusieurs endroits des artères coronaires, on trouve de petits amas de fibrine. — La *valvule tricuspide* présente quelques taches légères; les sigmoïdes pulmonaires sont tout à fait souples, leurs nodules ne sont pas épaissis. Les vestibules sont normaux. — Dans l'*aorte* et ses grosses branches, on trouve des taches irrégulièrement rondes, tout à fait isolées, jaunâtres, un peu saillantes.

La *plèvre costale* présente des extravasations sanguines, plus nombreuses dans la plèvre pulmonaire. Les poumons ne sont nulle part adhérents; ils sont perméables en général, mais parsemés, au voisinage des ecchymoses de foyers cunéiformes, noir foncé, ne dépassant nulle part 3 à 4 centimètres de haut. Dans quelques-uns, on trouve le vaisseau obturé. Les bronches sont remplies d'un mucus visqueux; pas de caillots dans les grosses branches de l'artère pulmonaire. — Le *larynx* et la trachée contiennent un mucus écumeux; aux deux faces de l'épiglotte existent des ecchymoses étendues, rouge clair, et de nombreuses extravasations foncées à l'origine de la trachée.

Le *foie* paraît tout à fait normal; la rate peu gonflée, rouge bleuâtre, pâle, molle, sans infarctus. — Les deux *reins* sont assez gros; à travers leur capsule brillent de nombreuses taches bleu foncé, de la grandeur d'un groschen, que la coupe montre être la

base d'infarctus cunéiformes où le plus souvent on peut trouver très-facilement le vaisseau afférent et l'embolie qui l'obstrue. En outre, les deux reins présentent un vieil infarctus étendu, se distinguant par sa couleur blanc jaunâtre du parenchyme rénal brun rouge.

Le *canal intestinal* présente quelques follicules solitaires gonflés, mais pas de gonflement des plaques de Peyer, ni des ganglions mésentériques; autour du bout inférieur de l'intestin grêle existent des anneaux de pigment. Dans le mésentère, extravasations sanguines, triangulaires, dont la base atteint la séreuse; je n'ai pu y trouver les vaisseaux mésentériques obstrués. — Vessie normale. (*Berlin. Klin. Wochenschrift*, n° 37, 1871.)

E. TEINTURIER.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

**Traité de l'érysipèle épidémique**, par le docteur J. DAUDÉ. — 1 vol. in-8° de 340 pages. — Ad. Delahaye, éditeur.

Que l'érysipèle se montre à l'état épidémique à certaines époques, c'est-à-dire que, pendant un temps donné et sous l'influence de certaines circonstances, on ait vu et l'on voie encore, tous les jours, l'érysipèle frapper à la fois un grand nombre d'individus dans des conditions diverses et sur des parties différentes; que les maladies offrent, pendant la durée de la constitution médicale dominante, une forme identique et semblent être jetées dans un même moule; voilà un fait incontestable, aperçu par la généralité des médecins. — M. Desprès cependant a cru devoir nier le caractère épidémique de l'érysipèle: « Une seule chose démontrée, dit-il, c'est que l'érysipèle comme les phlegmons, est peut-être plus fréquent au renouvellement des saisons si influent pour toutes les maladies, quelles qu'elles soient, et en particulier pour la pneumonie, qui existent surtout en mars et avril. Voilà tout. »

Nous ne saurions admettre une pareille conclusion, si en désaccord avec les faits observés tous les jours; aussi M. Daudé, dans son *Traité de l'érysipèle épidémique*, accumule-t-il toutes les preuves militant en faveur de l'épidémicité; il considère l'érysipèle non comme une affection locale, mais comme une maladie générale, manifestation d'un état général.

Ce sont là les bases solides sur lesquelles s'appuie le travail de M. Daudé, et qui lui permettent de nous donner une bonne description étiologique et symptomatologique. Il nous montre l'érysipèle épidémique suivant une marche forcée et se comportant à la manière des fièvres éruptives, quoiqu'il ne soit pas une fièvre éruptive vraie; il nous montre le traitement curatif impuissant pour enrayer l'érysipèle épidémique; il nous fait voir que toute thérapeutique doit être dirigée contre l'état général des individus, et varie, par conséquent, suivant les épidémies, les conditions individuelles et les complications.

Terminons cette courte analyse en citant quelques-unes des conclusions de l'auteur :

L'érysipèle épidémique paraît tenir à la septicémie, et doit être classé, par conséquent, au rang des maladies septiques.

On peut supposer, avec quelque raison, que l'air atmosphérique sert de véhicule à certains miasmes qui pénètrent dans l'économie par la muqueuse respiratoire et même par d'autres voies, empoisonnent, pour ainsi dire, tout le corps, et produisent, en définitive, l'érysipèle. L'absorption peut aussi se faire en partie par les surfaces traumatiques.

Une fois l'infection produite, la contagion peut s'opérer par les mêmes voies, le virus de l'érysipèle étant halitueux. Mais dans l'érysipèle épidémique, la contagion n'est pas plus fatale que dans toute autre épidémie.

G. P.

---

**De l'électricité appliquée à l'art des accouchements**, par le D<sup>r</sup> TACHARD. In-8° de 44 pages. Paris, 1871. Ad. Delahaye, éditeur.

Nous signalons à l'attention de nos lecteurs qui s'occupent plus spécialement des accouchements le mémoire de M. Tachard. Il contient les principales indications des travaux publiés sur ce point particulier et s'appuie sur vingt-cinq observations. L'auteur termine en disant que « l'électricité est appelée à rendre des services aux accoucheurs : 1° pendant l'accouchement, dans la période de dilatation du col, toutes les fois qu'il y a inertie utérine ; 2° pendant la délivrance, lorsque le placenta est retenu dans la cavité de la matrice ; 3° dans la grossesse extra-utérine, on pourra employer l'électro-puncture comme traitement abortif.

*Le Gérant : A. DE MONTMÉJA.*

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX



Planche XXXII.

**SARCOME GANGLIONNAIRE**

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX DE PARIS

---

## CLINIQUE CHIRURGICALE

---

### SARCOME GANGLIONNAIRE PRIMITIF

PAR J. CORNILLON, INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

OBSERVATION. *Tumeurs à l'angle droit de la mâchoire inférieure. — Développement progressif. — Opération. — Cicatrisation complète. — Reproduction d'une petite tumeur. Nouvelle opération. — Mort subite par introduction de l'air dans les veines (?). Résultats néroscopiques.*

Pellet... (Louis), 57 ans, ajusteur, est entré le 21 septembre 1871 à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Gabriel n° 59 (service de M. le docteur TRÉLAT). Cet homme est grand, vigoureux, et a joui pendant longtemps d'une excellente santé.

Il y a deux ans, Pellet s'aperçut de la présence de *deux petites tumeurs* de la grosseur d'une noisette chacune à l'angle droit de la mâchoire inférieure. — Quoiqu'il ne ressentit aucune souffrance, il consulta néanmoins plusieurs médecins qui lui prescrivirent des pommades et des tisanes. Le développement des tumeurs fut lent jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 1871; mais, à partir de cette époque, elles prirent un accroissement considérable, tout en restant indolentes comme par le passé. Outre qu'elles augmentaient en volume, elles s'accroissaient en nombre, si bien qu'elles occupèrent bientôt presque toute la partie latérale droite du cou; la déglutition fut entravée, mais la respiration s'effectua comme par le passé. Ce malade que nous avons interrogé à plusieurs reprises sur le début et la marche de sa tumeur, nous a toujours affirmé qu'il ignorait absolument la cause de son affection et qu'il ne pouvait se rendre compte du développe-

ment rapide de sa tumeur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1871. A cette époque et durant l'armistice qui eut lieu au mois de février dernier, il résidait à Rouen, où il faisait des éperons pour la cavalerie française. Voyant enfin qu'il n'obtenait aucune amélioration au moyen des pommades qu'on lui avait conseillées, il s'adressa dans le courant du mois de mars à un médecin prussien qui l'engagea à se faire opérer. Effrayé, il se rendit à Paris au mois de juillet, et alla à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. Le chirurgien qu'il vit, insista pour qu'il se soumit à une opération chirurgicale; il s'y refusa, mais quelque temps après, s'apercevant de la présence d'une petite tumeur à la partie antéro-supérieure de la cuisse droite, il se décida à entrer à l'hôpital de la Pitié.

Quelques jours après son admission dans le service, M. Trélat enleva la petite tumeur de la cuisse droite afin de connaître histologiquement sa composition, et partant celle de la tumeur du cou. Au bout d'une semaine la cicatrisation était effectuée.

Avant de décrire l'opération principale, disons quelques mots sur l'aspect, la consistance de la tumeur cervicale. Elle occupe la partie supérieure droite de la région du cou, n'empiète pas sur la face; elle semble remonter jusque vers la parotide, et se prolonger au-dessous de la mâchoire inférieure. Néanmoins le toucher par la bouche ne fait pas constater de saillie sur les parois de cette cavité.—J'ajouterai que la tumeur ne s'avance pas jusqu'à la ligne médiane du cou; en bas elle ne dépasse pas la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs du muscle sterno-cléido-mastoïdien.— En un mot, elle paraît complètement limitée aux *ganglions* qui avoisinent l'angle du maxillaire inférieur.

Cette tumeur est globuleuse; elle présente à la surface plusieurs bosselures; elle n'est pas très-mobile; elle ne dépasse pas en profondeur le plan superficiel des muscles du cou.

Sa grosseur peut être comparée à celle d'une tête de fœtus à terme; sa coloration rouge doit être attribuée à la présence des cataplasmes qu'on place matin et soir. Sa consistance est inégale; en certains points elle est manifestement fluctuante; une *ponction exploratrice* en fait sortir du sang noir collecté au sommet de la tumeur (4 octobre); partout ailleurs, elle est dure.— La pression, les mouvements imprimés en sens divers, ne déterminent pas la moindre souffrance.— Les douleurs spontanées sont nulles; le malade n'éprouve qu'un peu de gêne dans la déglutition, et la mastication; on est obligé de le nourrir avec de la bouillie et du vin. Aussi, n'est-

il pas étonnant qu'il ait maigri depuis quelque temps. — Néanmoins l'état général est excellent, le malade se lève, se promène dans la cour, il a même pu sortir, aller jusqu'à la rue Saint-Martin la veille de son opération. — L'examen des organes respiratoires et abdominaux n'offre rien de spécial.

5 octobre. — *Opération.* Le malade a été anesthésié par le chloroforme. — Une fois la résolution obtenue, M. Trélat fit une incision, qui commençait à quelques centimètres de la symphyse du menton, gagnait perpendiculairement le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien.

La peau ayant été divisée avec soin dans toute la région occupée par la tumeur, le chirurgien procède à la dissection des ganglions sarcomateux ; il détruit avec ses doigts les adhérences qui existent avec l'angle de la mâchoire inférieure, arrache les prolongements qui gagnent la base du crâne et la région parotidienne. Enfin il sépare la tumeur des muscles sterno-mastoïdien et hyoïdien.

Cette ablation s'est effectuée sans trop de difficulté ; peu de sang a coulé, quelques ligatures ont été jetées sur des petits vaisseaux ouverts. La plaie qui a été pratiquée est énorme ; au fond on aperçoit nettement les battements de la carotide interne ; en haut, on voit l'angle de la mâchoire inférieure qui est dénudé dans une certaine étendue ; en dehors, le sterno-mastoïdien qui est entièrement ménagé ; en dedans le plan des muscles hyoïdiens qui est intact.

*Examen de la pièce.* — A la coupe elle présente une coloration des plus diverses : la plus grande partie est d'un blanc bleuâtre ; dans certains endroits, elle est jaunâtre ; ailleurs elle est d'un noir foncé. — Demi-dure dans la plus grande partie de sa masse, elle présente en un point, celui qui correspond à la ponction exploratrice, un magma sanguin qui disparaît sous le doigt et sous un courant d'eau. — En somme, cette tumeur semble manifestement constituée par l'agglomération d'un grand nombre de ganglions lymphatiques.

On panse la plaie avec l'eau de Pagliari, et le malade est porté dans son lit.

6 octobre. — Pas de fièvre, point d'hémorrhagie.

17 octobre. — La plaie se cicatrise rapidement ; l'état général est bon.

19 octobre. — Apparition au fond de la solution de continuité d'une couche blanc grisâtre, qu'on cautérise avec une solution de perchlorure de fer.

20 octobre. — On aperçoit sur le sterno-mastoïdien, au voisinage

de la plaie, une *petite tumeur ganglionnaire* de la grosseur d'une noisette, complètement indolente.

30 octobre. — La nouvelle tumeur augmente considérablement.

15 novembre. — La tumeur a atteint la grosseur d'un gros marron.

16 nov. — L'opération fut exécutée à 11 heures et demie du matin après avoir préalablement endormi le malade par le chloroforme. L'anesthésie fut complète au bout de quelques minutes; le chirurgien fit alors la section de la peau parallèlement à la direction du muscle sterno-cléido-mastoïdien sur lequel était placée la petite tumeur. L'incision dont la longueur était à peine de 5 centimètres venait d'être achevée, lorsqu'une grande quantité de sang noir, sortit à travers les lèvres de la plaie. On reconnut sur-le-champ qu'une veine, et probablement la jugulaire externe, avait été coupée; on remarqua en outre que la division du vaisseau était incomplète, la paroi postérieure restant intacte, ce qui donnait au canal la disposition d'une anche. L'écoulement sanguin gênant le manuel opératoire, M. Trélat demanda à un de ses aides une pince à torsion et un fil pour lier la veine blessée. Au même instant, la respiration s'arrête, le pouls devient insensible, la face du malade pâlit, puis peu à peu les lèvres se cyanosent, le ronflement qu'on entendait auparavant se suspend. Croyant qu'on avait affaire au phénomène décrit par les auteurs sous le nom d'*introduction de l'air dans les veines*, M. Trélat met immédiatement son doigt à l'endroit d'où sortait le sang; il l'y maintient, pendant qu'on essayait de ranimer la respiration en comprimant fortement le diaphragme. Cette manœuvre sembla ramener quelques mouvements dans la face, le cou et les membres supérieurs. Deux piles de Bunsen furent apprêtées rapidement; les réophores furent appliqués sur les points d'origine et de terminaison des phréniques. Elles fonctionnèrent pendant environ une demi-heure; quelques mouvements respiratoires furent obtenus; mais le pouls resta insensible, et les battements du cœur ne purent être ravivés. A une heure de l'après-midi, l'auscultation ne révélant aucune pulsation cardiaque, aucun mouvement respiratoire, on s'arrêta.

AUTOPSIE le 17 nov. à deux heures de l'après-midi. — Rigidité cadavérique considérable.

Le *vaisseau* blessé pendant l'opération est oblitéré par un caillot noir. Une fois disséqué on reconnaît sans peine que c'est *une des branches* d'origine de la *veine jugulaire externe* qui passe directe-

ment au-dessus de la tumeur. Le tronc de la veine jugulaire externe est gorgé de sang noir jusqu'à son embouchure dans la sous-clavière. *La colonne liquide est segmentée en plusieurs points par de petites bulles d'air*, se déplaçant facilement sous la pression du doigt, et ressemblant assez exactement à des molécules de mercure ou d'argent.

Le *thorax* a été ouvert avec précaution, de crainte de léser le poumon. On fut frappé tout d'abord de la présence d'une *veine volumineuse*, et décrivant de nombreuses sinuosités à la partie antérieure du médiastin. *Le sang noir qu'elle contenait était divisé en plusieurs endroits par des bulles d'air*, plus grosses que celles que nous avons vues sur la jugulaire externe. Ce vaisseau fut disséqué dans une étendue de 6 à 7 centimètres ; plusieurs ligatures furent apposées ; malgré cela, l'air disparut au bout de quelques heures.

Avant de procéder à l'examen des organes contenus dans la cavité thoracique, on lie les gros vaisseaux qui vont aux poumons et au cœur. Une fois cette opération terminée on les sectionne entre deux fils doublés en quatre.

*Cœur.* — Il est volumineux, et sur sa face antérieure existe une tache laiteuse large comme une pièce de deux francs. La cavité droite paraît un peu distendue ; à la percussion elle présente le phénomène du ballonnement, comme dans les épanchements traumatiques de sérosité. Le lendemain matin (c'est-à-dire 48 heures après la mort), M. Trélat ouvrit sous l'eau ce ventricule ; il sortit une quantité considérable de sang, mêlé à six ou huit bulles d'air qui venaient éclater à la surface de l'eau. La même opération exécutée sur le ventricule gauche et l'auricule ne donna issue qu'à du sang. Le cœur n'est nullement putréfié. La *veine cardiaque antérieure* est remplie de sang noir. La *postérieure* est également pleine de sang, mais, vers la partie moyenne de son trajet, on remarque très-aisément *cinq à six bulles d'air* qui, sous la pression du pouce, se réunissent en une seule.

*Poumons.* — Ils sont très-congestionnés ; à leur base, on constate même en certains points quelques petites *taches ecchymotiques sous-pleurales* ; ils sont crépitants, souples, dans toute leur étendue. On a injecté par l'artère pulmonaire gauche de l'eau : un tube fermé à une de ses extrémités et rempli d'eau était adapté à l'une des veines pulmonaires. Le tout était dans un vase rempli de liquide. Il a été impossible d'obtenir la moindre bulle d'air dans le tube à expérience. On a examiné ensuite les veines de l'abdomen : les *veines*

*iliaques, porte et cave inférieure*, sont remplies de sang noir épais, mais ne contiennent pas de bulles d'air. Nous regrettons de n'avoir pu examiner la veine jugulaire externe gauche.

*Rate.* — Elle est considérablement hypertrophiée ; son volume est plus que doublé ; néanmoins elle a conservé sa forme normale. Sur son bord antérieur, se trouve à quelques centimètres de distance l'une de l'autre *deux tumeurs rondes*, grosses chacune comme un marron d'Inde. La supérieure est un peu plus volumineuse que l'inférieure. Elles s'énucléent l'une et l'autre sans la moindre difficulté. Sur la face externe de l'organe on remarque deux petites gibbosités dures. Une section opérée dans ce tissu conduit à deux petites tumeurs ganglionnaires, chacune d'elles égalant en volume une grosse noisette. Elles adhèrent plus intimement que les précédentes au parenchyme splénique, si bien que, quand on veut les arracher, on entraîne des fragments de l'organe. A vrai dire leur mollesse facilite peu leur énucléation. A la coupe, elles offrent une coloration laiteuse, identique aux ganglions lymphatiques enflammés et ramollis. Les deux tumeurs marginales sont au contraire dures ; leur tissu est d'un blanc bleuâtre. On remarque par points de petites taches jaunâtres.

*Mésentère.* — A son insertion à la colonne vertébrale, ce repli du péritoine n'offre rien de bien spécial ; mais lorsqu'il arrive au voisinage de l'intestin grêle, à quelques centimètres de ce conduit, il est soulevé par *deux amas ganglionnaires*, beaucoup plus volumineux que ceux que nous venons de décrire. Ils sont en outre plus mous. A la coupe, l'un d'entre eux, le plus voisin de l'intestin, est fortement pigmenté, ce qui lui donne un peu l'aspect d'une truffe. L'autre, qui est fluctuant en certains endroits, est ramolli dans la plus grande partie de son étendue. La bouillie épaisse qu'on obtient à la coupe est d'un blanc jaunâtre. Le *foie* est hyperémié.

*Cerveau.* — Pas d'œdème arachnoïdien, aucune lésion importante. *Moelle*, saine. — Cette observation ayant été communiquée par M. Trélat à la *Société de chirurgie* y sera sans doute l'objet d'une discussion. Nous aurons donc à revenir sur l'*introduction de l'air dans les veines*, et nous en profiterons pour publier les résultats de l'examen histologique de la tumeur.

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX

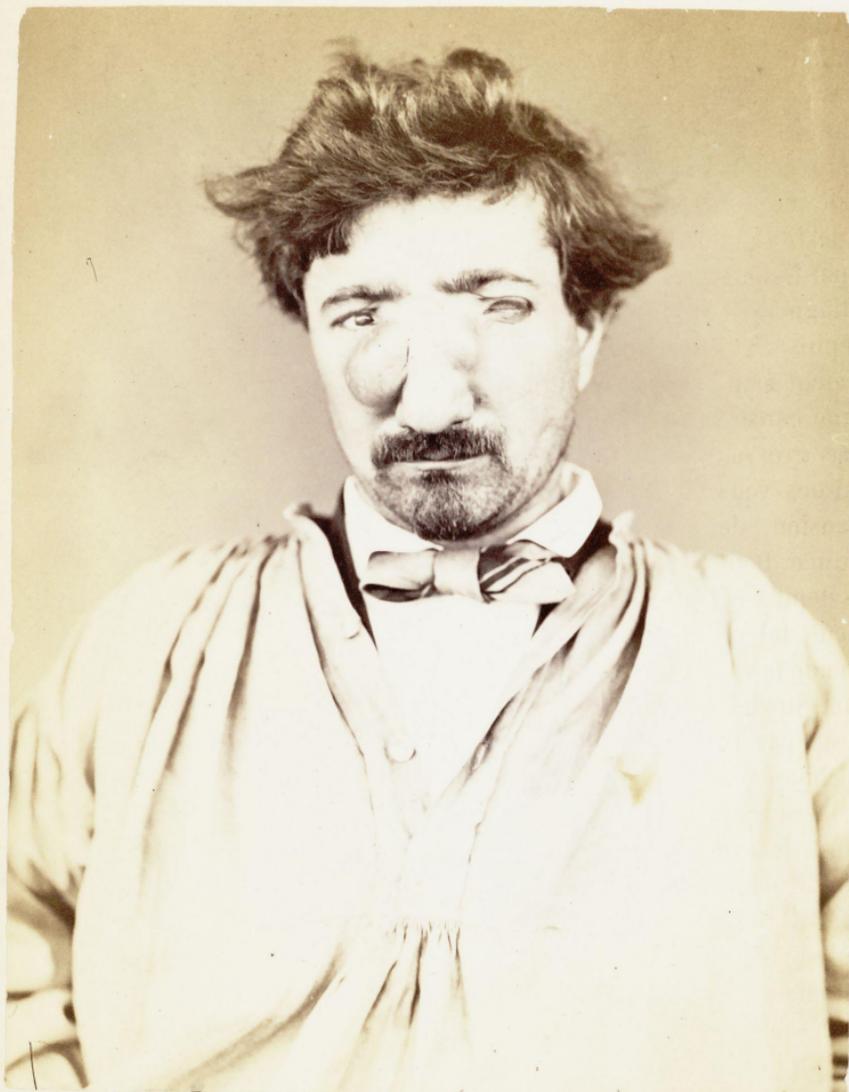


Planche XXXIV.

TUMEURS DES SACS LACRYMAUX

## TUMEURS DES SACS LACRYMAUX

PAR A. DE MONTMÉJA.

Le malade représenté dans la *PLANCHE XXXIV* est un jeune homme de 31 ans, originaire de la Champagne. Venu à Paris en 1869 pour y chercher la guérison de la difformité dont il était atteint, nous eûmes l'occasion de l'examiner dans plusieurs salles de consultations publiques, à la Charité et dans les cliniques libres de Paris. Nous n'avons pas à décrire l'aspect des tumeurs qu'il portait à l'angle interne des deux yeux : la photographie que nous donnons est destinée à remplacer des descriptions moins concises que la sienne. Nous allons surtout nous occuper de la symptomatologie et du diagnostic de la nature de ces tumeurs.

Depuis un an environ, le malade avait remarqué que les larmes coulaient facilement le long de ses joues sans qu'il pût attribuer à aucune cause la production de cet épiphora. Bientôt survint une légère grosseur à droite, puis à gauche, au-dessous de l'angle interne des yeux : cette tuméfaction s'accompagnait d'un sentiment de tension, de plénitude, et s'accomplissait sans aucune douleur marquée. Depuis six mois, les tumeurs gardaient le même volume, mais depuis cette même époque il était survenu un peu d'enchifrèment, tel qu'il s'en produit au début d'un coryza ; le timbre même de la voix avait subi, au dire du malade, quelque légère altération. Sur les tumeurs, les téguments n'avaient subi aucune altération, et, par le toucher, on sentait sous la peau des masses élastiques, homogènes, ni pulsatiles, ni fluctuantes. Le malade se refusa à se laisser pratiquer la moindre ponction, et le cathétérisme des conduits lacrymaux ne fournit aucun renseignement, si ce n'est que la sonde de Bowman ne pouvait pénétrer dans le sac lacrymal. Il eût fallu inciser ces conduits lacrymaux ainsi que le tendon du muscle orbiculaire, pour donner à la sonde un accès plus facile, et le malade ne fit à cet égard aucune concession.

Nous sommes d'avis néanmoins, avec les autres médecins témoins du fait dont il s'agit, que le diagnostic peut être établi dans ce cas par exclusion, et qu'en tenant compte, d'une part, de l'absence de tout procès inflammatoire, d'autre part de l'aspect, de la sensation au toucher, et de l'enchifrèment, on doit s'éloigner de l'idée d'une tumeur lacrymale ou de toute autre tumeur familière à ces régions, pour pencher vers l'opinion d'un polype

muqueux analogue à ceux qui se développent d'ordinaire dans les fosses nasales.

Il est à regretter que l'intervention chirurgicale n'ait pas été acceptée : dans l'hypothèse d'un polype, il eût suffi d'ouvrir la paroi externe du sac lacrymal, d'enlever le polype par arrachement, et de cautériser la muqueuse du sac.

Ultérieurement, tandis que la cicatrisation de la plaie externe se serait accomplie, le chirurgien aurait pu inciser les conduits lacrymaux et pratiquer le cathétérisme des voies lacrymales dans le but de conserver intacts les moyens d'évacuation des larmes par les fosses nasales.

---

## PATHOLOGIE INTERNE

---

### HYPÉRÉMIE DE LA RATE

PAR G. PELTIER, INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Sous le nom d'hypérémie ou de congestion de la rate, on comprend l'augmentation de volume de la rate produite par l'accumulation temporaire du sang dans l'organe, sans altération de texture.

#### I. BIBLIOGRAPHIE.

- AUDOUARD. — *Des congestions sanguines de la rate* (Thèse de Paris). 1818.
- PIORRY. — *Pathologie médicale et mémoires, et particulièrement : sur l'engorgement de la rate* (*Gazette médicale de Paris*, 1835).
- NEPPEL. — *Lettres sur l'engorgement de la rate dans les fièvres intermittentes* (*Gazette médicale de Paris*, 1835).
- PEZERAT. — *Mémoire sur l'état de la rate dans les fièvres périodiques*.
- NIVET. — *Recherches sur l'engorgement et l'hypertrophie de la rate* (*Archives générales de médecine*, 1838).
- FERRAN. — *De la circulation et de l'engorgement splénique* (*Recueil de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, 1867).

L'hypérémie a été si longtemps confondue avec l'hypertrophie qu'il est difficile d'en séparer la bibliographie ; pour les deux états

morbides, les ouvrages à consulter sont les mêmes, et on les trouvera indiqués quand nous traiterons de l'hypertrophie ; qu'il nous suffise de signaler encore ici les travaux de Naumann, de Heusinger sur les maladies de la rate, ainsi que les différents traités des fièvres intermittentes. On consultera aussi avec fruit les traités de pathologie interne, particulièrement ceux de Monneret et de Niemeyer.

II. ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Dans la congestion de la rate, les altérations extérieures portent surtout sur le volume, le poids, la consistance et la couleur de l'organe.

La rate est plus lourde et plus volumineuse qu'à l'état normal ; elle est souvent triplée ou quadruplée de volume et de poids ; elle mesure souvent, en longueur, 25 à 30 centimètres et atteint le poids de 1 à 2 kilogrammes. — La forme est conservée ; les dimensions seules sont devenues plus grandes, et alors l'enveloppe est généralement tendue et polie. — La consistance est celle de l'état naturel ; le tissu est quelquefois un peu plus ferme en raison de la quantité plus grande de sang emprisonné dans les espaces vasculaires. — La couleur peut ne pas changer ; cependant elle est d'autant plus foncée que l'hypérémie est plus récente et plus développée.

La texture ne subit aucun changement particulier, et le microscope ne décèle aucun élément hétérogène à côté des cellules normales de la pulpe splénique et des nombreux corpuscules sanguins. La tuméfaction est donc due à la seule augmentation du contenu sanguin.

III. ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE. — Dans la rate, comme dans les autres organes, la congestion reconnaît deux formes, la *fluxion* et la *stase*.

Les hypérémies dues à la *fluxion* se rencontrent : 1° dans un certain nombre de *maladies fébriles* ou *infectieuses*, dans la fièvre typhoïde, dans la fièvre intermittente, dans la fièvre puerpérale, dans la septicémie, dans les fièvres exanthématiques ; 2° dans les *anomalies menstruelles* ; il n'y a alors rien de particulier pour l'organe splénique : il y a une congestion de la rate, absolument comme il peut y avoir une congestion du foie, de l'intestin, etc. ; 3° dans les *traumatismes* ou dans les cas où la rate est le siège de *tumeurs* ou de *formations nouvelles*.

Nous ne faisons qu'indiquer ces dernières causes d'engorgement de la rate, mais nous allons nous arrêter quelques instants sur la

congestion produite par les fièvres infectieuses, intermittentes ou autres. D'une manière générale, comment se fait cet afflux exagéré du sang vers la rate pendant ces maladies? « Dépend-il d'un relâchement du parenchyme déjà peu résistant par lui-même ou d'une paralysie des éléments musculaires des parois vasculaires et des trabécules? C'est ce que nous ignorons. » Un fait tout aussi obscur, c'est la manière dont le sang infecté peut altérer la tonicité du parenchyme splénique ou la contractilité de ses éléments vasculaires. Quant au gonflement de la rate dans l'accès de fièvre intermittente, on a cherché à l'expliquer encore par le trouble de la circulation qui se fait pendant le stade de froid dans les parties périphériques, et par la concentration dans les organes internes et parmi ceux-ci, principalement dans la rate vu son extrême sensibilité, du sang que l'ischémie de la peau fait refluer vers les parties centrales. Ce qui toutefois prouve que ces conditions n'ont qu'une influence secondaire, c'est ce fait que le degré de l'hypérémie n'est nullement en rapport avec la violence du frisson, que la rate se gonfle également pendant le stade de chaleur, et qu'enfin on rencontre la tuméfaction de cet organe même pendant les infections de malaria exemptes de fièvre » (Niemeyer). — A côté de ces causes d'engorgement splénique, nous placerons encore la congestion de la rate produite par la nostalgie. « De toutes les classes de la société, dit Ferran, c'est probablement celle des jeunes soldats qui paye le plus fort tribut à cette lésion fonctionnelle. Cela tient, sans doute, à ce qu'un certain nombre subissent, sans s'y accommoder suffisamment, un changement brusque dans leurs habitudes, leurs idées, leur manière d'être, et passent, en outre, de l'air pur des champs, à l'air confiné de la caserne. L'hypérémie splénique peut se montrer dans les conditions d'aération les plus salubres, sous l'influence de la nostalgie. Parmi les malades envoyés en congé de convalescence, aux revues trimestrielles, les relevés statistiques comptent toujours un bon nombre de nostalgiques. Or, chez tous ou presque tous, la nostalgie se lie à un engorgement splénique qui devient, lui-même, cause de dépression vitale et de nostalgie. »

Les hypéremies de la rate produites par la *stase sanguine* se rencontrent principalement dans les rétrécissements ou les oblitérations de la veine porte, dans les maladies du foie, et principalement la cirrhose. On les rencontre encore, mais bien plus rarement, dans les maladies du cœur et des poumons; il ne semble donc pas, ainsi que l'a fait remarquer Monneret, que la gêne hydrau-

lique de la circulation puisse produire, à elle seule, la congestion, car elle est très-rare dans ces cas où il y a une sorte de gêne mécanique, alors qu'elle est très-commune chaque fois que le sang est altéré dans l'économie.

IV. SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC. — Parmi les symptômes de la congestion de la rate, il faut distinguer ceux qui sont le fait même de l'engorgement de l'organe et ceux qui tiennent plus particulièrement à la cause qui le produit,

Parmi les premiers, nous signalerons 1° l'accroissement de volume qui peut se révéler par l'inspection, par la palpation et par la percussion ; 2° la sensation de douleur ou de pesanteur perçue dans le flanc, la fosse iliaque et l'hypochondre gauches ; 3° des symptômes de voisinage.

Il est rare que l'*inspection* fournisse des résultats bien importants ; elle peut cependant permettre de constater, dans certains cas, une voussure de l'hypochondre gauche et, quelquefois, de toute la moitié gauche de l'abdomen. — Par la *palpation*, on peut sentir l'organe tuméfié, et même en reconnaître la forme caractéristique ; cependant, comme la rate dépasse rarement le rebord des côtes, ce signe peut manquer. — Par la *percussion*, on pourra le plus souvent asseoir son jugement. La matité, en effet, permettra de fixer les limites de la rate, et, par suite, de constater l'augmentation de volume.

Les *douleurs spontanées* existent rarement dans l'hypérémie de la rate ; pour occasionner au malade une souffrance bien manifeste, il faut exercer une pression assez forte sur l'hypochondre gauche. Ce que l'on observe plus souvent, c'est un sentiment de pesanteur qui est surtout marqué dans l'hypochondre gauche et qui s'exagère dans les mouvements brusques et violents. — Quand la rate est volumineuse, elle peut refouler le diaphragme dans la cavité pectorale, presser sur l'estomac, sur le gros intestin, et produire des symptômes de voisinage, tels que la gêne de la respiration, la faiblesse du bruit respiratoire, une toux sèche, des nausées, des vomissements, la constipation, le météorisme, etc.

Il est un autre groupe de symptômes que nous n'allons faire qu'énumérer : ce sont ceux qui tiennent à la cause productrice de l'hypérémie et qui peuvent être très-utiles pour le diagnostic. — Il faut chercher ces symptômes surtout dans des maladies générales avec intoxication du sang, puisque nous avons vu que les maladies lo-

cales, du cœur, des poumons ou du foie produisaient rarement la congestion de la rate. Il faudra donc porter son investigation sur les fièvres, intermittentes ou autres, puisque c'est là une des causes les plus fréquentes de l'hypérémie.

V. MARCHÉ, DURÉE ET TERMINAISONS. — La marche et la durée de la congestion de la rate varient suivant la cause qui les produit ; dans la fièvre typhoïde, dans le typhus, dans les exanthèmes fébriles, elle se perd généralement en même temps que ces maladies sans laisser à sa suite des modifications de tissu.

Dans les hypéremies par stase sanguine, ou encore dans les hypéremies fluxionnaires produites par la fièvre intermittente, il peut en être autrement ; la congestion persiste ou se renouvelle fréquemment, la nutrition se modifie et l'hypertrophie en est la conséquence obligée.

Résolution ou hypertrophie ; voilà donc les deux modes de terminaison ordinaire de l'hypérémie de la rate qui emprunte son pronostic surtout aux maladies concomitantes ; toutefois, dans des cas très-rares, la congestion de la rate peut avoir une issue mortelle par une déchirure de son tissu. La mort arrive au milieu d'une hémorragie interne, soit immédiatement après la rupture, soit seulement quelques heures ou quelques jours après cet accident.

VI. TRAITEMENT. — Manifestation locale d'une maladie générale, l'hypérémie de la rate devient rarement l'objet d'un traitement ; elle disparaît le plus souvent d'elle-même, lorsque l'on parvient à guérir l'affection dont elle n'est qu'une détermination morbide partielle. Si les préparations de quinquina, les toniques, les ferrugineux, obtiennent de si remarquables succès, c'est précisément à cause de l'existence antérieure des maladies paludéennes toxiques, septiques, ou des altérations du sang auxquelles les fébrifuges et les antiseptiques conviennent d'une manière toute spéciale (Monneret).

---

### INFLAMMATION DE LA RATE

L'inflammation de la rate est une maladie assez rare, puisque son existence a même été mise en doute. Cependant nous pensons qu'elle constitue bien une affection à part, et, qu'à ce titre, on doit la faire entrer dans le cadre nosologique. En effet, un certain nombre

de fois, on a trouvé des abcès ayant leur siège dans le tissu splénique, et à côté de ces abcès, nullement produits par l'infection purulente, on constatait des traces évidentes d'inflammation. — Nous admettrons donc la splénite, et nous en décrirons deux formes principales : la splénite aiguë et la splénite chronique.

## I

## SPLÉNITE AIGUË

La splénite aiguë est celle qui a été le mieux constatée; on en trouve quelques observations qui ne laissent aucun doute au point de vue anatomo-pathologique, mais dont les phénomènes, obscurs ou peu marqués, permettent difficilement de caractériser la maladie au point de vue symptomatologique. Nous allons toutefois indiquer les principales sources bibliographiques où l'on pourra puiser quelques renseignements.

## I. BIBLIOGRAPHIE.

- GRONATELLI. — *Animadversiones ad varias acutæ et chronicæ splenitidis historias in humilibus præsertim Italie locis consideratæ.* Florence 1821.
- PLEISCH. — *De splenis inflammatione.* Berlin, 1805.
- ASSOLANT. — *Recherches sur la rate.* Paris, an X.
- HEUSINGER. — *Ueber den Bau und die Verrichtung der Miltz.* 1817.
- GENDRIN. — *Histoire anatomique des inflammations*, t. II, Paris, 1826.
- NAUMANN. — *Handbuch der medicinischen Klinik*, t. VIII, Berlin, 1855.
- CRUVEILHIER. — *Anatomie pathologique*, 11<sup>e</sup> livraison.
- HACHMANN. — *Archives générales de médecine*, 1852.
- ROSCH. — *Ibidem*, 1852.
- PIORRY. — *Traité de diagnostic*, t. II, 1857.
- ANDRAL. — *Précis d'anatomie pathologique*, t. II.
- GICQUEAU. — *De la splénite.* Thèse de Paris, 1842.
- DALMAS. — *Pathologie de la rate*, Dictionnaire en 30 volumes, 1843.
- BOISSY. — *Considérations sur les maladies de la rate* (Thèse Paris), 1847.

BRARD. — *De la rate et de ses principales affections* (Thèse inaugurale), Paris. 1859.

Consulter en outre les traités de Grisolles, Bouillaud, Trumet de Fontarce, Hardy et Béhier.

II. ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Tuméfaction, gonflement, injection avec épanchement sanguin, ramollissement blanc ou suppuratif, abcès et quelquefois ramollissement putrilagineux ou gangréneux, tels sont les caractères anatomiques de la splénite aiguë (Bouillaud). Les altérations dont il s'agit sont tantôt générales, tantôt partielles, selon que la splénite a été elle-même générale ou partielle. — Il n'est pas toujours facile de les bien reconnaître, même sur le cadavre ; la rate, en effet, est avant tout un organe vasculaire, de structure spongieuse, peu résistant, habituellement pénétré par du sang, de sorte que la rougeur, la congestion ne sont pas les meilleurs signes de l'inflammation ; quant au ramollissement, on le trouve dans certaines fièvres pernicieuses, dans le charbon, etc. Si, cependant, en même temps que les caractères que nous avons énumérés précédemment, on rencontre des adhérences de la rate avec les organes voisins, si on trouve des traces de péritonite partielle, on sera d'autant plus fondé à admettre l'inflammation du parenchyme splénique.

Les faits rapportés par les auteurs sont si incomplets qu'il est difficile d'en tirer aucun parti ; cependant, nous allons autant que possible essayer de fixer les altérations qui caractérisent la splénite à l'état aiguë.

Au *premier degré*, le tissu de la rate enflammé est d'une couleur rouge brune très-foncée ; il est plus dense qu'à l'état normal, il se déchire plus facilement. Tout le système vasculaire est très-engorgé.

Au *deuxième degré*, le tissu de la rate est grisâtre, friable ; le parenchyme est plus serré, il paraît comme infiltré de sang noirâtre coagulé, et déjà on remarque, par places, des taches d'un gris plus pâle qui indiquent le passage au troisième degré de l'inflammation.

Au *troisième degré*, la rate est en partie réduite en une bouillie grise-brunâtre, au centre de laquelle le pus se réunit en foyer. Quelquefois le pus ne se collecte pas, et il infiltre tout le parenchyme dont, par la pression, on le fait sortir mêlé à une matière épaisse, de consistance lie de vin. Quand il se réunit en foyer, le pus peut

se faire jour à l'extérieur, ou s'épancher, soit dans le péritoine, soit dans un des organes contenus dans l'abdomen, tels que l'estomac ou l'intestin. Nous y insisterons d'ailleurs davantage dans le chapitre que nous consacrerons aux abcès de la rate.

III. SYMPTÔMES. — Les symptômes de la splénite aiguë sont *locaux* ou *généraux*.

Parmi les premiers, nous rangeons la douleur et la tuméfaction de l'organe se manifestant soit à la vue, soit au palper, soit surtout à la percussion.

La *douleur*, quelquefois vive, le plus souvent sourde et profonde, occupe l'hypochondre gauche; elle peut s'irradier vers l'abdomen, mais ordinairement elle se fait sentir jusque dans l'épaule gauche. Elle augmente dans les mouvements, par la toux, par l'éternument, par la marche; la pression l'exaspère, dans quelques cas, elle la diminue. Cette douleur est continue ou intermittente.

La *tuméfaction* de la rate, effet inévitable de l'inflammation, peut se manifester à la simple inspection de la région de l'hypochondre gauche; le toucher peut aider à la découvrir, mais la délimitation exacte de l'organe ne peut être fixée que par la percussion.

Les *signes généraux* sont des plus variables, et nous ne ferons que les indiquer: ce sont des nausées, des vomissements bilieux, muqueux, sanguinolents (Naumann, Ribes, Heusinger); c'est encore la soif vive, la difficulté d'uriner, l'hémorrhagie intestinale (Naumann), la jaunisse et la dyspnée (Gicqueau). Mais ces symptômes appartiennent-ils bien à la splénite aiguë? Ne sont-ils pas le résultat de quelque complication? C'est un point qu'il est encore bien difficile de résoudre avec les matériaux que la science possède actuellement.

IV. MARCHE ET DURÉE. — Dans la marche de la splénite aiguë nous devons considérer plusieurs cas: la maladie est très-aiguë, grave; — la maladie est moins intense; — la maladie guérit.

Dans les *cas graves*, l'invasion est marquée par un ou plusieurs frissons auxquels succèdent de la chaleur et bientôt après des sueurs abondantes. — Il y a un abattement considérable, des nausées, quelquefois des vomissements; l'hypochondre gauche est tendu, douloureux. — Il y a de la soif, la fièvre est forte, continue, par accès qui tendent à se rapprocher et qui deviennent irréguliers. — En même temps l'état général s'aggrave; il survient des hoquets, des

défaillances, le ventre se ballonne ; la diarrhée se déclare, puis vient de l'agitation, du délire, et enfin la mort qui arrive 5, 6, 8 ou 10 jours après l'invasion.

Dans les *cas moins intenses*, les symptômes aigus s'amendent au bout de 7 ou 8 jours ; la fièvre tombe, la douleur disparaît. Cette époque paraît coïncider avec la réunion du pus en foyer ; alors ce pus peut se vider dans le péritoine, et on voit survenir tous les signes d'une péritonite subaiguë, suivis bientôt de la mort.

Dans les *cas heureux*, la splénite aiguë ne se termine pas par la mort ; elle guérit par l'heureuse évacuation du pus, par résorption de ce même pus, ou par simple résolution sans qu'il y ait eu de suppuration en aucune sorte.

IV. DIAGNOSTIC. — La splénite est souvent méconnue, et lorsqu'il existe des phénomènes morbides tranchés, on court le risque de les prendre pour des symptômes produits par toute autre affection. La pleurésie, l'inflammation du lobe inférieur du poumon gauche, la néphrite ne peuvent pas être confondues avec la splénite, et quoique les auteurs aient cherché à en établir le diagnostic différentiel, nous ne ferons que les indiquer. Il est plus difficile de distinguer la splénite de la péritonite partielle, ou d'une maladie de l'estomac et du foie ; souvent, malgré une appréciation rigoureuse des symptômes, on ne peut arriver à aucun diagnostic précis. La percussion est le mode d'exploration qui peut seul nous fournir quelque lumière ; le siège et l'étendue de la matité splénique, la douleur et l'absence de tout symptôme que l'on puisse rapporter au trouble fonctionnel des viscères voisins, mettront sur la voie du diagnostic. Il faut donc s'assurer avant tout que les organes, dont les troubles fonctionnels pourraient simuler les symptômes de l'inflammation splénique, jouissent de toute leur intégrité, et ce n'est qu'après avoir procédé ainsi par voie d'élimination que l'on pourra soupçonner l'existence de la phlegmasie (*Compendium de médecine pratique*).

V. ÉTIOLOGIE. — Les causes de la splénite sont externes ou internes. Parmi les premières nous rangerons les violences extérieures, les coups et les chutes. Là se bornent les notions étiologiques un peu précises, et ce n'est qu'avec les plus grandes réserves que nous noterons parmi les causes internes la suppression d'un flux habituel, hémorrhoidal, menstruel ou autres, ainsi que les courses prolongées, que nous trouvons signalées dans la thèse de M. Gic-

queau. — Le séjour dans les contrées marécageuses peut favoriser la production de la phlegmasie splénique, mais il expose beaucoup plus à l'hypérémie et plus tard à l'hypertrophie.

VI. TRAITEMENT. — Dans la splénite aiguë, on pourra essayer, avec prudence les ventouses scarifiées, au début, et plus tard des vésicatoires ou même la cautérisation transcurrente.

Il est une question thérapeutique qui se pose ensuite et qui a une certaine importance. Doit-on administrer les antipériodiques? Nous les trouvons conseillés par la plupart des auteurs qui, d'ailleurs, avouent que les faits manquent pour en apprécier convenablement l'opportunité.

## II

### SPLÉNITE CHRONIQUE

On donne le nom de splénite chronique à l'inflammation chronique de la rate. — Il nous sera bien difficile d'en tracer l'histoire, car les éléments nous manquent à peu près complètement; les auteurs, en effet, ont confondu sous ce nom les altérations les plus différentes, et surtout l'hypertrophie, le ramollissement ou l'induration chronique de la rate. — Nous essayerons toutefois d'en donner les principaux caractères.

I. ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La présence du pus infiltré dans le parenchyme de la rate, ou réuni en foyers enkystés, ou encore réuni en une collection unique qui a détruit tout le tissu converti en une vaste poche purulente, c'est là une lésion qui atteste, à coup sûr, l'existence d'un travail phlegmasique, pourvu qu'elle ne dépende pas du ramollissement du tubercule, pourvu surtout qu'elle ne soit pas le résultat de l'infection purulente. — On a dit que le pus splénique rougeâtre, lie de vin, contenait des débris de la substance ramollie de la rate, des fragments de fibrine, du sang; cela est vrai dans un grand nombre de cas, mais dans d'autres, le pus blanc et verdâtre ressemble à tous les autres pus (Monneret).

Les adhérences plus ou moins étroites qui unissent la rate au diaphragme, à l'estomac ou aux parois abdominales, si elles sont accompagnées d'hypertrophie avec induration, annoncent l'existence d'une inflammation chronique.

II. SYMPTÔMES. — Les symptômes de la splénite aiguë peuvent

exister un certain temps, lorsque la phlegmasie chronique n'est pas primitive; le diagnostic est alors un peu moins obscur. Aux symptômes locaux fournis surtout par la percussion, il faut joindre les troubles fonctionnels dont les viscères abdominaux sont le siège.

Douleur sourde et obtuse, sensation de pesanteur, digestion difficile, borborygmes, malaise, soif vive, céphalalgie, parfois constipation : voilà les symptômes les plus habituels.

On a cité encore l'ascite, l'œdème et les ulcères des jambes, les hémorrhagies par diverses voies, etc.; nous ne nous y arrêtons pas parce que nous croyons que ces symptômes sont dus à quelque complication dont on n'a pas tenu compte ou qui même a échappé.

III. MARCHE ET DURÉE. — La marche est lente et continue; la durée en est très-variable; toujours assez longue, elle peut être presque illimitée.

IV. ETIOLOGIE. — Les causes de l'inflammation chronique bien caractérisée ne peuvent guère être cherchées que dans les violences extérieures. On a vu à la suite de coups, de chutes sur la région splénique, la rate se tuméfier, devenir douloureuse et présenter après la mort, survenue plus ou moins longtemps après la violence, des traces de suppuration. En pareil cas, l'existence de l'inflammation n'est pas douteuse. — Quelquefois aussi, on a trouvé du pus dans la rate alors que rien antérieurement ne faisait prévoir l'existence de ces collections; ces cas sont rares.

Les fièvres paludéennes peuvent-elles produire l'inflammation chronique? Si nous nous en rapportions aux auteurs, nous répondrions par l'affirmative; mais, comme nous l'avons dit, tout étant confusion entre la splénite chronique et l'hypertrophie, il est bien difficile de formuler un avis motivé sur l'observation clinique.

V. TRAITEMENT. — Révulsion à l'aide des vésicatoires ou des caustères; médication antipériodique dans le cas où l'on soupçonnerait l'intoxication paludéenne : voilà les bases de la thérapeutique. Ajoutons que les préparations arsenicales pourraient être employées dans le cas où le quinquina n'aurait pas réussi.

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX



Planche XXXV.

GOÏTRE EXOPHTHALMIQUE

## GOÏTRE EXOPHTHALMIQUE

PAR LE DOCTEUR A. DE MONTMÉJA

La PLANCHE XXXV représente un sujet atteint d'une affection rare dont la nature est encore peu connue : la thérapeutique voit échouer tous les moyens les plus rationnels qu'elle dirige contre elle et les auteurs se limitent dans des conjectures plus ou moins ingénieuses à son égard.

Le fait dont nous allons entretenir nos lecteurs nous a paru réunir les divers caractères propres au goître exophtalmique et c'est surtout dans le but de donner une iconographie rare que nous livrons ce type à la publicité. Le malade que représente notre planche a été observé par nous à diverses reprises, soit dans les hôpitaux, soit dans les cliniques libres de Paris : nous l'avons photographié en 1869. Cet homme, alors âgé de 59 ans, était atteint non d'une maladie du cou proprement dite, mais d'une accélération dans le rythme des mouvements de cet organe.

M. Charcot, qui attribue la production du goître exophtalmique à une altération des nerfs vaso-moteurs, a également constaté cette accélération des mouvements cardiaques dans la plupart des cas. Chez notre malade on remarquait facilement le volume exagéré des vaisseaux sous-cutanés dans les régions de la face et du cou.

La glande thyroïde présentait un léger accroissement de volume et le lobe gauche était plus accentué que la portion droite de la glande. C'est le contraire qui a généralement lieu dans presque tous les faits connus.

L'exophtalmie n'offrait rien d'inaccoutumé, et les globes oculaires projetés en avant donnaient à la physionomie du malade une expression d'étonnement ou de dureté qui ne correspondait en rien à l'humeur généralement douce et gaie de ce dernier. L'exophtalmie est sujette à des variations d'intensité, mais elle affecte, en général, une marche progressive, les cas de guérison spontanée sont rares ; nous n'en connaissons pas dont ce résultat puisse être attribué à une action thérapeutique quelconque.

Le malade qui fait l'objet de cette note fixait à trois années le temps que l'exophtalmos avait mis à se développer ; il n'avait jamais ressenti la moindre douleur. Dans les derniers temps cependant, alors que nous l'avons photographié, il se plaignait d'un

affaiblissement de la vue que l'on pouvait attribuer à une légère opacité de ses cornées, que les paupières recouvraient assez incomplètement, et qui, par suite, s'étaient enflammées. D'autre part, nous avons constaté chez cet homme un commencement d'hypermétropie due à la compression du globe suivant son axe antéro-postérieur.

---

## HISTOIRE ET CRITIQUE

---

### DU HACHISCH

PAR F. VILLARD, INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

#### § I.

Le mot HACHISCH, en Arabe, veut dire Herbe; appliquée au Cannabis, cette dénomination signifie l'Herbe par excellence. Cette plante semble avoir été connue dès la plus haute antiquité, et les Scythes, suivant Hérodote, n'en ignoraient pas les propriétés excitantes. « Les Scythes, dit cet historien, prennent de la graine de chanvre; ils entrent sous les pieux qu'envoloppent leurs manteaux et jettent cette graine sur les pierres rougies au feu: elle fume aussitôt et répand une vapeur plus abondante que celle d'aucune étuve hellénique. Les Scythes, *excités par cette vapeur, se mettent à hurler*: elle leur tient lieu de bains, car jamais ils ne plongent leur corps entier dans l'eau... » (*Hérod.*, liv. VI). D'autre part, Virey (*Bull. de pharmacie*, 1805), et M. Guyon (*Acad. des sciences*, 1861), s'appuyant l'un et l'autre sur le témoignage de Diodore de Sicile, ne semblent voir dans le *Népenthés* d'Homère autre chose que le Hachisch. Nous ne suivrons pas ces auteurs dans la discussion à laquelle ils se livrent à ce sujet; nous dirons seulement que relativement au fameux breuvage d'Homère, rien ne prouve absolument qu'il ait eu plutôt pour base le Hachisch qu'une solanée vireuse, la mandragore ou la jusquiame, par exemple.

Quoi qu'il en soit, ce qui reste positif, c'est que l'usage du Hachisch existait dans l'Inde dès l'antiquité la plus reculée. Cet usage fut introduit chez les Persans à la suite de leurs rapports avec les Indiens et passa vers le commencement du huitième siècle chez les musulmans de Syrie et d'Égypte. Mais il faut arriver au milieu du

moyen âge pour entendre parler d'une façon plus certaine des singuliers effets produits par le Hachisch et de l'usage que faisaient de cette substance les princes du Liban et notamment l'un d'eux, le Vieux de la Montagne, surnommé le prince des Hachischins (d'où vient le mot *assassin*, d'après Sylvestre de Sacy). Les récits du voyageur Marco Polo nous retracent les moyens employés par ce dernier pour obtenir des esclaves fidèles et dévoués. Des jeunes gens forts et robustes étaient élevés avec grand soin par ses ordres : de bonne heure, on leur inculquait des principes d'obéissance aveugle et de servilisme absolu. Si, par hasard, l'un d'eux paraissait vouloir faiblir dans l'accomplissement de ses devoirs, on lui administrait le breuvage mystérieux et on lui ouvrait les portes d'un paradis préparé pour le recevoir. Au delà du Liban et de l'Anti-Liban, dans cette fertile vallée qu'arrose le Barada et au milieu de laquelle s'élève Damas, s'étendaient de délicieux jardins, inaccessibles aux mortels vulgaires et servant de séjour à de jeunes beautés aux formes gracieuses et enchanteresses, et réunies dans ces lieux pour servir aux desseins du Prince. C'est dans cet Éden qu'on faisait pénétrer l'adepte peu fervent : sous l'influence du poison, et la réalité aidant, il se trouvait plongé dans une mer de délices ; revenu à lui, lorsqu'il était sorti de ces lieux qu'on lui montrait sans cesse comme une terre promise, récompense de ses services, il était prêt à braver mille fois la mort sur un désir du maître.

A la fin du seizième siècle, l'Prosper Alpin visita l'Égypte, et nous trouvons dans les écrits de cet auteur diverses mentions du Hachisch. « Je sais, dit-il, que les Égyptiens, pour provoquer des visions, font usage de plusieurs médicaments composés ; mais pour obtenir ce résultat, ils ont recours ordinairement à la plante désignée sous le nom de Cannabis et qu'ils appellent *Assis*, ce qui veut dire herbe par excellence. » Plus loin, il entre dans des détails assez étendus sur les troubles intellectuels produits par l'usage de cette plante et il ajoute que l'*Assis* n'est autre chose qu'une composition faite avec des feuilles de cannabis écrasées et de l'eau, ce qui forme une pâte dont on peut prendre par jour plusieurs bols de la grosseur d'une châtaigne. Environ une heure après, ceux qui en font usage deviennent comme ivres... « *quasi ebrii facti, suas amentias produunt atque ecstasi diu manentes, suis desideratis visionibus oblectantur.* » Prosper Alpin indique encore dans le même chapitre la composition de différents électuaires très-usités chez

les Égyptiens et servant à produire des rêves et des hallucinations ; mais le Hachisch s'y trouvait mélangé avec la jusquiame et d'autres substances de même nature. (*De Medicina Egyptiorum*, 1745.)

Sauvages (*Nosologia methodica*, 1768), parle d'un électuaire usité dans l'Inde et auquel il donne le nom de magique, à cause des singuliers effets qu'il détermine. Il raconte que Kœmpfer a pris de cet électuaire avec des amis, et voici comment il décrit les phénomènes qu'ils présentèrent. « Après en avoir avalé, ils furent tous saisis et remplis d'une joie incroyable, qui se manifesta par un air souriant, par des éclats de rire, par des embrassements mutuels. A la nuit, ils montèrent à cheval, et alors il leur sembla être portés par Pégase au milieu des airs, et être environnés d'arcs-en-ciel : revenus à eux, ils dévorèrent d'un appétit de loup tout ce qu'on leur présenta, et le lendemain se trouvèrent très-sains de corps et d'esprit. » Ajoutons que le Hachisch n'entraît pas seul dans la composition de cet électuaire, qui contenait en outre du datura, de l'opium et quelques autres substances.

Linné (*Amœnitates academicæ*, 1762), décrit des compositions très-usitées dans l'Inde et en Perse, connues sous les noms de *malasch*, de *bangh*, et ayant pour base le chanvre, qu'il considère comme narcotique et fantastique.

A mesure que les voyages se multiplient du côté de l'Orient, nous voyons arriver de nouvelles données plus positives sur le Hachisch ; c'est ainsi que Murray (*Apparatus medicamentum*, 1787), parle des effets de cette plante d'après les récits de Chardin et d'autres voyageurs et la présente comme aphrodisiaque et excitante ; mais ce ne fut qu'au commencement de ce siècle que ses caractères botaniques purent être étudiés par Lamark, sur des échantillons apportés en France par Sonnerat. Virey, en 1805, et ensuite Michaud, de Sacy et d'autres auteurs firent des recherches historiques sur le Hachisch et parlèrent du rôle important qu'il avait joué dans l'antiquité et au moyen âge.

Il ne faut cependant remonter guère au delà de trente années pour trouver chez nous les premiers travaux médicaux sérieux écrits sur le Hachisch. Déjà depuis quelques temps, des médecins anglais dans l'Inde, O. Birest, Raleigh et principalement O. Sanguessy connaissaient les effets du chanvre indien et en faisaient d'heureuses applications thérapeutiques, lorsqu'en 1840, M. Aubert Roche publia une fort bonne notice sur le Hachisch et appela

sur lui l'attention du public médical (*du Typhus et de la peste en Orient*, 1840). En 1844, Léautaud lut à l'Académie des sciences de Paris un travail sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques du chanvre indien : dans ce travail, il considère l'ivresse produite par l'usage de cette plante comme étant caractérisée par un état d'extase tout particulier ne s'accompagnant d'aucun phénomène convulsif et suivi ordinairement d'un peu d'étourdissement qui se dissipe sans laisser après lui aucune fatigue.

L'année suivante, en 1845, parut le livre de M. Moreau (de Tours), (*du Hachisch et de l'aliénation mentale*), œuvre importante à la fois par la nouveauté du sujet et les considérations de pathologie mentale qu'elle renferme. Après avoir fait l'historique du Hachisch, M. Moreau (de Tours) analyse les symptômes dont il provoque la manifestation et les range dans l'ordre suivant : 1° sentiment de bonheur ; 2° dissociation des idées ; 3° erreurs sur le temps et l'espace ; 4° développement de la sensibilité de l'ouïe ; 5° idées fixes, conceptions délirantes ; 6° lésions des affections ; 7° impulsions irrésistibles ; 8° illusions et hallucinations. En présence de ces phénomènes produits par le Hachisch, phénomènes qui lui rappellent l'image des diverses formes mentales de l'aliénation, M. Moreau (de Tours) croit pouvoir expliquer la production de la folie en édifiant sa théorie de l'*excitation*, fait primordial, condition initiale de tout délire.

Nous n'essayerons pas de faire ici une analyse critique de toutes les opinions émises par M. Moreau (de Tours) sur le sujet qui nous occupe, opinions toujours habilement présentées et défendues avec cette brillante dialectique que l'on remarque dans toutes les publications du savant aliéniste de la Salpêtrière. Cependant, nous devons dire que nous ne saurions admettre d'une façon absolue sa manière de voir lorsqu'il assimile le délire du hachisché avec le délire du maniaque, dont le langage est toujours incohérent, diffus et contradictoire. Chez l'individu soumis à l'influence du Hachisch, si les idées proviennent d'illusions et d'hallucinations, elles ont ceci de spécial et de vraiment caractéristique qu'elles correspondent toujours exactement aux sensations qui les ont fait naître, qu'elles s'enchaînent et se traduisent par des actes en rapport avec ces sensations. Les idées peuvent être confuses, difficiles à suivre, mais elles ne sont jamais contradictoires et il est toujours possible par une observation scrupuleuse d'en établir la filiation. Chez le maniaque, au contraire, cette corrélation intime entre l'idée provoquée

et la sensation perçue est loin d'exister toujours : il y a par conséquent chez lui incohérence dans les idées aussi bien que dans le langage, et cette particularité suffit à elle seule pour établir une différence capitale entre les deux états anormaux que nous avons mis en présence. Cette opinion, du reste, ne nous appartient pas en propre : elle a été émise en 1863 par M. Delasiauve, au sein de la Société médicale des hôpitaux, à l'occasion d'un jeune Persan soumis à l'action aiguë du Hachisch et observé à Bicêtre. En s'appuyant sur ce dernier fait, M. Delasiauve croit devoir placer le délire produit par le Hachisch, à côté de celui qui résulte de l'intoxication par l'alcool, la belladone, l'opium, etc. ; nous pouvons dire, dès à présent, en nous fondant sur de nombreuses observations personnelles, que notre manière de voir ne diffère nullement de celle de ce judicieux observateur.

Quoi qu'il en soit, le livre de M. Moreau (de Tours), marqua une ère nouvelle dans l'histoire du Hachisch ; il vulgarisa la connaissance de cette substance, dont les effets n'avaient été jusqu'alors considérés qu'avec incrédulité ou indifférence. Aussi son travail fut suivi d'un grand nombre de publications, soit dans les journaux, soit dans les recueils des sociétés savantes et d'un grand nombre de mémoires, parmi lesquels nous devons citer particulièrement ceux de MM. de Courtive (*Thèse de pharmacie*, 1847), Gastinel (*Bull. de pharm.*, 1849), Personne (*Journ. de pharm. et de chim.*, 1857), et la Thèse de médecine de M. Grimault (1865). Ces diverses publications sont pour la plupart consacrées en grande partie à l'étude botanique et chimique du Hachisch. A cette dernière question se rattachent des particularités intéressantes dont nous allons présenter un résumé succinct en nous appuyant sur les documents renfermés dans les travaux dont nous venons de faire mention.

## § II.

La plante que les Orientaux désignent sous le nom de Hachisch appartient à la famille des Cannabinées (Endlicher) ; nous n'en décrirons pas ici les caractères botaniques, qui se trouvent longuement exposés dans le mémoire de M. Gastinel. Nous dirons seulement que le chanvre qui croît en Orient et celui que l'on cultive en Europe ne sont que deux variétés d'une seule et même plante, ne présentant entre elles aucune différence botanique fondamentale essentielle. Les dissemblances qui existent entre elles, en effet, ne

sont que des modifications accessoires, résultat d'influences climatiques différentes. Du reste, cette identité du *Cannabis indica* et du *Cannabis sativa*, admise par Kœmpfer d'abord, et ensuite par Forskall, Delille (de Montpellier) et par Figari, a été démontrée par les faits les plus rigoureux et les plus irréfutables, d'une part par les observations d'Husson, professeur de botanique au Caire, et d'autre part par les expériences faites à Édimbourg par Christison. Tandis qu'au Caire, Husson, avec des graines de chanvre récolté en France, a obtenu après trois ou quatre années de culture une plante identique au *Cannabis indica*, à Édimbourg, Christison a observé que des graines de chanvre indien venant de Bombay ont donné un produit chez lequel le professeur Balfour a reconnu, tant dans la forme extérieure que dans les éléments fondamentaux, des caractères botaniques ne différant nullement de ceux qui appartiennent au chanvre d'Europe. Ces expériences, on le voit, sont péremptoires ; quant aux causes qui provoquent les modifications de la plante en Orient, voici comment s'exprime M. Gastinel à cet égard : « Ce qui a fait considérer le Hachisch comme une espèce à part, dit cet observateur, c'est que la plante n'atteint en Égypte qu'un mètre d'élévation, tandis qu'en Europe, elle atteint souvent une hauteur de deux mètres et demi avec les feuilles espacées sur la tige. Le même phénomène s'observe sur les autres plantes transportées d'Europe en Égypte : sous l'influence d'un climat sec et chaud, sans humidité, semées dans un sol desséché, ne recevant plus ni culture, ni arrosement, privées ainsi du principe actif de leur nutrition, elles dégènerent, deviennent rabougries et finissent par s'atrophier. » On a encore voulu objecter contre l'identité du *Cannabis indica* et du *Cannabis sativa* la différence d'action du principe qu'ils renferment. Cette différence existe, en effet ; elle est même considérable ; mais on ne la constate pas seulement dans le chanvre : elle existe encore pour la ciguë, pour le datura et les autres solanées, car c'est un fait de physiologie végétale constant que les sucres des plantes sont d'autant plus élaborés et plus actifs que la croissance de ces plantes est plus restreinte sous un climat sec et chaud.

C'est donc à l'influence du climat qu'il faut attribuer les modifications que l'on constate dans le chanvre qui croit en Orient, modifications relatives tant à la force du principe actif qu'il renferme qu'à sa forme extérieure. D'après cela, il doit résulter que ce principe sera d'autant plus actif que la plante aura pris naissance sous un climat plus chaud et plus sec : c'est ce qui a été démontré par

les expériences de M. de Courtive et par celle de M. Berthault (*Thèses de Paris*, 1854). Cette considération a une grande importance pratique, car s'il arrive que le Hachisch devienne d'un emploi fréquent en thérapeutique, on conçoit qu'il ne sera pas indifférent de le recueillir en Italie ou en Algérie, en Syrie ou en Égypte. Quant au chanvre récolté en France, possède-t-il un principe actif? Les expériences faites sur ce point à Bicêtre, en 1841, par MM. Moreau (de Tours) et Cloës sembleraient négatives; mais nous devons ajouter que ces observateurs n'ont employé leurs préparations qu'à des doses relativement faibles. Il résulte, en effet, des recherches de M. Berthault que l'extrait de notre chanvre indigène, pour pouvoir produire des effets identiques à ceux provoqués par l'extrait de chanvre indien, doit être administré à une dose quatre ou cinq fois plus considérable que ce dernier. Nous avons nous même vérifié l'exactitude de ce fait en nous servant des essences de chanvre préparées par M. Personne: tandis que quatre ou cinq gouttes d'essence de *Cannabis indica* injectées sous la peau d'une grenouille ont suffi pour déterminer chez l'animal une résolution complète durant plusieurs jours, nous avons dû, pour arriver au même résultat chez d'autres grenouilles, employer pour chacune seize gouttes d'essence de chanvre récolté en France.

En quoi consiste le principe actif du *Cannabis*? ce principe a-t-il pu être isolé? Telles sont les questions encore imparfaitement résolues et qui nous amènent à parler des diverses préparations de Hachisch.

En Orient, on emploie le Hachisch sous plusieurs formes: la plus usitée est celle connue sous le nom de *Dawamesc*. Pour la préparer, on broie et on réduit les feuilles et les fleurs du chanvre en une pâte que l'on fait cuire avec du beurre frais, du miel, du poivre de la muscade et des essences odoriférantes. On obtient ainsi une espèce de confiture, d'une teinte verdâtre, d'une odeur nauséuse, et susceptible de rancir rapidement. D'autres fois, on prépare avec les sommités du chanvre une infusion qui est très-usitée chez les pauvres: souvent enfin, les feuilles et les fruits de la plante, réduits en poudre et mélangés avec du tabac, sont fumés dans des pipes connues sous le nom de *narguilé*. Ainsi en Orient et en particulier en Égypte, où nous avons observé d'une façon spéciale, on mange, on boit et on fume les préparations de chanvre. Cette consommation se fait dans des cafés et des boutiques spéciales appelées *maschchels*: ces établissements sont aujourd'hui très-rares en

gypte parce qu'ils ne sont plus autorisés par la loi. On désigne sous le nom de *Hachasch* l'individu qui a la passion du Hachisch.

En présence des phénomènes dont il provoque la manifestation, il était inévitable que l'on songeât à utiliser le Hachisch dans un but thérapeutique : on a ainsi été conduit à en rechercher le principe actif, nécessairement d'une administration plus facile que les préparations dont nous venons de parler. Sans décrire les divers procédés employés pour arriver à ce résultat, nous dirons que l'extrait qui a été isolé est désigné par M. de Courtive sous le nom de Cannabine, et sous celui de Hachischine par M. Gastinel. C'est une substance résineuse complexe, d'un brun noirâtre ou verdâtre, d'une saveur âcre et d'une odeur nauséuse, insoluble dans l'eau et soluble dans l'alcool et l'éther, et susceptible de perdre ses propriétés actives, lorsqu'on la soumet à une température élevée.

Cette substance était considérée comme le principe actif du chanvre lorsque, en 1856, M. Personne présenta à la Société de pharmacie un mémoire sur l'analyse du chanvre indien. Il résulte du travail de cet habile chimiste qu'il a pu obtenir par distillation une huile essentielle plus légère que l'eau, d'une coloration ambrée et d'une odeur de chanvre caractéristique. Nous en avons respiré : notre muqueuse olfactive a été vivement affectée et nous avons éprouvé une sensation rapide d'éblouissement avec vertige. Cette essence ne contient pas un principe unique : M. Personne a constaté qu'elle était constituée par le mélange de deux carbures d'hydrogène, l'un liquide, le Cannabène, ayant pour formule  $C^{56}H^{20}$ , et l'autre solide, cristallisable dans l'alcool et dont la formule est indiquée par  $C^{12}H^{14}$ .

Les effets physiologiques de cette essence sont très-accentués et en présence des phénomènes qu'elle détermine, on doit se demander quelle part d'action il faut attribuer à la substance résineuse. M. Gubler pense que les vertus du chanvre résident à la fois dans l'essence et dans la résine; mais ne peut-on pas penser que cette dernière n'agit que par l'huile essentielle qu'elle renferme, puisqu'elle reste inerte lorsqu'elle a été soumise à l'influence d'une haute température et que l'essence s'est évaporée? Cette question reste indécise et de nouvelles recherches sont nécessaires pour en établir la solution.

## REVUE DES JOURNAUX

## CANCER DU SEIN CHEZ L'HOMME

Nous avons inséré dans le numéro de juillet de la *Revue photographique* (page 129) une observation de *cancer du sein chez l'homme*, recueillie par M. Thaon. (Voy. PLANCHE XVII.) A ce propos, voulant donner à la *Revue* son véritable caractère, nous avons fait suivre cette observation d'un résumé analytique par M. G. Peltier des cas analogues publiés dans divers recueils. Afin de mettre nos lecteurs au courant de cette question et de faciliter la tâche à ceux qui voudraient rassembler les divers faits de cancer du sein chez l'homme, nous allons résumer celui que nous trouvons dans la *Revue médicale de Toulouse* (juillet 1871, p. 195).

OBSERVATION. — *Petite tumeur à côté du mamelon gauche. — Augmentation de volume rapide. — Tumeur encéphaloïde occupant la région mammaire gauche. — Ablation au moyen des flèches caustiques*, par M. FONTAGNÈRES.

Duplech, 49 ans, cultivateur, est entré le 25 mai 1870 à l'Hôtel-Dieu de Toulouse (service de M. RIPOLL). La tumeur, qui occupe la région antérieure gauche de la poitrine, mesure 31 centimètres de circonférence sur 6 centimètres de hauteur. Sa base fait intimement corps avec toute l'épaisseur de la peau et du tissu cellulaire sous-jacent, mais elle ne va pas au delà, car, en prenant la tumeur à pleine main et en cherchant à lui imprimer des mouvements, elle se déplace assez bien avec l'enveloppe cutanée. Elle paraît être très-vasculaire. Dans la moitié supérieure de sa hauteur, elle est recouverte d'un épiderme aminci, transparent, laissant apercevoir une grande quantité de petits vaisseaux qui s'irradient dans toutes les directions et lui donnent un aspect bleuâtre. Le 23 mai, la tumeur s'est ulcérée en un point; d'où une hémorrhagie assez abondante. Cette tumeur n'a pas la dureté du squirrhe; elle est un peu élastique et n'offre nulle part de fluctuation.

Le malade raconte que, depuis longtemps, il avait remarqué à côté du mamelon une grosseur du volume d'une noisette. Comme elle ne se développait pas, il ne s'en inquiétait point; mais il y a six mois, sans cause appréciable, elle commença à croître pour atteindre

le volume qu'elle a aujourd'hui. A part cela, Duplech jouit d'une bonne santé. Diagnostic : *tumeur encéphaloïde*.

27 mai. — Opération. On fait successivement à un centimètre au-dessus de la base de la tumeur, au niveau de la séparation des parties saines et des parties malades, neuf ponctions avec le bistouri, puis on enfonce dans les plaies des *flèches caustiques*. Pansement avec de la charpie sèche. Deux heures après l'opération, léger picotement; cinq heures plus tard, sentiment de cuisson au niveau de la tumeur, douleur très-supportable; mêmes phénomènes au bout de 9 heures: alors on constate que les flèches ramollies par les liquides de la tumeur sont entourées à leur base d'une auréole d'un gris sale, ayant 2 millimètres de largeur. Le pouls est à 64-68.

28 mai. — La douleur s'est un peu exaspérée durant la nuit; néanmoins le malade a dormi pendant quatre heures. Le cercle de mortification s'est agrandi autour des flèches. Pouls à 72. — 29 mai. Des îlots noirs commencent à se dessiner çà et là. La douleur a été un peu plus intense. — 29 mai. Nuit mauvaise à cause des douleurs. Pouls, 80.

30 mai. — Nulle douleur. L'eschare atteint un centimètre d'épaisseur autour de chaque flèche. — 31 mai. Le travail de mortification est tout à fait terminé. Comme il restait trois points où le tissu avaient résisté, on enfonce trois nouvelles flèches. L'élimination se fit peu à peu et, le 4 juin, M. Ripoll enleva la tumeur. Sur deux autres points, l'emploi des ciseaux fut nécessaire pour l'extirpation intégrale et la section de quelques tractus. Il ne s'écoula pas une goutte de sang. La plaie qui en résulte a un bon aspect. Un petit îlot de tissu malade, incomplètement sphacélé, nécessita l'application d'une couche de pâte de Canquoin. A partir du 9 juin, la cicatrisation s'effectua régulièrement. Le 18 juin, la plaie n'avait plus que la largeur d'une pièce de cinq francs. Dup... sort malgré les instances faites pour le retenir à l'hôpital. B.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

**Des paralysies des muscles moteurs de l'œil**, par A. VON GREFE, traduit de l'allemand par A. SICHEL. In-8° de 212 pages. Adr. Delahaye, éditeur.

Dans cette publication, l'illustre ophthalmologiste s'est proposé de donner un exposé des *signes* des paralysies musculaires de l'œil.

L'ouvrage est divisé en trois parties : dans la première, sont énumérés, discutés et appréciés à leur juste valeur les *moyens d'analyse* ; — dans la seconde, ces moyens sont appliqués au *diagnostic* de la paralysie de chaque muscle en particulier ; — dans la troisième, sont examinés des cas plus complexes, tels que la paralysie de plusieurs muscles à la fois.

Si bien des chapitres de l'ophtalmologie attendent de nouvelles observations, des interprétations plus satisfaisantes, il ne saurait en être de même des paralysies oculaires. — Listing, Donders, Helmholtz, de Graefe, Giraud-Teulon ont énoncé les lois des mouvements des yeux ; des appareils très-simples permettent de les vérifier aux individus les moins expérimentés. Il est aisé de conclure que la physiologie pathologique des paralysies soit une œuvre achevée.

La connaissance de bien des questions d'ophtalmologie peut être livrée aux spécialistes ; celle des paralysies oculaires est inséparable du bagage de tous les médecins qui veulent saisir le début de la plupart des maladies nerveuses. De là l'intérêt qui s'attache au livre de von Graefe. Essayons, par une énumération rapide des symptômes, de donner une idée de la délicatesse et de la précision du diagnostic.

Lorsqu'un muscle oculo-moteur est paralysé, une recherche méthodique permet de constater un certain nombre de phénomènes. — A. Les uns dépendent du défaut de mobilité du muscle paralysé ; — B. Les autres se montrent lorsque l'on fait faire un effort au muscle paralysé ; — C. Enfin un phénomène remarquable est l'apparition de la diplopie.

Revenons brièvement sur chacun d'eux :

A. *Défaut de mobilité.* — On le met en évidence en fermant un des yeux et en déplaçant un objet successivement dans les directions les plus différentes, à partir du point médian du champ visuel jusqu'à ses limites physiologiques. Si l'œil est incapable d'atteindre une des positions extrêmes, c'est qu'un des agents du mouvement est inactif. Mais ce signe nous dira peu de chose sur les faibles degrés de paralysie, et ne nous révélera rien sur la paralysie de certains muscles qui, comme les obliques, agissent faiblement dans le sens des quatre directions principales. Il faut alors avoir recours à quelque chose de moins incertain.

B. Lorsqu'un muscle paralysé est sollicité à se contracter dans le regard en dehors, par exemple pour le muscle droit externe, il est

obligé d'accomplir un effort considérable. Le sensorium, ne tenant compte que de cet effort, juge l'objet plus en dehors qu'il n'est en réalité; de là divers inconvénients. Le malade, engagé à saisir rapidement l'objet qu'on lui présente, portera la main trop en dehors; s'il est averti par des méprises antérieures, il suppléera à la contraction du muscle paralysé, par une *rotation en dehors de la tête*. Pour peu qu'il existe une paralysie de plusieurs muscles, ces mouvements de la tête devront être très-variés; dès lors, certains actes, tels que la marche, pourront devenir difficiles et donneront lieu à un *vertige* qui, peu de fois, a dû être rapporté à sa véritable cause.

Ce n'est pas tout: l'effort du droit externe gauche est senti par son associé, le droit interne de l'œil sain, exclu de la fixation. Obéissant à cette injonction, ce dernier subira la rotation en dedans, se mettra en convergence, c'est là le phénomène de la *déviations secondaire*. Cette déviation sera proportionnelle à l'effort, et d'autant plus grande par rapport à la déviation du droit externe, que celui-ci est plus paralysé.

C. Reste la *diplopie*, qui apparaît brusquement lorsque la paralysie d'un muscle vient rompre la vision binoculaire, empêcher la superposition des images réliniennes, troubler le jeu stéréoscopique (Giraud-Teulon). Tantôt elle est assez gênante pour forcer les malades à fermer un œil pour s'en débarrasser; tantôt, au contraire, en vertu d'un pouvoir de fusion considérable, elle est complètement latente, et il faut recourir à des artifices qui la rendent manifeste. Le plus employé est la vision d'un objet éclairé, à travers un verre de couleur. L'attention du malade est frappée par la lumière colorée, la tendance à la fusion est diminuée par les caractères disparates des deux impressions, la diplopie est éclatante. Le sujet peut facilement nous faire part de ces impressions, il a pour s'exprimer les mots: *image colorée* et *image blanche*.

Nous recueillons ainsi des renseignements précieux sur le sens de production de la diplopie, qui est toujours celui du muscle paralysé, sur la direction des images qui sera homonyme ou croisée, sur leur hauteur, sur leur inclinaison.

Il n'est pas jusqu'au simple défaut d'équilibre des muscles antagonistes sans paralysie que l'on n'arrive à mettre en évidence par les ressources de l'analyse. Les myopes et les hyperopes sont souvent atteints d'un pareil trouble des muscles latéraux; si, sur de pareils sujets, on place au-devant d'un œil un prisme à réfraction verticale, il se produira deux images situées l'une au-dessus de

l'autre avec un écartement latéral considérable. Toutes ces ressources variées se contrôlent, se suppléent ; aucune n'est de trop. Le clinicien rompu à leur usage les appellera tour à tour dans les cas embarrassants.

On ne peut donc s'empêcher d'admirer, dans de Graefe, l'heureux inventeur et l'habile vulgarisateur de tant de précieux moyens d'investigation. On doit aussi des remerciements à M. Sichel ; on oublie bien des phrases un peu longues et des périodes quelque peu germaniques, lorsqu'on songe à tout ce que la langue allemande réserve de difficultés à un traducteur consciencieux.

Nous ne saurions terminer cette courte analyse sans regretter que de Graefe réserve encore dans son livre un chapitre à la défense de la théorie de l'*identité*. Nous la croyions, cependant, depuis longtemps battue en brèche et renversée par notre maître, M. Giraud-Teulon. (Voy. *Revue des cours scientifiques*, année 1868.)

Vaincu sur le terrain physiologique, von Graefe se réfugie sur le domaine de la pathologie ; abandonné par les lois mathématiques, il recourt à des arguments métaphysiques. Pourquoi ce parti pris de la part de cet homme éminent ? est-ce attachement irréflecti à d'anciennes idées ? Von Graefe n'en est pas là, lui qui a renversé tout ce qu'il avait appris en ophthalmologie dans son jeune âge. Non ; de Graefe, renouvelant un procédé fréquemment employé par les Allemands, a voulu se donner une satisfaction d'amour-propre national, en couvrant du silence les travaux d'un de nos savants les plus distingués.

THAON.

---

**Des injections hypodermiques de chlorhydrate de narcéine**, par P. PÉTRINI.  
In-8 de 42 pages, avec tracés. Adr. Delahaye, éditeur.

Voici les conclusions de ce mémoire : 1° à dose très-minime, le chlorhydrate de narcéine possède une action manifestement calmante ; — 2° il est bien supérieur comme calmant aux sels d'atropine ; — 3° son action antivomitiv est égale, sinon supérieure, à celle du chlorhydrate de morphine ; — 4° comme hypnotique, alors même que la morphine et les autres préparations d'opium ont échoué, le chlorhydrate de narcéine, même à dose très-minime, produit des effets soporifiques ; — 5° le chlorhydrate de narcéine agit avec la même efficacité et la même rapidité, en quelque partie du corps qu'on l'injecte ; — 6° même à dose minime, le chlorhydrate de narcéine produit une élévation passagère de la température et augmente momentanément la fréquence du pouls et de la respiration.

*Le Gérant* : A. DE MONTMÉJA.

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX



Planche XXXVI.

**ARTHROPATHIE DE L'ÉPAULE**  
PÉRIODE DE DÉBUT

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX DE PARIS

---

## CLINIQUE MÉDICALE

---

### DE L'ARTHROPATHIE DES ATAXIQUES

Leçon faite à l'Hôtel-Dieu par **M. BALL**, professeur agrégé de la Faculté de médecine, etc.

Messieurs,

Si la clinique nous mettait toujours en présence de types réguliers, construits d'après une formule générale et toujours la même, à coup sûr la pratique de la médecine deviendrait à la fois bien plus facile, et bien moins intéressante pour nous. C'est en effet par la variété sans cesse renaissante des faits qu'elle nous révèle, et par la multiplicité inépuisable des combinaisons qu'elle nous donne à déchiffrer, que la clinique devient véritablement attrayante pour l'observateur qui a le goût de son métier.

Je me propose aujourd'hui de vous parler d'une maladie tellement connue qu'il serait évidemment superflu de vous en retracer les symptômes. Mais, vous le savez déjà, chaque malade vous présente des phénomènes individuels qui le font sortir du type commun, et qu'il importe de mettre en relief. C'est ce que nous allons essayer de faire pour le cas actuel.

Au n° 5 de la salle Sainte-Jeanne est couché un homme dont la taille élevée et le squelette bien développé semblent annoncer une constitution primitivement robuste ; en effet, c'est d'une saine et vigoureuse famille qu'il est né. Son père et sa mère sont morts à un âge très-avancé, et ses frères et sœurs se portent tous à merveille. Le malade lui-même, s'il fallait s'en rapporter aux renseignements qu'il nous donne, aurait toujours joui d'une excellente santé, troublée il est vrai par quelques douleurs rhumatismales ; et

ce serait depuis deux ans seulement que les premiers symptômes de l'ataxie locomotrice se seraient manifestés chez lui.

C'est là, messieurs, une erreur bien commune chez les malades, et qui ne doit pas être partagée par le médecin. Longtemps avant l'apparition des troubles de motilité qui frappent les premiers l'attention du sujet, il existe des troubles de la sensibilité qui marquent sûrement le début de cette affection. Chez le malade qui nous occupe, les douleurs qu'il prenait pour rhumatismales, dont il souffrait depuis douze ans, n'étaient autre chose que les douleurs fulgurantes de l'ataxie. Subites et passagères, elles atteignaient surtout les deux membres inférieurs, et le membre supérieur droit. Cependant la constriction circulaire, qui signale si souvent les débuts de la maladie, a manqué complètement ici : elle a été remplacée par une *rachialgie* extrêmement vive, siégeant à la région cervicale et un peu au-dessous, ayant pour centre l'apophyse de la septième vertèbre cervicale et s'irradiant dans le bras droit. C'est aussi sur ce point que se sont manifestés les premiers troubles de la motilité. Cet homme, qui travaillait aux écritures dans une maison de commerce, commença par s'apercevoir que toutes les plumes dont il faisait usage étaient mauvaises. Bientôt, alarmé par l'irrégularité toujours croissante des mouvements du bras, il consulta un praticien de la ville, qui le traita par l'électricité pour une *crampe des écrivains*. Peu de temps après, il éprouva de la rachialgie dans un second foyer d'innervation, au bas de la colonne lombaire ; il vit disparaître d'une manière absolue tout désir vénérien, et ressentit bientôt un trouble profond de la marche, surtout *dans l'obscurité*.

La vue s'est notablement affaiblie depuis deux ans, et l'ophtalmoscope nous en a montré la raison, en faisant constater une atrophie de la papille ; enfin, pour compléter ce tableau, le malade fut pris d'une cystite fort douloureuse, et qui dure encore aujourd'hui ; nous n'hésitons pas à la rattacher à l'ataxie, bien que le malade soit porté à considérer ces derniers accidents comme le résultat d'une ancienne blennorrhagie.

Aujourd'hui, nous sommes en présence d'une ataxie bien complète, accompagnée d'une perte absolue du sens de position, et de troubles sensoriaux divers.

Tel était l'état du malade, lorsque les phénomènes spéciaux sur lesquels je veux tout particulièrement appeler votre attention se sont subitement manifestés. Obligé de se servir de la main gauche

pour tous les petits services que ne pouvait plus lui rendre la main droite, il avait constaté depuis quelques jours des *craquements* dans l'épaule gauche, lorsque, vendredi matin (24 novembre), il s'aperçut pour la première fois qu'il avait la main du même côté notablement enflée. Surpris de ce phénomène insolite, il s'empressa de nous le signaler le lendemain même. Nous avons alors découvert totalement le membre, et voici le spectacle qui s'est offert à nos yeux :

Depuis l'épaule jusqu'au poignet, le membre supérieur gauche présente une tuméfaction générale. Il existe dans toute cette étendue un empâtement mou, qui conserve l'empreinte des doigts, mais seulement lorsqu'on exerce sur les téguments une pression assez fortement accentuée. Cette tuméfaction augmente à mesure qu'on se rapproche de la racine du membre ; faiblement prononcée à la main, elle est plus forte à l'épaule que partout ailleurs. A ce niveau, il existe une saillie globuleuse légèrement fluctuante, et qui proémine fortement en arrière (Voy. PLANCHE XXXVI.)

Au-devant du biceps, se dessine une vaste ecchymose, qui doit exister déjà depuis quelques jours, car elle est jaunâtre et décolorée sur les bords. Une seconde ecchymose, beaucoup moins considérable, occupe la partie antérieure de l'avant-bras.

Le biceps est dur, tendu, manifestement contracturé. L'épaule est évidemment démise : mais la tête humérale sort de la cavité glénoïde et y rentre avec une merveilleuse facilité, en produisant des craquements très-remarquables, et qui, d'ailleurs, ne causent aucune douleur au malade.

Le pouls est accéléré, circonstance assez commune chez les ataxiques pour ne mériter aucune attention spéciale de votre part ; mais ce qu'il importe bien davantage de noter, c'est que la température est fort élevée, et qu'elle atteint près de 40° centigrades. Il y a donc un certain degré de réaction fébrile, contrairement à la règle, comme nous le verrons plus tard.

Les jours suivants, les phénomènes que nous venons de décrire ont graduellement diminué<sup>1</sup> : la tuméfaction du membre s'est effacée peu à peu ; l'ecchymose a pâli : la réaction fébrile est tombée : mais quelques vésicules d'herpès, disséminées par groupes, se sont dessinées autour du coude, et sur le trajet des nerfs superficiels de l'avant-bras ; leur présence a coïncidé avec une hyperesthésie cu-

<sup>1</sup> La PLANCHE XXXVI a été faite alors (27 novembre) ; les mesures montraient que, en effet, la tuméfaction diminuait.

tanée fort remarquable : en effet, le frôlement d'une barbe de plume ou d'un pinceau fin détermine une douleur exquise, tandis que la compression directe ne provoque aucune sensation pénible.

Que s'est-il donc passé chez ce malade ? et comment interpréter les accidents qui viennent de se dérouler sous vos yeux ?

Messieurs, nous sommes en présence d'une de ces arthropathies qui se développent quelquefois dans le cours de l'ataxie locomotrice, et qui ont été signalées, pour la première fois, par M. Charcot. Mais le cas actuel diffère, à beaucoup d'égards, du type que présentent, en général, ces arthropathies singulières ; et pour vous faire saisir les particularités qui le caractérisent, je crois devoir vous exposer la marche que suit le plus habituellement la maladie.

L'ataxie locomotrice, vous le savez certainement, messieurs, offre deux périodes bien distinctes dans son évolution : la première se caractérise par la prédominance des troubles de la sensibilité ; la seconde, par l'apparition des troubles de la motilité. C'est presque toujours vers la fin de la première période et le commencement de la seconde, à l'époque où les douleurs fulgurantes et la constriction circulaire se compliquent d'un certain degré d'incoordination des mouvements ; c'est dans cette période intermédiaire que se manifestent le plus souvent les accidents articulaires. Cette règle peut cependant souffrir de fréquentes exceptions, et c'est précisément ce qui se produit chez notre malade. Il existe, en effet, des arthropathies précoces et des arthropathies tardives. M. Charcot a vu, tout récemment, débiter un cas d'ataxie par une de ces affections articulaires ; ce qui, pour le dire en passant, suffit pour faire justice de l'erreur de Volkmann, qui attribue les lésions de ce genre aux mouvements désordonnés qu'exécute le malade. Cette théorie purement mécanique ne tient compte que d'une seule des causes multiples qui concourent à produire ces accidents singuliers.

Quant aux arthropathies tardives, elles se distinguent par la gravité excessive des désordres qu'elles occasionnent. En effet, les cas les plus graves appartiennent aux périodes les plus avancées de la maladie, et notre malade ne fait point exception à cette règle. Nous constatons, en effet, chez lui, une mobilité anormale de l'épaule qu'il faut évidemment attribuer à la destruction plus ou moins complète de la tête humérale ; c'est précisément ce qui s'est passé chez une malade dont l'observation a été publiée depuis longtemps et chez laquelle l'extrémité supérieure de l'humérus était profondément

érodée, de manière à simuler l'extrémité supérieure du cubitus : en un mot, c'est une surface concave et non pas une surface convexe qui se trouve en rapport avec la cavité glénoïde. On comprend aisément qu'une disposition pareille permet au membre de se luxer et de se replacer ensuite dans ses rapports normaux avec la facilité la plus absolue.

L'obligeance de M. Charcot me permet de placer cette pièce très-intéressante sous vos yeux (Voy. *PLANCHE III*)<sup>1</sup>.

Vous remarquerez qu'autour de la tête humérale, détruite en partie, il existe de nombreuses stalactites osseuses qui témoignent d'un travail d'hyperostose qui se produit parallèlement au travail d'atrophie que je viens de vous signaler.

D'une manière habituelle, l'invasion des accidents n'est accompagnée d'aucune réaction fébrile ; cependant dans quelques cas exceptionnels, cette réaction se produit, et notre malade en offre un exemple, puisque, chez lui, la température s'est élevée à 40 degrés.

Le gonflement du membre qui se développe très-rapidement est toujours plus considérable au niveau de la jointure malade, et souvent une effusion, soit séreuse, soit sanguinolente, se produit dans sa cavité. Dans le cas actuel, il est probable que du sang s'est épanché dans l'articulation de l'épaule, et je serais tenté d'attribuer les ecchymoses dont je vous ai parlé à une infiltration sanguine partie de la cavité articulaire et qui aurait fusé dans les gaines des muscles. Quoi qu'il en soit, la synoviale est toujours fortement vascularisée, comme vous le voyez dans la photographie coloriée que je mets ici sous vos yeux (voy. *PLANCHE I*).

L'infiltration du membre disparaît rapidement dans la plupart des cas : les épanchements articulaires persistent plus longtemps et laissent derrière eux des altérations permanentes : ce sont des hypertrophies et des atrophies des extrémités osseuses, mais dans lesquelles le travail de destruction l'emporte de beaucoup. Il en résulte des luxations tantôt complètes, tantôt incomplètes et le plus souvent la perte des fonctions du membre ; toutefois, dans les cas légers et surtout dans les arthropathies précoces, la guérison peut avoir lieu.

Les accidents que je vous signale, messieurs, ne sont pas au

<sup>1</sup> Nos lecteurs pourront se reporter aussi, pour suivre les différentes phases de la maladie, aux *PLANCHES XXVII, XXVIII, XXXI et XXXII* de la *Revue* de 1870, qui représentent l'aspect des jointures malades pendant la vie ; et aux *PLANCHES I et II* de cette année qui, outre la *PLANCHE III*, figurent les lésions.

nombre des manifestations les plus communes de l'ataxie. Dans un petit travail que j'ai publié il y a quelques années sur ce sujet, j'en avais rassemblé 18 cas. En y joignant quatre ou cinq faits observés par M. Charcot, et quelques autres publiés à l'étranger, on arriverait peut-être à en réunir une trentaine. Si vous songez à la fréquence excessive de l'ataxie locomotrice, ce chiffre devra vous paraître bien peu considérable.

La statistique m'avait fourni, à l'égard des localisations que peuvent offrir ces accidents, des résultats assez singuliers. Sur 18 cas, l'affection s'est portée 11 fois sur les genoux, 3 fois sur l'épaule droite, et 4 fois sur d'autres jointures ; l'épaule gauche n'avait jamais été affectée ; le cas actuel est donc unique en son genre. Jusqu'à présent on avait attribué cette prédominance si marquée du côté du membre supérieur droit à l'usage habituel que nous faisons du bras et de la main droite : chez notre malade, les conditions se trouvent renversées, puisque c'est du bras gauche qu'il fait habituellement usage ; il ne faudrait pas, toutefois, attribuer trop d'importance à cette cause toute mécanique, car, comme vous le verrez à l'instant, il existe une cause bien plus puissante d'altérations trophiques au centre même de l'axe médullaire.

L'anatomie pathologique nous apprend en effet que, dans les cas de cette espèce, il existe une atrophie prononcée de la corne antérieure de la moelle épinière du côté correspondant à l'articulation malade. La planche que je mets sous vos yeux, et qui est extraite des *Archives de physiologie*, vous représente l'état de l'axe gris chez la femme dont je vous ai montré tout à l'heure la tête humérale atrophiée. Comme vous le voyez, la corne antérieure du côté malade a subi une diminution notable dans tous ses diamètres, ainsi qu'une destruction presque complète des grosses cellules nerveuses qui en occupent le bord externe. Cette lésion, que M. Charcot a déjà constatée dans quelques autres cas semblables, est manifestement le point de départ des accidents qui nous occupent. On peut la rapprocher des altérations analogues de l'axe gris dans la paralysie infantile et l'atrophie musculaire progressive. Elle s'en rapproche d'autant plus, que les muscles du côté affecté éprouvent souvent un commencement de dégénération graisseuse.

Il semblerait donc, d'après ce que je viens de vous dire, que les cornes antérieures situées dans le voisinage des cordons moteurs président, je ne dirai pas à la nutrition du système locomoteur, mais aux troubles trophiques qui peuvent l'atteindre. Les articula-

tions, les muscles, les os eux-mêmes, subissent, à des degrés divers, le contre-coup des altérations situées dans les cornes antérieures de la moelle : mais la peau, organe de sensibilité, échapperait complètement à cette influence. Ce serait à des lésions d'une toute autre nature, occupant surtout les nerfs sensitifs, que se rattacheraient le zona et les autres affections cutanées qui relèvent du système nerveux.

Sous ce rapport, notre malade fait exception à la règle, ou, plutôt, il nous présente un nouveau problème à résoudre. Comme vous le voyez, une éruption vésiculo-pustuleuse s'est développée sur le trajet des nerfs cutanés de l'avant-bras : elle coïncide avec une hyperesthésie cutanée des plus remarquables. Faut-il supposer qu'une lésion des nerfs périphériques s'est produite chez lui, ou devons-nous rattacher ce dernier phénomène aux altérations de l'axe gris qui existent, selon toute probabilité, chez lui? L'avenir nous l'apprendra, sans doute : pour le moment, nous devons nous borner à enregistrer le fait sans y joindre de commentaires.

Il me reste à vous signaler un dernier point, avant de terminer cette leçon. Chez plusieurs des ataxiques frappés d'arthropathie, on a noté la coïncidence de ces troubles viscéraux qui paraissent se développer à la suite de l'affection médullaire; telles sont les crises gastriques indiquées par M. Charcot, et les accidents laryngo-bronchiques décrits par mon ami M. Second-Féréol. Chez notre malade, non-seulement il existe une *cystite* dont je vous ai déjà parlé, mais encore on constate, depuis quatre ou cinq jours, une *dyspnée* que j'appellerais volontiers *essentielle* ou *nerveuse*, car elle ne correspond à aucun signe physique d'une altération des organes respiratoires.

Avant de nous séparer, messieurs, je dois vous dire quel est le pronostic qu'il convient de porter chez notre malade. Les altérations profondes dont l'articulation scapulo-humérale vient d'être frappée la rendront à jamais incapable de fonctionner régulièrement; à chaque instant, il se produira des craquements, et, dans les mouvements plus étendus, des luxations de l'épaule.

Ces infirmités n'empêcheront pas le malade de tirer quelque parti du membre affecté, d'autant plus que les lésions de ce genre ne paraissent pas en général suivre une marche progressive. Enfin, la tuméfaction du membre, et les ecchymoses qui se sont développées sur divers points se dissiperont presque sans aucun traitement; il suffira d'entourer le membre de coton cardé, de l'enve-

lopper de compresses résolatives, et de le maintenir à une température convenable.

Voici le tableau des mesures comparatives des membres supérieurs de ce malade.

	GAUCHE.		DROITE.
	24 nov.	27 nov.	
Circonférence du bras au-dessous de l'aisselle. . . . .	35 <sup>c</sup> ,5	31 <sup>c</sup> ,5	25 cent.
Circonf. du bras (partie moyenne). . .	51	28	20,5
Circonférence du coude. . . . .	26	27	25
— de l'avant-bras à 4 travers au-dessous du coude. . . . .	26 <sup>c</sup> ,5	26 <sup>c</sup> ,5	21,5
Circonférence du poignet. . . . .	17	17 <sup>c</sup> ,5	16,5
Circonférence du métacarpe (Ext. inf.).	19 <sup>c</sup> ,3	20 <sup>c</sup> ,2 <sup>1</sup>	18,8

N. B. Depuis que cette leçon a été faite, un nouveau phénomène s'est produit : l'articulation du coude gauche vient de devenir le siège de craquements, et tout fait présager qu'elle aura le sort de l'articulation scapulo-humérale.

## CLINIQUE CHIRURGICALE

### TUMEUR DE LA PAROTIDE, EXTIRPATION, GUÉRISON

PAR ROSAPELLY, INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Bar..., âgé de 16 ans, cordier, entre le 25 juillet 1871 à la Pitié dans le service de M. le professeur BROCA, pour se faire enlever une tumeur qu'il porte à la partie droite du cou.

Il y a deux ans que le malade s'est aperçu pour la première fois de la présence de cette tumeur, qui avait alors le volume d'une noisette. Située, d'après ses indications, immédiatement en arrière de la branche montante de la mâchoire et à un travers de doigt au-dessous du lobule de l'oreille, elle était arrondie, dure, fixe sur les parties profondes, sans adhérence à la peau.

Depuis cette époque, elle s'est développée progressivement sans être jamais le siège d'aucune trace ni d'inflammation ni de douleur.

<sup>1</sup> Nous croyons pouvoir attribuer cette augmentation de la tuméfaction de la main à la position déclive.

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX



Planche XXXVII.

**ADÉNOME DE LA PAROTIDE**  
AVANT L'OPÉRATION

B... signale seulement avant et depuis le début de cette affection des angines auxquelles il a d'ailleurs toujours été sujet : l'amygdale droite présente un léger degré d'hypertrophie ; jamais les ganglions n'auraient été engorgés.

*État actuel* (juillet 1871). — La tumeur remplit les limites de la région parotidienne droite ; elle y détermine une saillie irrégulièrement ovoïde, bien circonscrite et très-proéminente, du volume d'un œuf de poule. Son grand diamètre parallèle au bord postérieur du maxillaire mesure 5 centimètres et s'étend du col à l'angle de la mâchoire ; son diamètre transversal, long de 4 centimètres, recouvre en avant une partie de la branche de la mâchoire, et en arrière le bord du sterno-mastoïdien. La PLANCHE XXXVII en donne une bonne idée.

La tumeur, quoique fortement enclavée entre ces deux organes par sa partie profonde, est légèrement mobile ; on peut la faire mouvoir en masse, soit dans le sens vertical, soit transversalement dans l'étendue d'un centimètre environ. La surface est irrégulièrement lobulée ; au-dessus et au-dessous de la partie moyenne, qui est à peine bosselée et présente dans tous ses points une consistance ferme et élastique comme celle du cartilage, se trouvent des lobules arrondis, saillants, dont la consistance est plus molle et se rapproche de celle du lipome.

La peau qui la recouvre est parfaitement saine, elle glisse dans tous les sens et dans les limites normales ; enfin il n'existe aucun signe d'altération dans les régions voisines.

B... a une bonne constitution ; sa santé est parfaite. Interrogé sur les symptômes fonctionnels, il dit avoir depuis quelque temps une certaine sécheresse de la bouche, fait qu'on doit rapporter à la compression de la parotide ou plutôt du canal de Sténon à son origine. Il n'a remarqué aucun trouble de la motilité ni des lèvres, ni des joues, ni des paupières ; cependant, en comparant attentivement les deux côtés de la face, la commissure droite des lèvres semble un peu abaissée et plus rapprochée de la ligne médiane que celle du côté sain. Cette déformation, rendue plus apparente par le rire, l'action de siffler, etc., indique un commencement de compression de la branche cervico-faciale ; la branche supérieure du facial est intacte.

*Diagnostic.* — Parmi les tumeurs qu'on peut rencontrer à la région parotidienne, nous devons éliminer de prime abord celles qui siègent en dehors de la parotide. En effet, les caractères du début fournis par le malade : *glissement facile de la peau, fixité de la*

*tumeur sur les parties profondes*, s'accordent avec les signes actuels : *intégrité de la peau, limitation exacte de la tumeur à la région parotidienne, connexions profondes avec mobilité assez limitée*, pour montrer que la tumeur a débuté et qu'elle s'est développée dans la loge parotidienne. Un renseignement fourni par le malade nous indique en outre que c'est dans les couches superficielles de la glande qu'on doit localiser le siège primitif de la tumeur : elle n'avait encore acquis, en effet, qu'un centimètre environ de diamètre que déjà elle constituait une saillie arrondie appréciable au toucher, puisque le malade lui donne le volume d'une noisette lorsqu'il s'en est aperçu pour la première fois.

La tumeur, malgré les lobules qui font saillie à sa surface, n'est pas une tumeur ganglionnaire ; elle n'est pas constituée par des noyaux multiples, agglomérés, roulant plus ou moins sous le doigt ; elle forme une masse unique qui s'est développée progressivement en dehors, repoussant au-devant d'elle l'aponévrose parotidienne et l'ayant distendue, amincie, et peut-être perforée dans les points les plus saillants et, en effet, les moins fermes qui constituent les lobules des deux extrémités.

C'est donc entre les deux classes de tumeurs de la parotide que la clinique a séparées sous le nom de tumeurs bénignes ou adénomes et de tumeurs malignes ou cancers, qu'il nous reste à établir le diagnostic. Ce diagnostic est ici facile, car l'absence absolue des deux caractères essentiels de la malignité, l'envahissement des tissus voisins et l'infection générale de l'organisme, est assez nettement démontrée par les signes locaux et par l'état général pour faire repousser l'idée du cancer.

Le diagnostic d'adénome, porté d'emblée par M. Broca, conduit à un pronostic relativement très-favorable ; de plus, il indique l'utilité d'une opération qui, en débarrassant le malade de sa difformité, en offrant peu de chances de récurrence, doit supprimer et prévenir les accidents qu'amènerait infailliblement le développement progressif de la tumeur.

*Extirpation de la tumeur.* — Le 31 juillet, l'opération est pratiquée après anesthésie par le chloroforme. Par une incision verticale de 6 centimètres comprenant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, on arrive sur l'aponévrose parotidienne, qui est à son tour incisée et disséquée de manière à dénuder la tumeur. La surface de celle-ci est blanche, lisse, et si bien limitée des tissus environnants, qu'on peut l'énucléer presque complètement en la dé-

# REVUE PHOTOGRAPHIQUE

DES HOPITAUX



Planche XXXVIII.

**ADÉNOME DE LA PAROTIDE**

APRÈS L'OPÉRATION

collant avec les doigts. La face profonde seule présente quelques adhérences, qu'on déchire en imprimant à la tumeur quelques mouvements de traction combinée avec la torsion. La déchirure des adhérences, constituées en grande partie par les vaisseaux de la tumeur, amène un écoulement de sang assez abondant, qu'on arrête facilement en maintenant pendant dix minutes environ une éponge dans le fond de la plaie. Pansement simple : linge cératé, charpie sèche. Le soir, on n'observe rien d'anormal. Pouls à 80.

1<sup>er</sup> août. — Même pansement. A peine s'il y a une légère réaction fébrile.

2 août. — Pendant la nuit, il s'est produit à deux reprises une hémorragie peu considérable, qu'on a arrêtée définitivement par un tamponnement à l'amadou et une légère compression. Le pansement hémostatique est laissé jusqu'au lendemain. Pansements simples. La réparation se fait rapidement.

Le 9 août, la plaie, comblée, presque à plat, est large de 2 à 3 millimètres seulement. — *Exeat.*

La cicatrisation a été complète vers le milieu du mois.

A la date du 3 décembre, époque à laquelle a été faite la PLANCHE XXXVIII, on constate simplement une cicatrice ayant 2 à 3 millimètres de large, encore un peu rouge. La peau, à son niveau, glisse assez facilement. B... se porte bien, ne souffre aucunement. Toute trace de paralysie semble aussi avoir disparu.

*Examen de la tumeur.* — La tumeur se présente sous la forme d'une poire irrégulièrement ovoïde ; son grand diamètre est de 5 centimètres ; son diamètre transversal, ainsi que son épaisseur, mesurée de sa face superficielle à sa face profonde, sont chacun de 4 centimètres.

Sa surface blanche, lisse et d'aspect fibreux, est divisée en 12 ou 15 mamelons par des sillons peu profonds. Aux deux extrémités et surtout en haut, ces mamelons, du volume de la pulpe du doigt, sont hémisphériques et constituent de véritables lobes ; sur le reste de la surface, ils sont beaucoup plus larges et peu saillants.

En incisant la tumeur et en cherchant à séparer la membrane d'enveloppe, on obtient très-facilement la décortication. On observe alors que cette membrane est mince, résistante et laisse voir par transparence un certain nombre de ramifications vasculaires, formant dans son épaisseur un réseau à larges mailles. Si on la réapplique alors sur la tumeur, on observe en outre que chacun des

vaisseaux correspond à l'un des sillons qu'on avait remarqués à la surface.

Du côté du tissu propre, les sillons et les lobes ne sont indiqués que par des dépressions et des saillies sans différence d'aspect apparente dans la texture, sans cloisons ni prolongements qui soient l'indice d'une segmentation de la substance même de la tumeur. La disposition lobulée superficielle semble donc être due à la pression des vaisseaux de la tunique fibreuse et au développement plus facile du tissu morbide au niveau des mailles qu'ils circonscrivent.

Outre ces dépressions et ces saillies, la surface de la substance propre est régulièrement tapissée de petits lobules agglomérés, dont quelques-uns ont été entraînés avec la membrane d'enveloppe pendant la manœuvre de la décortication. Ces petits lobules, assez peu consistants, d'un blanc grisâtre, ont l'aspect des grains d'une glande acineuse ; en les écrasant sur une plaque de verre, on y reconnaît, au moyen du microscope, la présence des culs-de-sac glandulaires.

A la coupe, le tissu de la tumeur est ferme, d'un blanc grisâtre ou jaunâtre, sillonné uniformément par de petits tractus d'apparence fibreuse, très-déliés et peu distincts. Il n'y existe ni kystes ni épanchements sanguins. Enfin, il est identique dans tous ses points, excepté quant à la consistance, qui est celle du tissu fibreux dans la majeure partie de la tumeur et qui est plus molle dans les couches superficielles et dans les lobes mamelonnés de la surface.

*L'examen histologique*, d'après les préparations de M. COYNE, interne des hôpitaux, donne les résultats suivants : à un faible grossissement, des tubes sinueux, anastomosés ou ramifiés, terminés en certains points par des culs-de-sac arrondis, représentent l'élément glandulaire. Ils sont fortement colorés par le carmin, et la distance qui les sépare, remplie par une substance intermédiaire, beaucoup moins colorée, est sensiblement égale à leur diamètre ; de sorte que l'élément glandulaire et le stroma entrent en proportions égales dans la composition de la tumeur. La proportion et la nature de ces deux éléments sont les mêmes sur les coupes pratiquées au centre ou dans les couches superficielles de la tumeur.

A un fort grossissement, on voit les tubes et les acini, remplis par de l'épithélium, qui, en quelques points, laisse un intervalle, ménagé au centre de leur calibre. Le stroma est constitué par une substance amorphe, renfermant, régulièrement espacées, des cel-

lules étoilées, munies d'un noyau fortement coloré par le carmin et anastomosées entre elles par leurs prolongements.

D'après M. Broca (*Dict. encycl.* ; art ADÉNOME), nous avons manifestement affaire ici à un adénome vrai, et l'examen histologique nous reporte exactement à la variété qu'il a décrite sous le titre d'*adénome avec prédominance du stroma*.

D'après la classification, admise par MM. Cornil et Ranvier (*Manuel d'histol.*), la tumeur devrait, il semble, être rangée parmi les adéno-sarcomes. D'ailleurs, suivant l'opinion des mêmes auteurs, la présence des cellules étoilées, degré avancé d'évolution du tissu conjonctif, exprimerait peu de gravité. — Quelle que soit l'opinion qu'on adopte, le pronostic est donc favorable, la *récidive* étant très-rare dans l'un et l'autre cas.

## PATHOLOGIE INTERNE

### RUPTURES DE LA RATE

PAR G. PELTIER, INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

L'étude des ruptures de la rate, obscure encore sur plusieurs points, a fait, en 1843 et 1844, l'objet d'un travail très-intéressant publié par M. Vigla dans les *Archives générales de médecine*. La description de M. Vigla est basée sur un certain nombre d'observations qu'il a recueillies lui-même ou qu'il a trouvées éparses dans les ouvrages ou dans les écrits périodiques ; c'est encore le travail le plus complet que nous ayons sur l'affection qui doit nous occuper ; depuis cette époque, quelques observations nouvelles sont venues seulement s'ajouter à celles que nous possédions déjà, et fournir ainsi quelques matériaux de plus qui nous serviront pour l'exposé que nous allons faire des ruptures de la rate.

I. BIBLIOGRAPHIE. — Pour l'étude des ruptures de la rate, il faut consulter principalement :

BAILLY. — *Observations de rupture de la rate dans les fièvres intermittentes.* (*Revue médicale*, t. IV, p. 24, 1825.)

PIGNÉ. — *Bulletins de la Société anatomique*, t. XII, p. 325, 1857.

- SOTIS. — *Quatre observations de rupture de la rate.* (*Gazette médicale*, 1840.)
- GAYREL fils. — *Rupture de la rate.* (*Gazette des hôpitaux*, p. 582, 1840.)
- RAYNAUD. — *Bulletins de la Société anatomique*, t. XV, p. 106, 1840.
- VERGA. — *Gazette médicale*, 1845.
- VIGLA. — *Recherches sur la rupture spontanée de la rate.* (*Archives générales de médecine*, t. III et IV, 1844.)
- JANSSENS. — *Annales de la Société de médecine d'Anvers*, 1845.
- GOUBAUX. — *Rupture de la rate chez un cheval.* (*Société de biologie et Gazette médicale*, 1851.)
- SÉE. — *Bulletins de la Société anatomique*, t. XXVII p. 323, 1852.
- CHARCOT. — *Rupture de la rate chez un fœtus.* (*Société de biologie*, 1858.)
- PLAYFAIR. — *Gazette médicale*, 1859.
- MEUNIER. — *Rapport sur un cas de rupture de la rate.* (*Bulletins de la Soc. anat.*, p. 200, 1863.)
- OBSERVATION de rupture de la rate. (*The Lancet*, décembre 1864.)

II. ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Lorsque l'on ouvre la cavité abdominale d'un malade mort de rupture de la rate, on la trouve généralement, sinon distendue, du moins remplie par une quantité variable de sang plus ou moins fluide. Le plus souvent, c'est l'hypochondre gauche qui est occupé par des caillots de sang noir, entourant et masquant quelquefois l'organe splénique. Quelquefois les caillots occupent le petit bassin.

La quantité de sang épanché est plus ou moins considérable, depuis quelques grammes jusqu'à un kilogramme. Dans ces derniers cas, la masse intestinale est imbibée du liquide : le tissu cellulaire sous-péritonéal est ordinairement infiltré de sang. On peut trouver des traces de péritonite partielle ou généralisée ; cependant elles manquent souvent, ce qui peut s'expliquer par la rapidité de la mort.

Quand l'on vient à examiner la rate, on trouve généralement un organe ramolli, friable, ayant un volume plus considérable qu'à l'état normal ; si l'on examine alors plus attentivement, on trouve une déchirure de dimensions variables, ayant ordinairement de 5 à 5 centimètres, et par laquelle s'échappe le tissu de la rate elle-même. Cette déchirure se trouve le plus souvent à la face interne

ou à la face antérieure ; quelquefois la fente est obstruée par un caillot, qui peut ainsi mettre un terme à l'hémorrhagie.

Quant au parenchyme splénique, il présente une disposition fréquente, et signalée par M. Vigla. Il semble que le tissu soit constitué par deux couches superposées, l'une superficielle, réduite en bouillie, semblable à un caillot mou et diffluent, l'autre profonde et moins altérée. Dans les cas où le traumatisme a été des plus violents, on observe une véritable contusion avec destruction du tissu splénique.

III. ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE. — Les ruptures de la rate peuvent être spontanées ou traumatiques ; ces dernières sont de beaucoup les plus fréquentes ; ce sont celles qui ont été le mieux étudiées.

Les ruptures *spontanées*, c'est-à-dire celles qui ne reconnaissent pas pour cause un traumatisme violent, sont rares, très-rares, dans nos pays surtout. Pour qu'elles se produisent, il faut que le tissu de la rate soit déjà modifié, ou par des infarctus préexistants, ou par des kystes, ou par une dégénérescence quelconque. Dans les pays marécageux, où un grand nombre de malades présentent un développement pathologique de la rate, il y a de plus une condition morbide très-fréquente dans les cas de rupture : c'est le ramollissement. La moindre cause alors, la contraction même des muscles abdominaux, suffit pour amener l'accident ; c'est ainsi que le docteur Playfair, médecin dans l'Inde, chargé de l'autopsie des morts subites, a rencontré, dans une période de deux ans et demi, plus de vingt cas de rupture de la rate. (*Gazette médicale*, 1859.)

Les ruptures *traumatiques* reconnaissent pour causes des contusions et des violences extérieures, des chutes d'un lieu plus ou moins élevé. Les coups de pied, de pierre, de timon dans l'hypochondre gauche, les chutes sur la poitrine ou sur le ventre, les chutes de cheval, voilà les conditions étiologiques les plus souvent notées dans les diverses observations que nous avons consultées.

Les ruptures de la rate, avons-nous dit, sont assez fréquentes dans les pays marécageux, rares ailleurs ; on les rencontre chez la femme comme chez l'homme ; on les a notées à tous les âges, et même chez le fœtus (Charcot).

IV. SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC. — Pour la symptomatologie, nous devons admettre deux formes distinctes : la *forme suraiguë*, dans

laquelle la mort arrive immédiatement, et la *forme à marche moins rapide*, dans laquelle la vie se prolonge.

Les premiers cas sont, sans contredit, les plus nombreux, mais la description des symptômes en est si incomplète, qu'il est à peu près impossible de ne pas les confondre avec tous les cas d'hémorrhagie interne par rupture d'un organe quelconque. Ce que nous pouvons dire, c'est que, à la suite d'un traumatisme violent, les malades éprouvent une douleur vive dans la région de l'hypochondre gauche ; cette douleur peut être suivie de syncopes, de convulsions légères ; bientôt la face pâlit, le pouls devient faible, les extrémités se glacent et la mort arrive en quelques heures. Ce sont là les cas les plus fréquents.

Les seconds cas, les moins nombreux, peuvent servir cependant à tracer une symptomatologie à peu près complète. Pour cela, il faut étudier les commémoratifs, les signes locaux et les signes généraux. Pour les commémoratifs, il faudra rechercher avec soin si le malade a vécu dans un pays marécageux, s'il a eu des fièvres d'accès ou la fièvre typhoïde, s'il a fait des excès alcooliques. Il ne sera pas moins important de savoir quelle a été la cause traumatique, avec quelle intensité et de quelle manière elle a agi. La douleur devra être étudiée minutieusement dans son mode d'apparition, dans son acuité plus ou moins grande, dans son siège, dans sa constance.

Cette *douleur* apparaît brusquement, augmente et se soutient ordinairement jusqu'à la mort. « Elle est caractérisée par les observateurs, dit M. Vigla, de vive, aiguë, lancinante, cruelle, atroce ; elle est accompagnée, suivant les cas, de chaleur, de brûlure, de plénitude, de pesanteur et de tension dans les mêmes régions ; elle peut arracher des cris au malade ou le faire tomber dans des mouvements convulsifs ; elle augmente par une pression légère, le mouvement, le poids des couvertures. »

La *facies* a une expression particulière ; le malade se tient assis en penchant son corps en avant ; sa respiration est fréquente, courte, douloureuse. La *percussion* de la rate est impossible à cause de la sensibilité de la région splénique. Le *pouls* est fréquent, peu développé, petit même et variable avec l'abondance de l'hémorrhagie.

A ces symptômes devons-nous ajouter ceux d'une péritonite aiguë ou suraiguë ? en d'autres termes, la péritonite est-elle la complication nécessaire d'un épanchement sanguin dans l'abdomen ?

La réponse sur ce point ne peut être catégorique. M. Vigla, à ce sujet, s'exprime ainsi : « Dans aucun des faits, le péritoine ne s'est enflammé. Cela s'explique, quand la mort a été instantanée ; mais dans le cas où la vie s'est prolongée au delà de vingt-quatre heures, il est curieux de constater l'innocuité de la présence du sang à la surface d'une séreuse, sous le rapport de l'inflammation. Ce fait est d'ailleurs acquis à la science par l'observation des faits assez nombreux d'hémorragies intra-rachidiennes. » Nous ne pouvons être aussi absolu ; dans quelques faits au moins, la péritonite était évidente ; l'abdomen était dur, tendu, douloureux à la palpation, et d'ailleurs les résultats de l'autopsie sont venus confirmer le diagnostic porté pendant la vie.

Des considérations que nous venons de développer, il résulte que la rupture de la rate est d'un diagnostic difficile ; l'hypertrophie antérieure de cet organe, l'action d'une violence extérieure sur l'hypochondre gauche, l'existence d'une douleur très-vive s'irradiant jusqu'à la fosse iliaque, la syncope, la pâleur excessive, l'attitude du malade, l'accélération et la difficulté des mouvements respiratoires, la fréquence et la petitesse du pouls, les symptômes de la péritonite, tels sont les principaux traits d'après lesquels on peut établir, avec quelque certitude, l'existence de cette lésion, ou la distinguer, soit d'une péritonite simple, soit d'une pleurésie diaphragmatique, soit d'une perforation intestinale, soit enfin de la rupture d'un anévrysme ou d'un gros vaisseau de l'abdomen. Mais le diagnostic ne peut jamais reposer que sur des probabilités, et nous ne croyons pas qu'on puisse jamais le préciser complètement. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que, le plus souvent, la marche des accidents est telle que, par leur excessive rapidité, ils échappent à l'observation (Meunier).

V. MARCHE ET DURÉE. — Nous avons admis, dans la symptomatologie de la rate, deux formes que nous retrouverons ici. Dans la *première*, la mort arrive immédiatement ou en l'espace de quelques heures : dans ce cas, elle peut être due à deux causes, ou à l'abondance de l'hémorragie, ou, comme l'a indiqué le docteur Sotis, à une sorte de sidération nerveuse résultant de l'action du plexus splénique. Dans la *deuxième forme*, la vie peut se prolonger douze à quinze jours ; on admet alors que l'hémorragie a été arrêtée temporairement, grâce à un caillot obturateur ; on peut admettre également que la vie s'est prolongée grâce à l'intégrité des enve-

loppes de la rate qui résistent d'abord, alors même que le parenchyme est broyé, mais qui finissent par céder à un nouvel effort hémorrhagique.

VI. PRONOSTIC ET TRAITEMENT. — Nous n'avons que peu de chose à dire du pronostic et du traitement. Une fois la rupture opérée, le médecin doit tendre surtout à éviter la péritonite, à la combattre, si elle survient; il doit surtout essayer de remédier à la syncope, à la défaillance du malade, et c'est alors qu'il devra employer surtout un régime tonique et excitant; il s'efforcera de ramener le calorique aux extrémités, s'il est possible. Il devra aussi calmer la douleur: de là l'emploi de l'opium à doses élevées. Nous n'insisterons pas davantage; la rupture de la rate, comme le dit M. Vigla, est une maladie qu'il faudrait reconnaître avant de la traiter, et nous avouons que c'est chose fort difficile.

---

## THÉRAPEUTIQUE

---

### DE L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DU HACHISCH

PAR F. VILLARD, INTERNE DES HOPITAUX

« Jusqu'ici, le hachisch n'a été que bien peu employé comme médicament, mais, tôt ou tard, cet agent, qui exerce sur le système nerveux une influence si considérable, entrera dans le domaine de la thérapeutique et y occupera probablement une place importante. (Trousseau et Pidoux, *Traité de thérap.*, t. II.)

La première partie de cette phrase de MM. Trousseau et Pidoux, très-vraie lorsqu'il s'agit de notre pays, où le hachisch n'a été l'objet d'aucun travail thérapeutique sérieux, n'est pas applicable à nos voisins d'outre-Manche. Chez eux, en effet, grâce à leurs possessions dans l'Inde, qui leur permettent de se procurer le hachisch facilement, cette substance a pu être étudiée et employée depuis longtemps.

En France, jusqu'à présent, on s'est borné à quelques essais dont les résultats, souvent favorables, auraient cependant dû engager à persévérer dans l'emploi d'un médicament énergique et capable de rendre de réels services en thérapeutique. Le résumé des faits que nous allons présenter justifiera notre opinion sur ce point.

## I. PESTE.

M. Aubert-Roche, partant de ce principe que la peste est le résultat d'une lésion du grand sympathique, d'une névrose de ce nerf, a administré le hachisch pour combattre cette terrible affection : tous les médicaments qu'il avait employés auparavant avaient échoué et ses malades étaient morts. Le hachisch fut donné sous forme d'extrait gras (damawesc) à onze individus dont l'état paraissait désespéré : sept guérirent. Ces derniers avaient tous des bubons, des pétéchies, et des symptômes nerveux très-prononcés ; deux d'entre eux avaient en outre de la diarrhée ; chez deux autres la respiration était à peine sensible et le pouls très-rapide. — « C'est un fait incontestable, dit M. Aubert-Roche, que, immédiatement après le sommeil, suite des effets développés du hachisch, ces sept malades sont entrés en convalescence. Je regarde la guérison des cinq premiers comme causée par le haschich seul, et celle des deux autres comme venant donner la preuve de l'efficacité du médicament, si on l'administre à temps. » M. Aubert-Roche ajoute qu'il est loin de croire que cette substance puisse réussir toujours ; mais, se fondant sur les faits qu'il a observés, il pense qu'elle est capable d'arrêter la maladie, si on l'administre à temps. (*De la peste ou typhus d'Orient*, 1840.)

## II. CHOLÉRA.

Les médecins anglais dans l'Inde sont les premiers qui aient songé à employer le hachisch pour combattre le choléra : l'un d'eux, le docteur O. Sanghuessy, a retiré une réelle efficacité de l'emploi de ce médicament. Sous son influence, il a vu les selles se modifier rapidement, la réaction s'établir et les malades entrer en convalescence. Un cholérique fut rendu cataleptique par un demi-grain de résine et resta ainsi plusieurs heures : le lendemain, il était parfaitement bien. L'auteur avoue toutefois que les faits qu'il cite ne sont pas très-concluants, car l'épidémie n'était pas alors très-grave. (*Bul. gén. de therap.*, 1847.)

M. Chaniac avait déjà préconisé le chanvre indien contre le choléra, lorsque, en 1848, M. Villemain, alors médecin sanitaire de France en Égypte, vint lire devant l'Académie de médecine de Paris un mémoire sur le traitement de cette terrible maladie par le hachisch. Cette substance avait été administrée à dix cholériques,

pendant la première période de l'épidémie, alors que la plus grande partie des malades succombaient. Les quatre premiers pris à la dernière extrémité succombèrent ; les six autres ont guéri ; de ceux-ci trois présentaient la maladie à un degré de moyenne intensité. Quant aux trois autres, ils étaient très-gravement atteints, et l'un d'eux se trouvait être M. Villemain lui-même. Les membres étaient froids ainsi que la langue, la cyanose complète, le pouls petit et très-faible. Peu de temps après la prise du médicament, la réaction s'établit. La préparation employée par M. Villemain était une solution alcoolique d'extrait de hachisch préparé par M. Gastinel. Il l'a donné d'abord à la dose de douze à quinze gouttes ; il en a pris lui-même jusqu'à trente gouttes représentant environ 15 centigrammes de principe actif. M. Villemain pense que ce remède agit « en excitant les centres nerveux, quand déjà leur influence est presque arrêtée, et remplit ainsi, dans cette maladie si promptement mortelle, l'indication la plus urgente, celle d'empêcher la vie de s'éteindre. » (*Mémoires de l'Acad. de méd.*, 1848.)

Dans le numéro du 11 janvier, 1849, de *l'Union médicale*, M. Tardieu appelle l'attention des praticiens sur l'emploi avantageux du hachisch dans le choléra et il cite le cas de M. Villemain. « Le hachisch, dit-il, répond à la stupeur du système nerveux et au défaut d'activité des fonctions qui en dépendent. »

La même année, 1849, le hachisch fut employé avec succès par M. Barth à la Salpêtrière et par M. Legroux à l'hôpital Beaujon. Il s'agissait, dans ce dernier cas, d'une femme atteinte de choléra peu de jours après ses couches, à l'hôpital. Elle présentait des symptômes très-alarmants et ne dut son salut qu'au hachisch. Sous l'influence de ce médicament, elle se réchauffa, se ranima ; les vomissements et la diarrhée se calmèrent ; elle entra enfin en pleine convalescence. L'action du hachisch parut consister chez elle dans une sorte d'agitation et de somnolence avec rêves pénibles : la malade avait pris environ 20 centigrammes d'extrait en deux jours. (*Union médicale*, 1849).

M. d'Oultremer du Margat a donné également le hachisch avec succès dans un cas de choléra. Les symptômes étaient graves : refroidissement des extrémités, crampes douloureuses ; pouls à peine sensible ; face altérée et cyanosée ; langue pâle et froide ; voix éteinte ; anurie complète. Le hachisch fut administré : la réaction ne tarda pas à se produire et le malade guérit. (*Union médicale*, 1849.)

Dans un article de *l'Union médicale* de 1849, nous voyons que

d'autres médecins à Paris employèrent le hachisch et que les résultats obtenus ne furent pas favorables, mais ne trouvant que cette seule mention, nous ne pouvons donner aucun détail précis sur les faits observés.

Ce médicament paraît cependant avoir été administré avec avantage par M. Uytterhoeven, en Belgique (BOUCHARDAT, *Manuel de matière méd. et de thérap.*, 1864), et par M. Woillez, à l'asile de Clermont (Oise), pendant l'épidémie de 1849. Ce dernier médecin rapporte que le hachisch ne lui a été d'aucune utilité pour provoquer la réaction, mais qu'il en a observé les bons effets contre les vomissements. « Le hachisch, dit-il, impuissant à produire la réaction, a promptement diminué ou fait cesser les vomissements opiniâtres et trop promptement pour qu'il y ait eu ici simple coïncidence. » Il employait une teinture d'extrait à la dose de 60 gouttes pour 60 grammes d'eau de menthe, à prendre par cuillerée à bouche toutes les heures. (*Annal. médico-psych.*, t. III, II<sup>e</sup> série.)

Durant l'épidémie du choléra de 1865, M. Woillez eut de nouveau recours au hachisch, à l'hôpital Cochin, et dans un travail publié en 1866, notre excellent ami le docteur Bourneville donne incidemment quelques-uns des résultats obtenus à l'aide de ce médicament. En analysant les observations relatées dans ce mémoire, nous trouvons que le hachisch fut administré dans cinq cas : il y eut trois guérisons. Si, d'une part, on tient compte de cette circonstance que le médicament fut donné à des malades atteints très-gravement, cyanose, algidité, crampes, etc.; si d'autre part, on considère que, dans des cas analogues, les autres remèdes employés restaient sans résultats, on ne peut s'empêcher de reconnaître l'action salutaire du hachisch dans les faits auxquels nous venons de faire allusion. Du reste, M. Bourneville ajoute en terminant que ce médicament est celui qu'il a vu réussir le plus souvent. (*Mouvement médical*, 1866.)

En présence d'exemples aussi peu nombreux, il est difficile de formuler une opinion absolue sur le degré d'efficacité du hachisch dans le traitement du choléra. Seulement les quelques résultats favorables obtenus à l'aide de cette substance invitent à de nouveaux essais et si, malheureusement, comme on nous le fait pressentir, le terrible fléau revient parmi nous, nous pensons qu'il serait indiqué de recourir à un médicament dont l'expérience a déjà dit quelque chose de son action bienfaisante pour combattre une maladie contre laquelle sont venus échouer jusqu'à ce jour tous les efforts de la thérapeutique.

## III. HYDROPHOBIE.

L'administration du hachisch a été conseillée pour combattre les symptômes de la rage ; nous avons trouvé deux cas dans lesquels on a eu recours à ce médicament : tous les deux se sont terminés par la mort. Le premier a été observé par le docteur O. Shanghuessy, à Calcutta ; si le hachisch n'a pu amener la guérison, il a procuré du calme et une rémission complète dans les symptômes. La mort arriva dépouillée des horreurs qui l'accompagnent ordinairement.

Le second cas, relaté par le professeur Polli, de Milan, concerne un homme de 38 ans, admis à l'hôpital le 12 mai 1860, et qui avait été mordu par un chien enragé un mois auparavant. Le hachisch fut administré : ce médicament provoqua une sorte de gaieté, une bonne humeur salubre, et une heureuse confiance dans les secours de la médecine. Il fit cesser le délire, la terreur et la fureur convulsive qui s'emparent d'ordinaire des hydrophobes. Il diminua à tel point l'horrible symptomatologie de la maladie, que le docteur Polli le considère comme étant le meilleur sédatif et le meilleur palliatif de la rage que nous ayons à notre disposition. (*Mouvement médical*, 1870, p. 69.)

---

**CANCER PRIMITIF DU PÉRITOINE ; INJECTION IODÉE**

PAR BOURNEVILLE

Lebail., Alexis, homme de peine, était âgé de 42 ans à son entrée à l'hôpital Saint-Louis le 25 février 1869 (service de M. PROUST). A part des croûtes dans les cheveux et des glandes au cou, puis une varioloïde pendant son enfance, sa santé aurait été très-bonne jusqu'à l'âge de 27 ans, époque où il vint à Paris. Dans les premiers temps de son séjour, il eut de la nostalgie, et, pendant six mois environ, il fut sujet à la diarrhée. Il boit, le matin, un ou deux petits verres d'eau-de-vie, rarement trois, et, dans la journée, un litre et demi à deux litres de vin. Il ne se serait pas enivré depuis deux ans. Durant une partie des années 1867 et 1868, il a été sujet à des pituites. Enfin, vers 30 ans, il a eu, à trois reprises différentes, des *étourdissements* avec perte de connaissance pendant deux à trois minutes.

L... dit que son ventre a commencé à grossir il y a deux mois,

et cela sans la moindre douleur. Aujourd'hui, 8 mars, on constate que le ventre, à la hauteur de l'ombilic, mesure 1<sup>m</sup>,02 de circonférence. Tous les signes de l'ascite sont évidents. Il n'y a ni œdème des pieds, ni altération des bruits du cœur, ni ictère.

15 mars. Le ventre mesure 1<sup>m</sup>,06. Les veines sous-cutanées sont distendues en descendant du sein vers l'ombilic, surtout à droite. On retire, par la ponction abdominale, 8700 grammes d'un liquide clair, légèrement citrin, qui, d'après M. Ménière, est ainsi composé : eau, 465<sup>gr</sup>,6; albumine, 520 grammes; phosphate de fer, 0<sup>gr</sup>,40; chlorure de sodium, 16 grammes. Le malade sort le 20 mars.

7 avril. L. . revient à l'hôpital. Le ventre mesure 1<sup>m</sup>,05. Une deuxième ponction, faite le 21 avril, permet de retirer 9 litres et demi de liquide.

27 mai. Le ventre est revenu à son volume primitif. P. 72; R. 20; T. R. 37°. Troisième ponction : 9 litres. Aussitôt après : P. 68; R. 24; T. R. 37°,4. L'influence de la ponction sur le pouls et la température a été bien légère. Le 28 mai, P. 78; R. 24; T. R. 37°,7. — Douches en pluie.

17 juin. Langue saburrale; inappétence; aigreurs; selles régulières, un peu diarrhéiques. Le foie ne remonte pas tout à fait jusqu'au mamelon. Ipéca, 2 grammes. — Le 23, nous pratiquons la quatrième ponction (9 litres d'un liquide citrin, légèrement visqueux). Avant la ponction : P 76; R. 22; T. R. 37°,4; — après : P. 78; R. 18; T. R. 37°,4. — *Exeat* le 26 juin.

16 août. Œdème des membres inférieurs et des bourses. Cinquième ponction; 15 litres. *Exeat* le 18 août.

9 septembre. Le ventre a 1<sup>m</sup>,12 de circonférence. L'œdème des membres inférieurs, des bourses, du pénis, est très-prononcé. Sixième ponction : 15 litres d'un liquide clair, limpide, plus pâle que précédemment. — L... a beaucoup maigri depuis deux mois. Cependant l'appétit est assez bon, il n'y a aucun trouble de la digestion, les selles sont régulières et le plus souvent diarrhéiques, non sanglantes. La percussion de la région hépatique donne une matité de 6 à 7 centimètres. Pas d'ictère. La miction est normale; les urines ne contiennent pas d'albumine. Le malade dit avoir des sueurs fréquentes depuis 7 à 8 mois. Le sommeil est bon. Le pouls est petit.

5 octobre. L'œdème des membres inférieurs a presque disparu. L... se plaint de douleurs siégeant à la partie moyenne et externe

de la cuisse gauche. Le ventre mesure 1<sup>m</sup>,42; on voit donc que le liquide se reproduit de plus en plus vite. Septième ponction : 14 litres d'un liquide clair (eau, 705 grammes; albumine, 290 grammes; chlorure de sodium, 5 grammes; sulfate de fer, traces, — d'après M. Ménière).

8 octobre. Le malade présente une coloration rouge, érythémateuse des pieds et des jambes, qui, à la main, semblent glacés. Il n'y a pas, du reste, de trouble de la sensibilité. Le 13, la coloration était violacée; le refroidissement persistait. La peau, à ce niveau, est, pour ainsi dire, indurée; l'empreinte du doigt ne s'y produit que si l'on exerce une pression assez forte. — Les veines des jambes ne sont pas dilatées.

16 octobre. Dans les premiers temps, on avait supposé, avec réserve toutefois, que l'ascite était due à une *cirrhose*. M. Hardy pense qu'il y a un dédoublement du premier bruit du cœur, et, sans affirmer que l'hydropisie tient à une lésion de cet organe, il croit qu'il ne s'agit pas là d'un cas de cirrhose. M. Hardy fait remarquer en outre que le ventre a une forme en quelque sorte spéciale, qu'il pointe comme celui d'une femme enceinte; il n'est pas affaissé, étalé sur les côtés comme dans les ascites symptomatiques. Il inclinait volontiers à croire à l'existence d'un kyste.

2 novembre. Après avoir retiré une partie seulement du liquide, M. Hardy injecte 200 grammes de la solution suivante :

Alcool. . . . .	250 gr.
Teinture d'iode. . . . .	250 —
Solution d'iodure de potassium. . . . .	150 —
(1 gr. pour 15.)	

Aussitôt après l'opération, P. petit, à 80; T. R. 36°,9. L'injection a occasionné une douleur très-vive, que le malade compare à des coliques; elle aurait duré environ un quart d'heure. Une demi-heure plus tard, le malade a du larmoiement, éprouve du vertige, de la pesanteur de tête; il se plaint d'une soif vive et de sécheresse de la gorge.

Soir. A midi, à la suite de nausées, L... a vomi des glaires; il a eu chaud et a été assoupi pendant l'après-midi. Le ventre est à peine douloureux; de temps en temps, quelques coliques. Miction naturelle. P. 60; T. R. 38°,5.

3 novembre. Insomnie. Vomissement alimentaire. Langue blanchâtre, humide; soif assez vive, mais moindre qu'hier; anorexie; ventre à peine sensible, un peu tendu. Pas de garde-robes. Le ma-

lade a uriné une fois. P. 116; T. R. 38°. Collodion sur le ventre. — Soir : P. 112; T. R. 39°,4.

4 novembre. Sommeil médiocre. Nausées; langue humide, nette. Le ventre augmente de volume (1<sup>m</sup>,02) et parfois est le siège de quelques douleurs. Constipation. P. 114; T. R. 37°,9. — Soir : P. 112; T. R. 39°. L... a encore vomi à onze heures.

5 nov. P. 128; T. R. 38°,2. Tous les accidents attribuables à l'injection iodée ont disparu. — Soir : P. 120; T. R. 39°.

6 nov. P. 116; T. R. 38°. — Soir : P. 120; T. R. 38°,8.

7 nov. Le ventre a 1<sup>m</sup>,06 de tour. Léger embarras gastrique. P. 106; T. R. 38°,4. La peau de la face est terreuse; les yeux sont enfoncés dans les orbites (amaigrissement). — Soir : P. 84; T. R. 38°,8. Les urines, examinées à l'aide de l'acide azotique et de l'amidon, contiennent de l'iode.

8 nov. Le ventre, à peu près tout à fait indolore, mesure 1<sup>m</sup>,07. P. 98; T. R. 38°. — Soir : P. 116; T. R. 39°,1.

9 nov. Le ventre égale 1<sup>m</sup>,08. P. 96; T. R. 38°,8. — Soir : P. 118; T. R. 39°,3. Les fonctions digestives s'opèrent mieux; deux selles diarrhéliques. L'œdème des pieds et des jambes reste le même.

10 nov. Le malade a bien dormi: c'est la première fois depuis la ponction. Il se lève. P. 108; T. R. 37°,8. — Soir : P. 110; T. R. 38°,2. Dans les jours suivants, la température a oscillé entre 37°,6 et 38°,6; le pouls entre 96 et 112.

17 nov. L'œdème a envahi la cuisse, les bourses et la verge. Le ventre égale 1<sup>m</sup>,16. Neuvième ponction : 14 litres. — Soir : P. 100; T. R. 37°,9. Cette température, ainsi que celles qui ont été notées le 27 et le 28 mai, indique bien que l'élévation thermique enregistrée le 2 novembre au soir est due à l'injection iodée. On ne sent aucune tumeur dans la cavité abdominale. Le foie paraît peu volumineux. Les bruits du cœur semblent normaux. Le ventre mesure 64 centimètres.

25 et 24 nov. Le ventre égale 1 mètre. Voici la composition du liquide de la dernière ponction : eau, 717 grammes; albumine, 260 grammes; chlorure de sodium, 15 grammes; sulfate de soude, 8 grammes; fer, traces (Ménière).

6 déc. Le ventre mesure 98 centimètres. — Le 21 décembre, on ne trouve plus que 94 centimètres. Au palper, on sent à gauche de l'ombilic, au niveau de l'hypochondre et du flanc gauches, une sorte de plaque qui paraît confondue avec la paroi abdominale. A droite, au contraire, le ventre est souple.

27 *déc.* La peau de la face a un aspect moins terreux ; les yeux sont moins excavés. L... se trouve beaucoup mieux portant ; l'appétit, les forces reviennent. Le ventre n'a plus que 90 centimètres de circonférence.

1870. 14 *janvier.* L'aspect général est meilleur. Les fonctions digestives s'exécutent bien. Le ventre mesure 88 centimètres. Au palper, on sent une espèce de plaque irrégulière, semblant faire partie des parois abdominales, mesurant 15 centimètres environ de hauteur, commençant au-dessous des fausses côtes gauches, où elle est peu dure et assez étroite, atteignant son maximum de largeur au niveau de l'ombilic ; puis, à partir de là, se rétrécissant peu à peu. A droite de l'ombilic et en remontant vers le tiers interne du rebord costal droit, on dirait qu'il y a aussi quelque chose d'analogue à ce que nous avons décrit à gauche. Matité de la région hypogastrique (ascite). Le 15 janvier, *exeat* pour l'asile de Vincennes. — A la fin de janvier, l'état général était satisfaisant. L... se disait aussi vigoureux qu'avant sa maladie. La peau était fraîche, rosée ; le ventre n'avait que 85 centimètres. L'induration en plaque que nous avons signalée persistait. — Nous avons revu cet homme, à diverses reprises, jusqu'au commencement de la guerre. Sa situation n'avait pas sensiblement changé. Le ventre restait assez volumineux ; la *plaque* semblait descendre de plus en plus et gagner un peu en largeur : elle s'avavançait progressivement vers la ligne médiane.

1871. D'après les renseignements qui nous ont été donnés par M. Saison, L... est venu de temps à autre à l'hôpital Saint-Louis. Sa condition ne paraissait pas changer notablement. Toutefois on avait remarqué qu'il maigrissait un peu, surtout à la face, qui redevenait terreuse. Enfin, il est rentré à l'hôpital le 7 septembre pour une *pneumonie* qui avait envahi tout le poumon droit et à laquelle il a succombé le 10 septembre.

AUTOPSIE. Hépatisation rouge et grise des trois lobes du *poumon droit*. Un peu de congestion du poumon gauche. Rien de particulier au cœur. — Le *foie* présente quelques noyaux cancéreux d'un blanc jaunâtre, durs, superficiels, ayant la grosseur d'une fève ou d'un pois ; pas de calculs. — Les *reins*, la *vessie* n'offrent aucune altération. — Le *péritoine* qui tapisse la face interne de la paroi antérieure de l'abdomen est épaissi et très-adhérent aux enveloppes aponévrotiques sous-jacentes, dans une grande étendue, mais surtout au voisinage et à gauche de la ligne médiane. Une fois détaché, soit par déchirure, soit par dissection, on constate qu'il forme une sorte de

*cuirasse cancéreuse* ayant, dans certaines régions (hypochondre et surtout flanc gauches) une épaisseur de 1 à 4 centimètres. Le maximum de la lésion existe des fausses côtes gauches à la partie moyenne de la fosse iliaque correspondante. La rate, dont la capsule est altérée, se trouve englobée dans la cuirasse cancéreuse. Son tissu un peu ramolli paraît, d'ailleurs, sain. — Épanchement considérable de sérosité dans la cavité péritonéale. — Le *mésentère*, les parties latérales du péritoine, quoique à un moindre degré, sont envahis par le cancer. Il en est de même des ganglions mésentériques, qui sont hypertrophiés. — La *muqueuse stomacale* est normale. Au niveau de la petite courbure de l'estomac, une incision montre que le feuillet péritonéal est altéré, squirrheux et mesure près d'un centimètre d'épaisseur; les ganglions voisins sont hypertrophiés et cancéreux. — Les *intestins* sont exempts de toute altération.

— La fin au prochain numéro. —

## BIBLIOGRAPHIE

**Anatomie des animaux domestiques**, par Frédéric LEYH, professeur et directeur-adjoint de l'École royale vétérinaire du Wurtemberg, à Stuttgart, traduit de l'allemand sur la seconde édition, par ZUNDEL, vétérinaire à Mulhouse, avec additions et notes, par SAINT-YVES MÉNARD, vétérinaire, externe des hôpitaux de Paris.

Il y a trois ans environ, les écoles vétérinaires étaient menacées de la disparition des livres d'anatomie, parce que les ouvrages de MM. Rigot et Chauveau étaient arrivés au dernier volume de leur édition respective; en face de cette éventualité, un éditeur courageux alla chercher de l'autre côté du Rhin un livre qui jouit dans ce pays d'une grande réputation.

Nos compliments donc à M. Asselin; il n'a reculé devant aucun sacrifice pour que la traduction soit à la hauteur de l'original. Un vétérinaire, connu par ses travaux du monde savant, M. Zundel (de Mulhouse), a été le traducteur fidèle de l'anatomiste Leyh.

Deux qualités frappent à la lecture du livre, devenu classique dans les écoles vétérinaires allemandes.

1° Un précis d'histologie soigneusement fait, et très-propre à mettre les élèves au courant de cette science, née d'hier et dont les progrès ont été si rapides. Il faut le dire et ne pas craindre de le répéter, on néglige trop cette branche de l'anatomie générale dans les écoles, et il en résulte que l'anatomie pathologique est presque tout entière à

faire pour les maladies des animaux. Quelques jeunes chefs de service l'étudient avec soin, et nous espérons que bientôt leurs travaux viendront apporter à la médecine générale un appoint important. Le précis d'histologie apprendra aux élèves vétérinaires des notions devenues banales parmi les étudiants en médecine.

2° L'ouvrage du professeur de Stuttgart est remarquable par sa concision et par la netteté du langage anatomique. Peut-être même faut-il ajouter que les descriptions sont un peu brèves, pour des commençants surtout ; c'est là l'erreur des manuels. Les descriptions sont précises, exactes, mais pas assez détaillées, et c'est un reproche général à faire à tout l'ouvrage. En second lieu, l'ordre d'exposé, pour les muscles, par exemple, n'est pas celui qui est préférable ; nous sommes convaincu que l'étude par régions aurait mieux valu.

Afin de rapprocher autant que possible l'ouvrage allemand des ouvrages français, dans le but de rendre plus claires certaines parties de l'ouvrage, M. Asselin a chargé un jeune homme de talent, ancien élève d'Alfort, aujourd'hui externe distingué des hôpitaux, M. Ménard, des annotations. Il s'en est très-bien acquitté, et ses connaissances d'anatomie humaine lui ont permis de bien indiquer certains points en litige entre les anatomistes vétérinaires français ; ainsi pour le canal crural, la gaine vaginale, etc. On dit souvent : A quoi bon dans une anatomie descriptive des animaux domestiques, faire des points de comparaison ? Mais cette manière de voir est tout simplement une erreur, et les notes de M. Ménard en sont une preuve. Si l'anatomiste de l'homme a à gagner à l'étude de l'anatomie des animaux, par contre l'anatomiste des animaux a beaucoup à apprendre de l'étude de l'anatomie de l'homme ; il y aurait plus de précision, plus d'entente, pour la description de certains muscles, comme ceux de la fesse, du cou, des membres, surtout chez le chien et le bœuf, pour la description de certains os, etc., si les anatomistes vétérinaires étaient plus au courant de l'anatomie de l'homme.

Nous signalerons encore une qualité du livre ; c'est la présence de planches, irréprochables au point de vue de l'exécution, et toutes dessinées sur des préparations très-bien faites ; elles ne peuvent qu'aider les élèves dans leurs études.

Nous nous résumerons ainsi : l'éditeur a donné aux vétérinaires et aux médecins qui veulent s'occuper d'anatomie comparée un ouvrage, bon comme manuel, et pouvant aplanir les difficultés de l'étude de l'organisation des animaux.

F. RAYMOND.

# TABLE DES MATIÈRES

## A

ACCOUCHEMENTS (Enseignement des), par BOURNEVILLE, 85 (*voy.* PÉRINÉE, RÉTRÉCISSEMENT, UTÉRUS, VULVITE).

ADÉNOME de la parotide, par Rosapelly, 295.

AIR (Introduction de l') dans les veines, 260.

ANÉVRYSME de la valvule mitrale avec thromboses secondaires, par Th. Simon (trad. E. Teinturier), 250.

ANUS contre nature de cause traumatique, par F. Villard, 50.

APPAREILS plâtrés, par L.-E. Dupuy, 40.

ARRÊTS de développement multiples, par F. Villard, 164 (*voy.* HÉMIMÉLIE).

ARTHROPATHIES (Étude sur les) consécutives à quelques maladies de la moelle et du cerveau, par Bourneville, 9; — des ataxiques, par le même, 9, 52; — dans l'atrophie musculaire progressive, par le même, 67; — suite de lésions traumatiques de la moelle, par le même, 68; — dans les cas de compression de la moelle, 69; — dans le cours de la myélite primitive, 70; — des hémiplegiques, 72, 120, 243; — leçon par Ball, 289.

ATAXIE locomotrice (Observations d'), par Bourneville, 10, 15, 59.

ATROPHIE musculaire progressive, 67. — (Obs. et réflexions sur l'), par G. Peltier, 170. — Partielle du cerveau (obs.), par Bourneville, 73, 121.

## B

BALL, 289.

BASSEREAU, 231.

BIBLIOGRAPHIE. Traité clinique et pratique des maladies puerpérales, suites de couches, par E. Hervieux (analyse G. Peltier), 28. — Comptes rendus des séances et Mémoires de la Société de biologie (anal. G. Peltier), 61. — Examen clinique de 596 cas de rétrécissement du bassin, par E. Rigaud (anal. G. Peltier), 94. — Étude sur l'uréthrotomie interne, par Reverdin (anal. E. Dupuy), 124. — Les eaux

minérales dans le traitement des affections utérines, par F. Roubaud (anal. G. Bouteillier), 155. — Des différentes formes de l'ovarite aiguë, par Scaglia (anal. F. Villard), 157. — De la transfusion du sang défibriné, par de Bélina (anal. G. Peltier), 188. — Diagnostic des manifestations secondaires de la syphilis sur la langue, par C. Saison (anal. Bourneville), 224. — Traité de l'érysipèle épidémique, par Daudé (anal. G. Peltier), 255. — De l'électricité appliquée à l'art des accouchements, par Tachard, 256. — Des paralysies des muscles moteurs de l'œil, par von Græfe (anal. Thaon), 285. — Des injections hypodermiques de chlorhydrate de narcéine, par P. Pétrini, 288. — Anatomie des animaux domestiques, par Leyh (anal. Raymond), 315.

BOURNEVILLE, 9, 19, 25, 41, 52, 67, 77, 82, 109, 120, 155, 147, 170, 195, 211, 222, 224, 243, 284, 310.

BOUTEILLIER (G.), 155.

## C

CALCULS urinaires (D'un nouveau mode de formation des) et de leur expulsion spontanée par l'urèthre, par Kraus, 215.

CANCER du sein chez l'homme, obs. par Thaon, 129. — Notes sur le —, par G. Peltier, 110. — Obs. par Fontagnères, 284. — Primitif du péritoine; injection iodée, etc., par Bourneville, 310.

CANCROÏDE de l'oreille droite; paralysie du muscle frontal correspondant, par E. Bassereau, 231.

CARVILLE (C.), 60.

CHANCRE phagédénique de la fourchette, 176.

CHARCOT (J.), 195.

CHEVEUX (Accumulation de) dans l'estomac, par Gull, 35.

CHLORAL (De l'emploi du) dans le tétanos traumatique, par G. Peltier, 18. — Injections sous-cutanées de —, par Bourneville, 19.

CHOLÉRA (Traitement du) par le hachisch, par F. Villard, 000.

CONJONCTIVE (Eschare de la), 401.

CONTRACTURE hystérique: leçon de Charcot recueillie par Bourneville, 193.

CORNILLON (J.), 97, 257.

COXALGIE infantile (Des effets de la) sur la croissance ultérieure du membre, par E. Boeckel, 96.

CULOT (Ch.), 1, 44, 115, 142, 182.

## D

DEFFAUX, 106.

DIVERTICULUM de l'intestin, 161.

DUPUY (L. E.), 56, 124.

## E

ECLAMPSIE puerpérale (De la température dans l'), par Bourneville, 85.

EGAGROPILES (Des), par Raymond, 55. — par Gull, 55.

ÉPAULE (Résection de l'), par Reliquet, 225.

ÉPILEPSIE (Obs. d'), par Bourneville, 75.

ÉRYSIPÈLE de la face, etc., par Bourneville, 176.

ESSENCE de térébenthine, son action sur la peau, 215, 215.

ESTOMAC (voy. CHEVEUX).

ÉTRANGLEMENT interne produit par un diverticulum de l'intestin grêle entourant l'origine du côlon et la fin de l'intestin grêle, par L. Labbé, 161.

EXOSTOSES multiples et symétriques des os longs, par J. Cornillon et Valtat, 97.

## F

FONTAGNÈRES, 284.

FRACTURE multiple du tiers supérieur de l'humérus droit, résection de l'épaule, par Reliquet, 225 (voy. GENOU).

FURONCLES compliquant une névralgie sciatique, 211. — Traitement des —, par Hardy, 215.

## G

GENOU (Plaie du) avec fracture du condyle externe, tétanos; chloral; température, par E. Dupuy, 56.

GOÛTRE exophtalmique, par A. de Montméja, 275.

GROSSESSE (voy. SYPHILIDE).

## H

HACHISCH (Du), histoire et critique, par F. Villard, 276; — dans le choléra, par le même, 307; — dans la peste, par le même, 310; — dans l'hydrophobie, 310.

HEMIMÉLIE de l'avant-bras droit, par Bourneville et Troisier, 77; — de l'avant-bras gauche, par Leroy des Barres, 80; — de l'avant-bras droit, par Deffaux, 106.

HÉMIPOCOMÉLIE, par F. Villard, 164.

HYDROPHOBIE (voy. HACHISCH).

HYPERÉMIE de la rate, 264.

## I

INFLAMMATION (voy. OS). — De la rate, 264.

INJECTIONS sous-cutanées de chloral, 19; — iodées dans le péritoine, 310.

IRIS (Décollement de l'), 401. — Kystes de l' —, par G. Peltier, 105.

## K

KRAUS, 215.

KYSTES de la rate, par G. Peltier, 204.

## L

LABBÉ (L.), 161.

LEROY DES BARRES, 80.

## M

MÉDULLITE aiguë, par Culot, 1, 44, 115, 142, 182.

MÉLANÉMIE, 257.

MOELLE DES OS (voy. OS). — *Épinière* (voy. ARTHROPATHIES).

MONTMÉJA (A. DE), 65, 140, 241, 263, 275.

MYÉLITE aiguë, 70.

## N

NERFS (Troubles trophiques consécutifs aux sections incomplètes des) par Vitrac (anal. par Bourneville), 222.

NÉVRALGIE sciatique droite compliquée d'une éruption furonculaire répondant au trajet du nerf sciatique, par Bourneville, 211.

## O

ŒIL (Traumatisme de l'), eschare de la conjonctive, décollement de l'iris, par Rosapelly, 401.

OREILLE (voy. CANCROÏDE).

Os (De l'inflammation primitive aiguë de la moelle des), par Culot, 1, 44, 115, 142, 182. — (Structure et rôle pathologique des parties constituan-tes des), par le même, 1.

**P**

PARALYSIE du muscle frontal droit, 251.  
 PAROTIDE (*voy.* ADÉNOME).  
 PELTIER (G.), 18, 28, 61, 94, 105, 150, 170, 188, 204, 253, 255, 264, 301.  
 PÉRINÉE (Deux cas de déchirure du), par Bourneville, 155, 176.  
 PÉRIOSTITE (*voy.* MÉDULLITE).  
 PÉRITOINE (Cancer du), 310.  
 PÉRITONITE, 25.  
 PESTE (*voy.* HACHISCH).  
 PSORIASIS scarlatiniforme, par Thorens, 167.  
 PUERPÉRALES (Maladies) (*voy.* BIBLIOGRAPHIE, ÉCLAMPSIE, UTÉRUS, VULVITE).

**R**

RACHITISME, 176.  
 RAMOLLISSEMENT cérébral ancien, attitude des membres paralysés, 245 (*voy.* ANÉVRYSME).  
 RATE (Kystes de la), 204. — Des dégénérescences amyloïde et pigmentaire de la —, par G. Peltier, 235 — Hyperémie de la —, par le même, 264. — Inflammation de la —, par le même, 268. — Des ruptures de la —, par le même, 301.  
 RAYMOND (F.), 156, 315.  
 RELIQUET, 225.  
 RÉSECTION (*voy.* ÉPAULE).  
 RÉTRÉCISSEMENT du bassin, 94, 136. — De l'urèthre, 124, 148.  
 ROSAPELLY, 101, 296.  
 RUPTURE (*voy.* RATE, UTÉRUS).

**S**

SACS lacrymaux (Tumeurs des), 265.  
 SARCOME ganglionnaire primitif, par J Cornillon, 257.  
 SCLÉROSE des cordons postérieurs (*voy.* ATAXIE LOCOMOTRICE).  
 SPLÉNITE aiguë, 269. — Chronique, 275.  
 SYPHILITE papuleuse plate, modifiée par la grossesse, par A. de Montméja, 65.  
 SYPHILIS, 176.

**T**

TEINTURIER (E.), 250.  
 TÉTANOS (*voy.* CHLORAL). — Température dans le —, par Bourneville, 19, 41. — par L. E. Dupuy, 36.  
 THAON, 129, 285.  
 THORENS, 167.  
 TEMPÉRATURE dans le tétanos, 19, 36, 41 ; — dans l'éclampsie puerpérale, 85, 147 ; — dans l'urémie, 109, 147. — dans l'érysipèle, 176.  
 TRAUMATISME (*voy.* ŒIL, TÉTANOS).  
 TUMEUR fibro-plastique de la région occipitale, par A. de Montméja, 140 ; — de la cuisse, par le même, 241 ; — des sacs lacrymaux, par le même, 265 ; — de la parotide, par Rosapelly, 296.

**U**

URÉMIE (De la température dans l'), par Bourneville, 109, 147.  
 UTÉRUS (Exemple de rupture de l'), par Bourneville, 25, 82.

**V**

VALTAT, 97.  
 VALVULE mitrale (Anévrisme de la), 250.  
 VILLARD (F.), 50, 157, 164, 276, 306.  
 VITRAC, 222.  
 VULVITE puerpérale, 136, 176.

# CLASSEMENT DES PHOTOGRAPHIES

PLANCHE I. Arthropathie du genou chez une ataxique (lésions anatomiques) . . . . .	41	PLANCHE XX. Tumeur fibro-plastique. . . . .	141
PLANCHE II. Arthropathie du genou chez une ataxique (lésions des os). . . . .	45	PLANCHE XXI. Ectromélie, phocomélie. . . . .	165
PLANCHE III. Arthropathie de l'épaule chez une ataxique (lésions osseuses). . . . .	47	PLANCHE XXII. Psoriasis scarlatiniforme. . . . .	168
PLANCHE IV. Égagropile chez un chat . . . . .	55	PLANCHE XXIII. Atrophie musculaire progressive. . . . .	172
PLANCHE V. Tracés thermométriques (tétanos). . . . .	43	PLANCHE XXIV. Tracés thermométriques. . . . .	180
PLANCHE VI. Anus contre nature. . . . .	51	PLANCHE XXV. Contracture hystérique. . . . .	195
PLANCHE VII. Syphilide. . . . .	65	PLANCHE XXVI. Contracture, etc. . . . .	197
PLANCHE VIII. Arthropathie chez une hémiplegique . . . . .	74	PLANCHE XXVII. Résection de l'épaule, n° 1. . . . .	225
PLANCHE IX. Hémimélie de l'avant-bras droit. . . . .	78	PLANCHE XXVIII. Résection, etc., n° 2. . . . .	229
PLANCHE X. Hémimélie, etc. (squelette). . . . .	79	PLANCHE XXIX. Cancroïde de l'oreille droite. . . . .	251
PLANCHE XI. Hémimélie de l'avant-bras gauche. . . . .	81	PLANCHE XXX. Paralysie du muscle frontal droit. . . . .	252
PLANCHE XII. Exostoses multiples et symétriques (fémur, tibia). . . . .	97	PLANCHE XXXI. Tumeur fibro-plastique. . . . .	241
PLANCHE XIII. Exostoses, etc. (humérus, radius, cubitus). . . . .	98	PLANCHE XXXII. Hémiplégie ancienne (attitude). . . . .	216
PLANCHE XIV. Décollement et kyste de l'iris. . . . .	102	PLANCHE XXXIII. Sarcome ganglionnaire primitif. . . . .	257
PLANCHE XV. Hémimélie de l'avant-bras droit. . . . .	107	PLANCHE XXXIV. Tumeurs des sacs lacrymaux. . . . .	265
PLANCHE XVI. Hémiplégie consécutive à l'atrophie cérébrale (attitude). . . . .	122	PLANCHE XXXV. Goitre exophtalmique. . . . .	275
PLANCHE XVII. Cancer du sein chez l'homme . . . . .	129	PLANCHE XXXVI. Arthropathie de l'épaule. . . . .	289
PLANCHE XVIII. Rachitisme, n° 1. . . . .	156	PLANCHE XXXVII. Adénome de la parotide (avant l'opération). . . . .	297
PLANCHE XIX. Rachitisme, n° 2. . . . .	157	PLANCHE XXXVIII. Adénome, etc. (après l'opération). . . . .	299

*Le Gérant : A. DE MONTMÉJA.*