

aura eu une plus longue durée, dans ceux enfin où les individus auront été tenus à une diète trop rigoureuse. Quant au mécanisme suivant lequel se produit l'œdème de la glotte, je me réserve, je vous le répète, d'y revenir dans une leçon tout entière consacrée à cette affection.

Reste une question à traiter. Une fois l'œdème de la glotte manifestement reconnu, faut-il tout de suite faire la trachéotomie? faut-il attendre des accès de suffocation violente? faut-il attendre l'asphyxie imminente?

Vous avez vu, messieurs, quelle avait été ma conduite dans le cas qui s'est offert à votre observation. Au premier abord, j'avais reconnu l'existence de l'œdème de la glotte; des accès de suffocation s'étaient manifestés, et cependant, éloignant toujours le moment d'ouvrir la trachée, j'instituai des médications qui, bien que je ne comptasse pas sur le succès, pouvaient pourtant présenter une chance. Je me préparais à tout événement; je faisais veiller le malade de près, me mettant en mesure de pratiquer la trachéotomie dès que des accès de suffocation, se répétant et prenant une plus grande violence, rendraient l'asphyxie imminente. Ce jeune homme fut opéré seulement alors qu'il y eût eu danger à attendre davantage.

C'était là, en effet, à mon avis, la conduite à suivre; car lorsque nous poserons les indications de la trachéotomie dans les cas d'œdème de la glotte étudiés d'une manière plus générale, je vous dirai que l'on ne doit point attendre, pour la pratiquer, que l'état d'asphyxie soit tellement avancé que la mort soit imminente. Attendre jusqu'à ce moment, serait courir le risque d'échouer, le malade pouvant succomber ou pendant l'opération, ou après, parce que l'organisme serait tombé dans un état de stupeur et d'affaissement dont il se relèverait difficilement. Il ne faut pas non plus trop se hâter d'opérer aussitôt que des accès de suffocation violents et bien caractérisés se seront produits, encore moins le faut-il faire au moment où l'œdème de la glotte se manifeste; car, dans ce dernier cas, et même dans le premier, on a vu des malades guérir sans trachéotomie. Ces exemples heureux doivent être rares quand l'œdème dépend d'une nécrose des cartilages du larynx, parce que les parties nécrosées doivent être presque fatalement éliminées, et qu'elles ne le sont qu'après avoir provoqué des inflammations répétées sous l'influence desquelles se produit l'infiltration œdémateuse des replis aryéno-épiglottiques, et quelquefois des cordes vocales elles-mêmes, ainsi que je vous l'expliquerai dans une autre occasion.

Toutefois, messieurs, cette élimination peut encore avoir lieu sans amener les accidents dont nous parlons, la guérison s'opérant alors par les seuls efforts de la nature, comme cela ressort d'un fait observé par mon collègue M. le docteur Hérard, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Une jeune femme de vingt-deux ans avait une fièvre typhoïde dont la convalescence fut très-prolongée. Au bout de trois mois environ elle fut

prise tout à coup d'une dyspnée considérable avec aphonie. Depuis cette époque, elle a eu de temps à autre des accès d'étouffement durant lesquels l'inspiration surtout était extrêmement pénible. Six mois plus tard, l'aphonie est presque complète. Les quelques sons que la malade émet sont rauques, gutturaux, accompagnés d'un peu de sifflement. La respiration est très-gênée; l'inspiration, qui est bruyante et légèrement sifflante, nécessite de grands efforts des muscles du thorax. En même temps il y a une toux assez fréquente, très-pénible, mais sans quinte; le ton en est très-grave. L'expectoration se compose de quelques rares crachats séro-muqueux, légèrement striés de sang. L'état général est assez bon; la face est naturelle; la malade a de l'embonpoint et a recouvré ses forces.

L'examen de l'appareil respiratoire ne fournit que des signes négatifs. En appliquant le stéthoscope sur le larynx, on entend un sifflement très-prononcé, très-rude dans les deux temps, mais surtout dans l'inspiration. Pas de signe extérieur d'altération du larynx, pas de cicatrice, pas de trajet fistuleux, pas de crépitation à la pression, rien qui annonce une lésion des cartilages. Le doigt introduit dans la gorge ne peut faire constater d'augmentation de volume des replis aryéno-épiglottiques, et une sonde pénètre facilement dans le larynx.

Quelques jours plus tard la malade éprouve une gêne plus considérable au niveau du larynx; elle croit sentir comme un corps mobile qui par instants se mettrait en travers de la gorge. Tout à coup, dans la soirée, elle est prise d'un véritable accès de suffocation très-intense, et à la suite d'une violente quinte de toux, elle rejette par la bouche deux petits séquestres osseux.

Les jours suivants, l'aphonie est restée au même point. La toux, pénible, a tous les caractères d'une toux laryngée. Le larynx est légèrement douloureux à la pression, sans cependant qu'il y ait de douleurs spontanées remarquables.

Un mois plus tard, une légère amélioration se manifeste. Puis la toux diminue et la production des sons devient plus facile, quoique bien incomplète encore.

Enfin, après sept mois de séjour à l'hôpital, la santé générale est parfaite; la phonation se fait à peu près complètement; seulement la voix est encore un peu rauque, gutturale et très-grave; il n'y a ni toux ni douleur spontanée ou provoquée au larynx; l'état de la poitrine continue à être satisfaisant, et la malade quitte l'hôpital.

En définitive, lorsque l'œdème de la glotte survient dans la convalescence ou dans le cours de la dothiésentérie, après avoir tenté les moyens que la thérapeutique médicale met à notre disposition, les insufflations d'alun, de tannin, les cautérisations avec le nitrate d'argent, et, quand c'est possible, les scarifications sur les replis aryéno-épiglottiques œdé-

matiés, nous devons nous tenir prêts à pratiquer la trachéotomie, et cela plus tôt que plus tard, c'est-à-dire lorsque les accès de suffocation se rapprochent en augmentant d'intensité et de durée, lorsque la respiration est plus gênée dans l'intervalle de ces accès; l'opération devra être pratiquée d'autant plus tôt que le malade aura été plus affaibli par la maladie antécédente.

c. — Eschares. — Érysipèles. — Suppurations colliquatives. — Paraplégies consécutives à l'infiltration du pus dans le canal rachidien ayant provoqué l'inflammation et la suppuration de la moelle.

Messieurs, la tendance au sphacèle, qui est un des caractères de ce qu'on est convenu d'appeler la putridité dans les fièvres graves, n'est nulle part plus prononcée que dans la dothiésentérie de la forme adynamique. Elle est la cause principale de la production des eschares que vous avez tant de fois observées chez nos malades, et qui occupent surtout les parties soumises à une pression continue, comme le sacrum, la région du grand trochanter, quelquefois même l'occiput, ainsi que l'a noté Chomel. Une pression continue contribue donc pour sa part à la mortification des tissus; ce qui y contribue incontestablement aussi, c'est le contact des matières fécales et des urines qui souillent constamment les parties affectées. Aussi faut-il que les malades soient tenus dans un état de propreté excessif; que les personnes chargées de veiller sur eux aient grand soin de les changer de position aussi souvent que possible, de façon à éviter les effets d'une pression trop longtemps prolongée sur un même point du corps. Afin de parer aux inconvénients que présentent les draps dont les plis rendent rugueuse la surface sur laquelle repose le patient, on a imaginé des serviettes de caoutchouc vulcanisé que l'on place sous le siège, après les avoir fixées, en les tendant, de chaque côté du lit. On obtient ainsi une surface parfaitement lisse et douce, et, de plus, ces serviettes peuvent être facilement entretenues propres, car il suffit de passer sur elles une éponge mouillée. Lorsqu'on n'a pas cet appareil à sa disposition, on enveloppe le bassin des malades d'une de ces peaux de chamois dont on se sert pour laver les voitures; on la fixe en avant du tronc, et quelque position que prennent les individus, ils sont toujours en contact avec une surface unie et douce. Ces peaux de chamois, qui se trouvent partout, se lavent aussi très-facilement. On a encore imaginé, et vous m'avez vu employer ce moyen chez un de nos hommes, de coucher les malades sur de la paille, ainsi que cela se pratique pour les *gâteux* de la Salpêtrière et de Bicêtre: la paille absorbant les matières excrémentielles liquides qui par leur contact irriteraient la peau, on enlève ainsi une des causes de gangrène.

Malheureusement ces divers moyens sont souvent insuffisants; car, je vous l'ai dit, la production des eschares chez les dothiésentériques re-

connaît pour cause principale la tendance à la mortification, qui est un des caractères de la maladie. Il en est si bien ainsi, que vous savez avec quelle facilité se gangrènent les surfaces des vésicatoires, alors même que ceux-ci ont été appliqués à la partie antérieure de la poitrine, à la face interne des cuisses, dans des points par conséquent où aucune pression n'est exercée, et qui ne sont pas souillés par les urines ou par les matières fécales; que souvent aussi des pustules d'ecthyma développées sur différentes parties du corps, des piqûres de sangsues, deviennent le point de départ d'eschares plus ou moins larges, plus ou moins profondes, indépendamment des causes dont il vient d'être question, et auxquelles quelques médecins ont à tort, à mon avis, attaché la plus grande importance.

Ces eschares, complications fréquentes de la dothiésentérie, constituent quelquefois des accidents d'une haute gravité.

Elles peuvent occasionner des *érysipèles* qui, se développant autour d'elles, sont susceptibles de s'étendre au loin, d'envahir une grande partie du tégument externe, ou de provoquer une réaction fébrile qui épuise le malade déjà considérablement affaibli par la longue durée de la fièvre putride.

En raison même de leur nombre, de leur étendue et de leur profondeur, ces eschares sont elles-mêmes des complications sérieuses qui, si elles n'entraînent pas la mort des malades, retardent pendant longtemps leur retour à la santé. Souvent la gangrène, se propageant de la peau au tissu cellulaire, gagne et détruit les muscles. Sa destruction arrive jusqu'aux os, qui sont dénudés et se nécrosent. On a alors de vastes et profondes ulcérations qui fournissent une sanie putride et sanguinolente, et la vie ne tarde pas à s'éteindre, les forces de l'organisme luttant en vain contre l'épuisement causé par ces suppurations abondantes et continues.

De plus, ces vastes ulcérations de la peau produites par des eschares peuvent, ainsi que des furoncles, des anthrax, des bubons, devenir l'origine d'une résorption putride ou purulente. Déjà M. le professeur Andral¹ avait cité un cas d'abcès métastatiques multiples survenus après une variole.

Il était assez naturel de penser que, dans quelques cas, les ulcérations dothiésentériques de l'intestin pourraient être le point de départ de la fièvre purulente.

Le 16 décembre 1861, nous en observions un cas à l'amphithéâtre de dissection de l'Hôtel-Dieu. On faisait l'autopsie d'un jeune malade de vingt-sept ans, qui avait succombé dans le service de mon collègue M. le docteur Horteloup, dans le cours de la septième semaine d'une fièvre

1. Andral, *Clinique médicale*, t. I, p. 278, 3^e édit.

typhoïde. Les derniers symptômes qu'il avait présentés étaient ceux que l'on observe assez fréquemment dans la dernière semaine des dothiésentéries qui, arrivées à l'époque où la convalescence devrait commencer, semblent s'exaspérer et se manifestent par des désordres typhoïdes et ataxiques nouveaux.

Au moment où l'on détacha la masse des intestins pour les ouvrir, on vit que le psoas du côté gauche était gonflé en forme d'ampoule dans sa partie la plus charnue. Une incision en fit jaillir une quantité de pus de couleur chocolat que l'on put évaluer à 100 grammes à peu près. L'interne de M. Horteloup, qui faisait l'autopsie, nous disait que le malade n'avait jamais présenté les signes que l'on assigne ordinairement au psoitis. Je déclarai à l'instant que cet abcès devait être métastatique, et que, suivant toute apparence, il y avait dans le poumon beaucoup d'abcès du même genre. Les poumons étaient en effet farcis de ces petits noyaux que l'on observe si communément dans la fièvre de résorption; nous en rencontrions également dans le foie. Or nous ne trouvions, pour expliquer ce fait de résorption purulente, que de larges ulcérations dothiésentériques occupant la partie inférieure de l'iléon.

Un cas de ce genre, suivi de guérison, a été rapporté par MM. Castelnau et Ducrest¹.

Il est enfin un accident qui, si nous ne l'avons pas observé dans la dothiésentérie, peut cependant se rencontrer : je veux vous parler de l'inflammation des enveloppes de la moelle et de la moelle elle-même, inflammation qui a pour point de départ une eschare du sacrum. Vous avez été témoins d'un fait de cette nature chez un homme dont l'observation trouve naturellement sa place ici, bien qu'il ne se soit pas agi, dans ce cas, d'une fièvre putride. Des faits analogues sont d'ailleurs signalés dans vos livres classiques.

« A la suite des eschares qui se forment si souvent derrière le sacrum, on observe quelquefois, dit mon collègue M. le professeur Nélaton dans ses *Éléments de pathologie chirurgicale*, un accident des plus graves que l'on s'explique facilement par la disposition anatomique de la région. L'extrémité inférieure du canal sacré est bouchée par un plan fibreux étendu du sacrum au coccyx. Ce plan fibreux peut être compris lui-même dans la mortification. La dure-mère et l'arachnoïde rachidienne sont également perforées; la sanie putride s'épanche dans la cavité arachnoïdienne, et l'on observe alors tous les accidents d'une méningite rachidienne, qui ne tarde pas à amener la mort.

C'est le cas d'un malade que vous avez vu dernièrement au n° 8 de la salle Sainte-Agnès, et qui, après avoir présenté les symptômes d'une

1. Castelnau et Ducrest, *Recherches sur les abcès multiples comparés sous leurs différents rapports*, Paris, 1846.

myélite aiguë, avec eschare au sacrum et phénomènes typhoïdes, succomba dans le délire après six semaines de maladie.

A l'autopsie, on trouva une eschare occupant tout l'espace compris en arrière entre les deux trochanters. Le ligament sacro-coccygien était détruit; les lames des vertèbres étaient dénudées dans une assez grande étendue, et avec un stylet on pénétrait dans le canal sacré. Les membranes contenues dans le canal du sacrum étaient réduites en un détrit de couleur verdâtre, et il nous fut impossible de reconnaître l'arachnoïde. Une grande quantité de pus remontait jusqu'au niveau de la septième vertèbre dorsale et semblait avoir pris son origine dans l'eschare des téguments. Les enveloppes de la moelle, également épaissies jusqu'au niveau de la septième vertèbre dorsale, étaient intactes au-dessus. La moelle ne présentait d'altération qu'à 2 centimètres au-dessus de sa terminaison en queue de cheval. Là elle était ramollie et se désagrégeait sous un filet d'eau. Dans tout le reste de son étendue elle paraissait saine.

Il n'y avait pas non plus de lésion de l'encéphale.

Il ne s'agissait évidemment pas ici d'une dothiésentérie, mais vous comprenez bien qu'un accident de cette nature puisse arriver à la suite et par le fait des eschares que produit la fièvre typhoïde, et c'est pour cela que je vous ai cité cette observation.

d. — Gangrène spontanée des membres dans la dothiésentérie.

Parmi les accidents locaux qui peuvent survenir dans le cours ou dans le déclin de la dothiésentérie, il en est un beaucoup plus rare que tous ceux dont il a été précédemment question. Je veux parler de la gangrène spontanée des membres, sur laquelle l'attention a été appelée d'une manière toute spéciale dans ces derniers temps. Je n'en ai point observé d'exemples, mais vous en trouverez des observations rapportées par les médecins les plus recommandables. Je vous rappellerai celles, entre autres, dont M. le docteur Gigon (d'Angoulême) a fait l'objet d'une *Note sur le sphacèle et la gangrène spontanée dans la fièvre typhoïde*¹; je vous rappellerai les deux faits dont M. le docteur J. Bourgeois (d'Étampes) a entrepris la Société de médecine des hôpitaux dans sa séance du 14 janvier 1857². J'y joindrai la suivante que m'a communiquée M. le docteur Léon Blondeau, qui l'a recueillie pendant son internat à l'hôpital des Enfants.

Un jeune garçon de dix ans fut admis, le 3 décembre 1847, dans les salles de Baudelocque. Il était tombé malade au commencement de novembre, et les renseignements donnés par sa famille ne pouvaient laisser

1. *Union médicale*, nos des 24 et 28 septembre 1861.

2. Bourgeois, *Gangrène des membres dans la fièvre typhoïde* (*Archives générales de médecine*, août 1857, tome X).

aucun doute dans l'esprit sur la nature de la maladie dont il avait été atteint. C'était une fièvre putride adynamique qu'avait eue cet enfant.

Au moment de son admission, ce dont le petit malade se plaignait le plus, c'était d'une douleur profonde dans la jambe droite, où l'on ne constatait cependant ni changement de couleur à la peau de la partie interne et postérieure du membre, ni tuméfaction des parties. Baudelocque eut l'idée qu'il se formait là un de ces *phlegmons profonds* qui surviennent quelquefois dans les fièvres graves; il prescrivit des onctions mercurielles sur la région douloureuse. Cependant, dix jours après, un commencement de gangrène se déclarait au pied correspondant. L'enfant fut alors transporté dans les salles de chirurgie de M. Paul Guersant.

Les téguments du pied droit présentaient, sur toute leur surface, une teinte violacée beaucoup plus prononcée à la partie interne, depuis l'extrémité du gros orteil jusqu'au niveau de la première rangée des os du tarse. Cette teinte violacée lie de vin, comparable à celle d'un *nævus*, s'étendait jusqu'au troisième espace interosseux du métatarse. Sur le cou-de-pied et au niveau de la malléole interne se dessinaient, sous la peau, des veines formant des traînées d'un brun verdâtre analogues à celles qui se dessinent sur les cadavres en putréfaction.

La faible chaleur que conservaient encore les parties ainsi mortifiées était bien plutôt le résultat des précautions qu'on avait prises d'entourer le pied de couvertures de laine et d'ouate, que de la température propre du membre.

Les battements de l'artère tibiale étaient complètement abolis dans la jambe malade. A la face interne et postérieure de celle-ci, à la réunion du tiers supérieur et du tiers moyen, on trouvait un cordon dur assez volumineux sur le trajet du vaisseau; c'était en particulier au niveau de l'attache tibiale du muscle soléaire que ce cordon était très-manifestement senti. En ce point, la plus petite pression occasionnait de vives douleurs. De ce côté on ne percevait pas non plus les battements de l'artère poplitée, mais ceux de l'artère crurale avaient la même force, la même fréquence, le même rythme que dans la cuisse gauche.

Les ganglions inguinaux étaient engorgés, plus volumineux à droite et aussi plus douloureux à la pression. Là encore la peau qui les recouvrait avait une légère coloration rouge.

Le pouls radial était petit, un peu résistant, battant 100 pulsations à la minute. Le malade, dans un état d'agitation notable, paraissait beaucoup souffrir.

Une saignée locale faite par six sangsues appliquées sur le point douloureux de la jambe parut amener du soulagement, en rendant la douleur spontanée moins vive, mais le sphacèle augmentait, la coloration livide de la peau se fonçait et s'étendait davantage.

On prescrivit alors un régime et une médication tonique dont le quin-

quina fit la base; en même temps on maintenait la jambe enveloppée de cataplasmes laudanisés.

La gangrène était complètement limitée le 16 décembre, trois jours après l'entrée de l'enfant dans les salles de M. Guersant. Le lendemain on ne sentait plus le cordon vasculaire et la fièvre était tombée.

Le 29 décembre, la gangrène paraissait parfaitement limitée dans la région que nous avons indiquée; elle semblait très-superficielle et ne pas aller au delà de la peau. Au niveau des malléoles, surtout au niveau de la malléole externe, on voyait quelques lignes brunâtres formées par les veines gorgées de sang qui ne circulait pas. L'enfant accusait dans les parties affectées des douleurs très-vives qui s'exaspéraient principalement la nuit; celles de la jambe avaient complètement cédé. L'état général était très-satisfaisant.

Malgré la gravité de ces lésions, l'enfant sortit guéri le 17 mai 1848, après avoir subi l'amputation du pied.

Dans ce cas, messieurs, la gangrène qui s'était manifestée dans le décours d'une dothiésentérie reconnaissait incontestablement pour cause une oblitération artérielle. Resterait à savoir si cette oblitération artérielle était la conséquence ou bien au contraire le point de départ de l'artérite dont l'existence était caractérisée par la présence, sur le trajet de l'artère, d'un cordon dur, douloureux à la pression. Pour nous, nous pensons qu'ici, comme dans les deux faits que je vais emprunter à M. le docteur J. Bourgeois (d'Étampes)¹, comme dans ceux publiés par M. le docteur Gigon (d'Angoulême), et par M. le docteur Patry (de Sainte-Maure), la cause première des accidents a été la formation d'un caillot obturateur, que ce caillot se soit formé sur place, c'est-à-dire qu'il y ait eut *thrombose*, que c'ait été un caillot migrateur, une *embolie*. Ce caillot agissant à la façon d'un corps étranger sur la membrane interne des vaisseaux, en a provoqué l'inflammation, laquelle, à son tour, a donné naissance à des produits plastiques qui ont contribué à augmenter, à compléter l'oblitération. Cette question des oblitérations vasculaires par le fait de caillots *autochtones*, comme on dit aujourd'hui, est d'une trop haute importance pour que je ne lui consacre pas une ou plusieurs de nos conférences; elle se présente d'ailleurs si souvent dans la pratique, que certainement nous aurons l'occasion d'y revenir; je me réserve alors de l'étudier spécialement avec vous et d'entrer dans les développements que comporte la nature de notre enseignement clinique.

Pour reprendre le sujet qui nous occupe aujourd'hui, les observations de M. le docteur J. Bourgeois (d'Étampes) sont plus intéressantes encore que celle que je viens de vous raconter, en ce sens que le sphacèle, plus

1. J. Bourgeois, *De la gangrène en masse des membres dans la fièvre typhoïde* (Archives générales de médecine, 1857, t. X).

étendu et plus profond, comprenant la totalité d'une jambe dans un cas, des deux dans l'autre, eut pour conséquence la perte des membres, qui s'opéra par les seuls efforts de la nature.

Chez la jeune fille qui fait le sujet de la première observation, survint, dans le décours d'une fièvre typhoïde légère, une douleur vive de la jambe droite qui ne présentait pourtant ni rougeur, ni gonflement, mais dont la mobilité et la sensibilité s'affaiblirent notablement, en même temps que la température diminuait dans le membre, qui devint tout à fait froid les jours suivants. La peau prit bientôt une couleur d'abord gris terne, puis rouge cuivré ou briqueté, qui passa promptement au violet clair avec vergetures nombreuses. Sa sensibilité physiologique était complètement éteinte, à ce point qu'on pouvait y implanter impunément une épingle dans toute sa longueur. Un cercle irrégulièrement frangé, établissant la séparation des parties évidemment mortifiées avec celles qui étaient encore vivantes, s'étendait depuis la tubérosité du tibia jusqu'au tiers supérieur du mollet et embrassait circulairement la jambe. La coloration des téguments passa au violet de plus en plus ardoisé. Au point d'intersection des parties saines et des parties malades se développa une ulcération plus profonde et d'où s'écoulait chaque jour une suppuration grisâtre très-fétide; le genou était peu douloureux, la cuisse ne l'était pas du tout; les orteils et le pied se desséchèrent, mais la jambe, bien nourrie, garda longtemps son volume. L'état de la malade s'améliora cependant de jour en jour. On la tenait à un régime réparateur et à une médication tonique. La jambe était couverte de poudres absorbantes, aromatiques et de nature antiseptique. Bientôt toutes les parties molles se séparèrent; les chairs vives, en se rétractant, et celles qui étaient mortifiées, en se desséchant, laissèrent entre elles un intervalle de 4 ou 5 centimètres, dans lequel on apercevait les deux os de la jambe parfaitement dénudés, secs et presque blancs. Pour débarrasser la malade d'un poids fatigant et d'une source de miasmes plus ou moins nuisibles, on se décida à scier ces os à 2 centimètres de la surface de la plaie qui, d'un beau rouge, commençait même à se cicatriser sur les bords et à se rétracter. On pensa à plat. Au bout d'une vingtaine de jours, deux petites viroles osseuses se séparèrent et la cicatrice ne tarda pas à se compléter. La jeune fille sortit guérie de l'hôpital, ayant repris sa fraîcheur et son embonpoint. Le moignon était exactement pareil à celui qui résulte d'une amputation au lieu d'élection, et aussi régulier qu'après l'opération la mieux faite suivant les règles de l'art.

M. le docteur J. Bourgeois dit n'avoir jamais trouvé de tuméfaction le long des gros vaisseaux. Il est présumable cependant que dans ce cas, comme dans celui dont il a été question auparavant, la gangrène fut la conséquence d'une oblitération artérielle siégeant dans l'artère poplitée. La même remarque s'applique au fait suivant, dans lequel on ne nota pas

non plus l'existence du cordon douloureux formé par l'artère oblitérée, bien qu'on ait constaté l'absence absolue des battements artériels dans les membres atteints de mortification.

Voici ce fait résumé. Le malade était un jeune garçon de douze ans qui, arrivé à la troisième semaine environ d'une fièvre muqueuse peu grave et au moment où il semblait entrer en convalescence, fut pris d'une très-vive douleur dans les jambes, principalement dans la droite, douleur que la pression augmentait, mais qui n'était accompagnée d'aucun gonflement. La chaleur était moindre; les cuisses ne présentaient rien d'anomal. Au bout de deux ou trois jours le membre droit prit une teinte grisâtre qui passa au rouge cuivré avec vergetures nombreuses; la douleur se concentra au-dessous de l'articulation tibio-fémorale; les téguments avaient perdu leur sensibilité et la paralysie était complète.

Une ligne à larges dentelures séparait des chairs vives les parties atteintes de sphacèle. Une semaine s'était à peine écoulée, que les mêmes altérations se montraient dans la jambe gauche.

Le malade entra alors à l'hôpital d'Étampes, où M. J. Bourgeois put suivre chaque jour les progrès du mal.

Le résultat en fut fatal; après neuf mois d'atroces souffrances, le jeune garçon succomba. Ainsi que dans le cas précédent, on attendit la séparation naturelle des os frappés de mort. Bien qu'on ne se dissimulât pas qu'il pouvait y avoir quelques inconvénients à conserver ainsi des parties gangrenées, on pensait que les chairs mortes étant tout à fait sèches et séparées du moignon par un long intervalle, ces inconvénients étaient réellement peu graves.

Il est regrettable que l'autopsie n'ait pas été faite; car on aurait vraisemblablement trouvé une oblitération artérielle occupant, non pas les vaisseaux de la cuisse dont on sentit toujours les battements durant la vie du malade, mais les artères poplitées, et la lésion artérielle eût parfaitement rendu compte de la gangrène spontanée des membres, sans qu'il fût besoin de recourir à l'hypothèse fort contestable d'une perturbation apportée dans les fonctions du système nerveux de la partie frappée de mort, sans qu'il fût besoin d'invoquer, comme le veut M. J. Bourgeois, une métastase dont je ne saurais me faire une idée.

Des faits observés par M. le docteur Gigon (d'Angoulême), deux présentent avec les précédents une remarquable analogie, avec ces différences toutefois, que le sphacèle qui frappa, non plus les extrémités inférieures, mais le membre supérieur droit, était une *gangrène humide*, tandis que, dans les observations que je viens de vous rapporter, c'était une *gangrène sèche*. Cette différence s'explique par le siège différent aussi de l'oblitération vasculaire qui, au lieu d'occuper les artères, occupait les veines, ainsi que l'autopsie le démontra.

« Chez deux malades atteints de fièvre typhoïde très-grave avec sym-