

médecine. Ainsi, de quelque manière qu'on envisage les deux grandes théories modernes, soit qu'on les mette au contact des faits, soit qu'on considère d'un point de vue plus général, on arrive forcément à cette conclusion, qu'elles ne sauraient dominer toute la science, et que hors de la ligne qu'elles tracent, il y a des idées, il y a des méthodes, il y a des faits, immensément de faits, des données thérapeutiques importantes par conséquent.

Depuis longtemps déjà les idées que nous venons d'exprimer étaient admises spéculativement au moins, mais la plupart des praticiens étaient loin encore de se laisser guider par elles dans les applications de leur art. Aujourd'hui il est évident pour tout le monde que la réaction passe de l'idée dans la pratique : cela est surtout évident pour un ordre de moyens qui composent une médication importante, et qui ont occupé dans tous les temps une si large place dans la thérapeutique, nous voulons parler de la médication évacuante. C'est sur une application utile de cette médication que nous voulons aujourd'hui appeler l'attention des observateurs, l'emploi des vomitifs dans la pleurodynie. Nous ne sachions pas qu'aucun auteur ait signalé l'application directe de cet ordre de moyens à cette maladie, mais en lisant avec attention la médecine pratique de Stoll, il est difficile de méconnaître un certain nombre de pleurodynies pures et simples, comprises sous la dénomination de pleurésie bilieuse ou rhumatismale, et auxquelles il oppose avec le plus incontestable succès la médication vomitive. A ceux qui seraient encore sous la fascination de la parole passionnée de M. Broussais, et à ceux qui en seraient encore aux scrupules de l'école anatomique, et qui ne recourent qu'en tremblant à ces moyens si puissants de modifier l'organisme dans les maladies, nous conseillons de lire avec attention l'ouvrage que nous venons de citer. Qu'après cette lecture, ils admettent ou rejettent les idées théoriques de Stoll, la résorption des matières bilieuses saburrales amassées anormalement dans le ventricule, puis l'influence exercée sur les divers appareils par cette intoxication spontanée, nous n'avons point à nous occuper de cette question pour le moment; mais au-dessous de cette théorie, de cette interprétation vraie ou fautive, il y a des faits nombreux, importants, qui déposent hautement en faveur d'une médication que pendant si longtemps nous avons vu à peu près complètement prescrite; ce sont ces faits qui rendent un témoignage contre lequel une idée, de quelque large front qu'elle descende, ne saurait prévaloir; ce sont ces faits qu'il faut sérieusement méditer, si l'on veut sortir du cercle étroit de la thérapeutique instituée par le physiologisme, et réapprendre à manier avec succès tout un ordre de moyens si puissants. Mais revenons; nous avons dit que Stoll, au milieu des nombreuses applications qu'il fit des vomitifs, avait mis plus d'une fois en usage ces moyens contre la pleurodynie elle-même, compliquée alors d'un état saburral des premières voies, et contre lequel il dirigeait spécialement ces moyens : ce sont ces faits qui nous ont engagé à tenter quelques expériences à cet égard, dont nous voulons consigner ici les résultats.

Toutefois avant de rapporter quelques-unes des observations dans lesquelles l'efficacité du moyen que nous proposons nous a été démontrée, il ne sera peut-être pas inutile d'indiquer rapidement les caractères propres de la pleurodynie. Le diagnostic différentiel de cette maladie est dans quelques cas d'une très-grande difficulté; M. le professeur Andral, dans sa clinique, va jusqu'à déclarer que les différents signes sur lesquels s'appuie ce diagnostic semblent plutôt annoncer que la douleur a son siège dans les muscles, mais qu'ils ne peuvent en donner une entière certitude (1). Il est certain que dans un très-grand nombre de cas les choses ne sont point aussi tranchées qu'on le dit dans plus d'un ouvrage classique, que nous pourrions citer. Ainsi, nous lisons dans un de ces livres, qu'inversement à ce qui se passe dans la pneumonie, ou pleurésie, le son est ce qu'il doit être, le bruit respiratoire est parfaitement normal dans la pleurodynie : nous croyons que celui qui attribuerait à ces signes une valeur aussi absolue que celle qu'on leur prête ici, courrait risque de se tromper souvent. Quand les muscles qui recouvrent les parois thoraciques sont le siège d'une douleur un peu intense, l'ampliation de la poitrine se fait d'une manière beaucoup moins complète du côté malade que du côté sain, et il résulte nécessairement de cette circonstance une diminution de la sonorité normale, et surtout une diminution bien marquée dans l'intensité avec laquelle le murmure respiratoire se traduit à l'oreille de l'observateur : en d'autres termes, il y a un bon nombre de pneumonies commençantes dont les symptômes locaux ne diffèrent en rien de ceux que nous venons d'indiquer : à plus forte raison ces signes sont-ils insuffisants pour différencier de la pleurodynie, une pleurésie sèche ou ne s'accompagnant que d'un très-médiocre épanchement. La concomitance d'un mouvement fébrile avec la douleur thoracique ne signifie pas non plus nécessairement une phlegmasie de la plèvre ou du parenchyme pulmonaire : car une simple pleurodynie peut s'accompagner également d'une violente réaction fébrile. Le caractère le plus certain du point de côté rhumatoïde se tire du mode même de son développement : tandis que la douleur pleurétique se développe d'ordinaire lentement et n'arrive que graduellement à son maximum d'intensité, la douleur pleurodynique, au contraire, éclate brusquement, et ce qui la distingue surtout, c'est que souvent c'est un mouvement étendu du bras ou du tronc, ou bien une contraction rapide, spasmodique des muscles thoraciques ou diaphragmatique, comme le baillement ou l'éternuement, qui la provoque. Du reste, si le caractère essentiellement rhumatismal de la pleurodynie pouvait être contesté, cela ne serait point facile d'après ce qui précède : qui ne sait, en effet, que c'est là le mode de développement de ces sortes de douleurs musculaires, en quelque lieu qu'on les observe, au col, aux lombes, etc.? Si nous ajoutons qu'outre ce mode particulier de développement, la douleur pleurodynique augmente sensiblement sous la pres-

(1) Clinique médicale, t. IV.

sion, sous l'influence du mouvement de flexion du tronc ou d'extension des bras, nous aurons indiqué les seuls caractères propres à assurer la précision du diagnostic, autant que celle-ci peut-être atteinte dans les cas difficiles où l'on voit les observateurs les plus habiles hésiter.

Ces quelques remarques faites sur un des points pratiques les plus importants de la pleurodynie, exposons maintenant, d'une manière rapide, quelques faits qui montrent l'efficacité des vomitifs dans cette maladie. Le premier cas que nous ayons eu occasion d'observer est relatif à un jeune homme âgé de dix-huit ans, qui, sans cause à lui connue, fut pris tout à coup d'une violente douleur occupant toute la partie antérieure de la poitrine du côté gauche; en même temps que cette douleur existait, il y avait perte complète d'appétit, dégoût pour la pipe, dont le malade use très-fréquemment, et sentiment de courbature générale : le pouls est fréquent, la peau est chaude, d'une sécheresse acre. La poitrine percute bien dans tous ses points; consultée avec la plus grande attention, à peine si nous pouvons entendre du côté gauche le murmure respiratoire, qui du côté droit, au contraire, remplit l'oreille d'un murmure moelleux, nombreux, parfaitement normal. Point de toux, expectoration nulle. En observant avec attention les mouvements alternatifs d'ampliation et d'affaissement de la poitrine, on voit évidemment que le côté malade se dilate moins complètement que le côté opposé. Lorsque je vis le malade, la douleur existait déjà depuis deux jours environ; un vésicatoire avait été prescrit et appliqué loco dolenti, mais sans aucune espèce d'amendement. La prescription fut la suivante; trente grains d'ipécacuanha en deux paquets, à prendre à demi-heure de distance. Des vomissements abondants suivirent l'administration de ce moyen : d'abord ceux-ci furent extrêmement pénibles, parce que X... luttait contre l'action synergique, en vertu de laquelle les muscles de la poitrine s'associent au mouvement convulsif des muscles abdominaux, dans l'acte du vomissement, et qu'il essayait de neutraliser cet instinct synergique, afin de diminuer d'autant la douleur incessamment augmentée par la contraction forcée des muscles qui en sont le siège. Toutefois, après que les vomissements se furent répétés un certain nombre de fois, il parut au malade que dans l'intervalle de ceux-ci la poitrine se dilatait plus facilement et moins douloureusement dans le simple jeu de sa fonction normale; puis des efforts de vomissements survenant de nouveau, les douleurs reparaissaient avec leur intensité première. La journée entière se passa ainsi avec quelques efforts de vomissement continuant à se reproduire et réveillant chaque fois la douleur comme assoupie : cependant le sommeil vint, fut complet, s'accompagna d'une sueur abondante, et le lendemain, quand je revis le malade, toute douleur avait disparu, et avec elle la plupart des symptômes que nous avons vus plus haut l'accompagner; X... ne se plaignit ce jour-là que d'un sentiment de faiblesse qu'il attribuait aux sueurs abondantes qu'il avait eues la nuit, et à la diète qu'il gardait depuis trois jours. Ce malade nous resta sous les yeux quelque temps, encore, et nous pûmes nous assurer que la

douleur ne reparut ni dans le plan musculaire de la poitrine, ni ailleurs.

Nous ferons, à propos de cette observation, une simple remarque : nous n'avons point voulu dissimuler l'accroissement instantané que subit la douleur pleurodynique dans le cas qui précède à chaque effort de vomissement; c'est parce que nous avons voulu, au contraire, bien mettre en lumière cette circonstance, que nous avons rapporté avec quelques détails cette observation. Nous le dirons même ici d'une manière générale, dans tous les cas où nous avons pu suivre avec attention les résultats immédiats de cette médication, nous avons toujours noté cette exaspération momentanée de la douleur; cependant le plus ordinairement cette exaspération n'atteint point le degré auquel nous l'avons vue arriver dans le cas ci-dessus. Nous croyons qu'ici la plaie vive qu'avait produite l'application toute récente d'un vésicatoire, y a contribué pour une bonne part. Une autre circonstance de cette observation qui appelle aussi une courte réflexion, c'est ce que nous avons dit de l'inégale dilatation des deux côtés de la poitrine : à qui n'aurait point eu occasion de faire cette remarque, ceci pourrait paraître paradoxal; pour ne point entrer à cet égard dans de plus grands développements, nous nous bornerons à observer que dans l'état physiologique un bon nombre d'individus jouissent de la faculté de dilater ainsi inégalement les deux côtés de la poitrine, en d'autres mots d'admettre une inégale quantité d'air dans les deux poumons. C'est là, du reste, une expérience qui pour être faite ne demande point grands préparatifs : il suffit, pour constater le résultat, de s'écouter respirer.

Dans un autre cas que nous allons également esquisser rapidement, la douleur qui d'ailleurs, comme dans le précédent, s'était brusquement développée, avait frappé la fois les deux côtés de la poitrine; voici ce cas : Le malade âgé de vingt-quatre ans, exerçant une profession qui l'expose souvent à l'influence de l'humidité, a souvent été atteint de douleurs sans caractère bien tranché dans la continuité des membres. Il était mal portant depuis quelques jours déjà, lorsqu'un jour, marchant sur un terrain glissant, il faillit tomber; pour prévenir cette chute, il fit un violent effort, dans lequel presque tous les muscles entrèrent en soudaine et énergique contraction. Au même instant et avec la rapidité de l'éclair, nous dit le malade, il sentit les deux côtés de la poitrine immobilisés en quelque sorte par la plus poignante douleur. Dans les premiers moments, il y eut une véritable dyspnée, puis peu à peu la douleur perdant un peu de son intensité première, la respiration devint plus facile. Dès le lendemain nous vîmes le malade, qui nous raconta les détails qui précèdent et qui nous présenta l'état suivant : persistance de la douleur des deux côtés de la poitrine, et occupant une plus grande étendue que celle qu'affectent ordinairement les douleurs pleurétiques; respiration faible dans tous les points où l'oreille est appliquée, mais normale; rien du reste du côté du système nerveux, du tube digestif, pouls lent, apyrexie complète; deux grains d'émétique sont présentés dans quatre onces d'eau aromatisée; cette solution est prise à doses vomitives. Ce



n'est que le lendemain que nous revoyons le malade; il nous rend parfaitement compte de son état; toute la solution a été prise; il a fait vingt ou trente fois de violents efforts pour vomir; d'abord il ne rendit guère que l'eau de tilleul qu'il prenait, plus tard une bile verte assez abondante se mêla au liquide ingéré. D'abord, aussi, chaque effort de vomissement s'accompagna d'une exaspération marquée dans les douleurs pleurodyniques; mais bientôt la douleur ne fut guère plus vive dans ces moments critiques que dans les intervalles de repos. Enfin, avant la nuit, le malade ne ressentait plus qu'un léger endolorissement, une sorte de courbature des muscles thoraciques, et le lendemain il reprit ses occupations habituelles.

La manière dont nous voyons ici la double douleur thoracique se développer, pourrait être donnée pour le type du mode de développement du rhumatisme musculaire. Ce cas, sous ce rapport, mérite d'être rapproché de celui que citait chaque année, dans sa clinique, le professeur Dupuytren, d'un individu qui, le pied sur le marche-pied de son cabriolet, retourne brusquement la tête pour répondre à une question qui lui est adressée, et au même moment, est pris d'une violente douleur dans la région cervicale gauche, qui fixe la tête dans cette position; quelques médecins purent voir là une luxation de l'une des vertèbres cervicales; pourtant heureusement la nature de la maladie finit par être reconnue. Quelques élèves de Broussais, plus broussaisiens que lui-même ont voulu faire du rhumatisme musculaire une inflammation, qu'ils ont baptisée d'un fort beau nom, ma foi, myosite, qui devient myositis, quand dans les grandes circonstances l'on veut donner une petite teinte romaine à la science; nous croyons qu'il serait fort difficile de concilier cette théorie avec la rapidité de développement que nous offre la maladie dans ce cas, que nous venons de rapporter.

Une circonstance qui tend à rendre le diagnostic de la pleurodynie beaucoup plus difficile que nous ne l'avons vu jusqu'ici, c'est la coexistence d'une bronchite avec le point de côté rhumatismal. En pareil cas, il est quelquefois besoin de l'attention la plus soutenue, pour ne point prendre une maladie ordinairement assez légère pour une maladie beaucoup plus grave, et dans laquelle on doit toujours, quoi qu'on en dise, porter un pronostic sérieux. Le cas suivant va nous montrer un exemple de cette complication. Joseph Petit, palefrenier, âgé de quarante et un ans, était atteint depuis sept ou huit jours d'un rhume intense, pour lequel, cependant, il n'avait pas encore interrompu ses occupations, quand il fut pris, au milieu de son travail, d'une violente douleur occupant la presque totalité de la partie latérale du côté droit de la poitrine: cet homme ayant eu déjà, à ce qu'il paraît, plusieurs fluxions de poitrine, et qui lui semblent avoir débuté de la même manière, ne met point un instant en doute que c'est une maladie semblable qui se développe de nouveau chez lui. Nous-même, d'après cet ensemble de circonstances, et avant tout examen, eûmes la même opinion: un examen attentif, toutefois, nous ramena bientôt à un pronostic moins grave. La poitrine auscultée dans tous les points, nous fait entendre par-

tout un bruit respiratoire parfaitement pur; et bien que le malade tousse assez fréquemment et se plaigne de dyspnée, nous n'entendons nulle part le plus léger râle. Le pouls fréquent est petit et s'efface sous la moindre pression du doigt; la peau n'a que la chaleur de l'état physiologique; du côté du tube digestif, langue blanche, sans rougeur, bouche pâteuse, anorexie complète, point de garde-robe depuis deux jours. — Prescription: deux grains d'émétique dans deux demi-verres d'eau tiède et à une heure d'intervalle. De sept heures du matin à midi, le malade vomit sept ou huit fois; les premiers vomissements ont lieu avec de violents efforts, qui, comme dans les cas qui précèdent, accroissent d'une manière marquée le point de côté. L'effet du médicament épuisé, le malade repose, et se réveille au milieu d'une sueur assez abondante. La nuit se passe encore sans sommeil, et pourtant toute douleur a complètement disparu. Petit est maintenu à la diète tout le jour; cette seconde nuit est plus calme, le malade a sué de nouveau, et en même temps que toute douleur a disparu, la toux a cessé à peu près complètement.

Nous avons dit que, quand le rhumatisme pleurodynique se présente sous la forme que nous lui voyons revêtir dans l'exemple que nous venons de rapporter, ce diagnostic pouvait demeurer incertain. En effet, une pleuro-pneumonie venant s'ajouter à une simple bronchite, peut, à son début, ne point développer d'autres symptômes que ceux que nous venons de signaler. Depuis que l'emploi de l'auscultation commence un peu à se généraliser, ce dont nous sommes loin de nous plaindre, nous avons eu plus d'une fois occasion d'observer, ce dont nous nous plaignons, qu'on perd un peu de vue les symptômes autres que ceux que fournit ce mode d'exploration, en ce sens surtout qu'on méconnaît pratiquement au moins la haute valeur diagnostique de quelques-uns d'entre eux. Par exemple, il n'est point rare de rencontrer des observateurs habiles, d'ailleurs, qui, à force de considérer le râle crépitant classique comme le caractère pathognomonique de la pneumonie, ont grande peine à se décider à soupçonner celle-ci, quand ce caractère manque, et que d'autres symptômes la révèlent. C'est là une faute pratique qui, dans quelques cas, peut avoir de graves conséquences, et nous ne parlons point ici des pneumonies centrales, des pneumonies lobulaires dans lesquelles on chercherait souvent en vain à constater ce râle sans lequel on ne juge pas, nous parlons des pneumonies ordinaires; or, pour ces pneumonies mêmes, il est certains cas où la maladie est réalisée avant même que le râle crépitant se développe, avant que la moindre modification soit survenue dans la sonorité normale des parois thoraciques. Si l'on veut à toute force obtenir alors un symptôme par la voie de l'auscultation, ce symptôme consiste en une diminution très-grande, quelquefois en l'absence complète du murmure respiratoire; ce sont ces cas, pour revenir plus directement à notre sujet, qui sont fort difficiles à distinguer de la pleurodynie coexistant avec un mouvement fébrile intense; c'est dans ces cas surtout qu'il est extrêmement important de remonter, par une analyse sévère, à la manière dont les symptômes ont successivement

apparu, et surtout au mode de développement de la douleur thoracique. Quoi qu'il en soit à cet égard, l'observation que nous venons de citer nous est un exemple nouveau de la rapidité avec laquelle disparaît la douleur pleurodynique sous l'influence de la perturbation déterminée dans l'organisme par l'action des agents émétiques.

Bien que les cas dans lesquels nous avons observé l'efficacité de cette médication soient peu nombreux encore, nous n'avons point balancé à appeler l'attention des observateurs sur ce point intéressant de médecine pratique, parce qu'il nous a semblé qu'en face des faits que nous venons de citer, et où l'action curative de la médication émétique se développe d'une manière si décisive, il est impossible de conserver le moindre doute sur l'efficacité de cette médication. Nous aurions pu ajouter à l'intérêt de ce travail, en rapportant quelques autres observations, d'où il semblerait résulter que les applications de cette méthode pourraient s'étendre avec ces mêmes avantages à d'autres douleurs de même nature que la pleurodynie, et occupant un autre siège: ainsi, le torticolis, le lumbago, mais comme les résultats que nous pourrions invoquer sur ce point sont beaucoup moins tranchés que ceux qui précèdent, nous nous abstenons pour le moment, nous proposant de le faire plus tard, s'il y a lieu.

Il ne nous reste plus, pour terminer, qu'à exposer rapidement la manière dont nous comprenons le mode d'action de la médication vomitive dans les applications que nous en avons faites à la pleurodynie. Bien que nous ayons vu dans quelques cas le développement de la douleur pleurodynique coïncider avec une surcharge bilieuse des premières voies, et que ces deux ordres d'accidents aient disparu simultanément sous l'influence de vomissements plus ou moins abondants, nous ne croyons pas pourtant qu'il y ait un lien pathologique entre cet état du ventricule gastrique et le développement du point de côté rhumatismal; la brusque et soudaine apparition de cet accident dans la plupart des cas où il se présente, nous suffit pour rejeter cette étiologie comme erronée; ce n'est donc point non plus dans l'action évacuante de l'agent émétique qu'il faut chercher la cause de son efficacité; nous croyons que la cause, la raison de cette efficacité se trouve dans la secousse violente et répétée qu'éprouvent l'appareil musculaire dans son ensemble, mais surtout les plans musculaires de la poitrine dans l'acte du vomissement. On sait que les gens du peuple guérissent fréquemment le torticolis simple ou spasmodique, en imprimant brusquement au col un mouvement de torsion qui l'incline violemment dans le sens opposé au côté malade; nous pensons que les secousses violentes et répétées qu'entraîne nécessairement l'acte du vomissement dans les plans musculaires de la poitrine, agissent exactement de la même manière; par là se trouve en quelque sorte épuiée la puissance contractile des muscles spasmodiquement contractés. Quelle que soit d'ailleurs la valeur de cette explication sur laquelle nous ne voulons point nous étendre, que nous nous bornons à indiquer, le fait thérapeutique est incontestable; nous avons pensé qu'il n'était pas dénué de tout intérêt. (Ibidem.)

56. *Note sur l'emploi du tannin contre la sueur*; par M. CHARVET, professeur à l'école de médecine de Grenoble.

Les médecins allemands ont signalé, il y a déjà plusieurs années, l'efficacité de l'acétate de plomb dans certaines formes de phthisie pulmonaire, et on lui a reconnu, en effet, la propriété de diminuer les excréctions diarrhéiques et autres, et particulièrement la sueur dans cette maladie. Mais les accidents formidables développés chez plusieurs malades après l'emploi de ce sel vénéneux en rendent l'usage trop dangereux pour qu'un praticien prudent se hasarde désormais à l'administrer. L'agaric blanc a été conseillé aussi, mais son action est peu constante, et il n'est pas toujours toléré par le tube digestif. La thérapeutique manque donc d'un agent efficace à opposer aux sueurs immodérées qui fatiguent certains malades, particulièrement les phthisiques, et qui courent ainsi à hâter leur fin, en ajoutant une voie de plus aux causes de déperdition ouvertes sur d'autres points.

J'ai cru utile, d'après cela, d'appeler l'attention de mes confrères sur un médicament qui n'a, je crois, jamais été donné comme anti-sudorifique, et qui, depuis deux ans que j'en fais usage, soit dans ma pratique particulière, soit à l'hôpital, m'a réussi, non pas dans tous les cas, mais dans presque tous les cas, c'est le tannin pur.

Je l'emploie sous forme pilulaire à la dose de 2 1/2 centigram. à 10 centigr. dans les vingt-quatre heures, ordinairement le soir, associé ou non à l'opium qui n'en empêche ni favorise l'action. J'en fis usage pour la première fois, en juin 1858, sur une phthisie déjà dans le marasme; la fièvre, une toux opiniâtre, l'oppression étaient moins pénibles pour lui que la sueur générale dont il était inondé chaque nuit. Le malade, d'un caractère irascible et difficile, réclamait chaque jour, avec instances, un remède contre la sueur qu'il regardait comme la seule cause de ses souffrances, lorsque je lui fis prendre une première dose de tannin de 1/2 grain. Le lendemain, le malade se félicitait de l'excellente nuit qu'il avait passée; il avait pu dormir pendant plusieurs heures, et était à peine en moiteur à son réveil. La même dose, répétée chaque soir, fut suffisante pendant plusieurs semaines pour supprimer totalement les sueurs qui se reproduisaient dès que l'on suspendait le médicament. Nous fûmes obligés d'augmenter ensuite les doses et de les porter successivement à 1 grain, puis à 1 grain et demi, mais toujours avec le même succès; et le docteur Silvy, avec qui je soignais le malade, put constater comme moi l'efficacité de ce médicament. Depuis lors j'ai été dans le cas d'y avoir recours fréquemment, non seulement dans la phthisie, mais dans d'autres maladies.

Le nommé David, entré à l'hôpital pour une fièvre muqueuse, fut pris sur la fin du deuxième septenaire, de sueurs excessivement abondantes qui le fatiguaient beaucoup. Le 12 octobre, je lui fais donner une pilule de tannin de 5 centigr. Le 15, les sueurs ont cessé. Le malade continue le tannin jusqu'au 18, et entre en convalescence presque immédiatement sans que les sueurs aient reparu.

Un berger, âgé de quinze ans, scrofuleux, est



reçu à l'hôpital pour un abcès froid à la région antérieure de l'abdomen, qui est ouvert quelques jours après son entrée. A une suppuration considérable et à la fièvre quotidienne qui l'accompagne, viennent se joindre des sueurs abondantes qui augmentent encore la faiblesse du malade. Le 4 octobre il prend 5 centigr. de tannin, la transpiration cesse dès la nuit suivante. Par précaution, le malade prend encore, pendant trois jours, du tannin qui n'a d'ailleurs paru modifier en rien la sécrétion purulente.

Au reste, les anciens nous ont probablement précédé dans l'emploi de ce médicament. L'agaric blanc, vanté autrefois comme antisudorifique, ne devrait-il point cette propriété à la présence du tannin, bien que l'analyse chimique ne l'y ait pas signalé? Dans tous les cas, il est certain que l'agaric bien choisi, et donné à doses suffisantes, arrête assez ordinairement les sueurs des phthisiques, ainsi que l'ont constaté M. Barbut, et plus récemment M. Toël en 1851, et M. Andral en 1854. Mais il est certain aussi que le tannin sera toujours préférable à l'agaric, qui a l'inconvénient d'agir souvent d'une manière fâcheuse sur le tube digestif.

(Ibidem.)

57. *Observation de cyanose congénitale; aorte naissant des deux ventricules du cœur; par le docteur GRAVINA.*

Un enfant de neuf ans, assez bien constitué, présentait depuis sa naissance un teint plombé, avec coloration bleuâtre des lèvres et des angles; il avait des palpitations continuelles, et la respiration était très-courte et très-accélérée. Au moindre effort, ces symptômes s'aggravaient beaucoup, et il était forcé de se coucher et de ne point remuer jusqu'à ce que les palpitations cessassent, et en même temps tout le corps devenait bleu et se couvrait de sueur. Quand il était assis ou couché, il se sentait mieux et pouvait faire quelques efforts. A la percussion, la poitrine donnait partout un son clair, partout on entendait la respiration normale, mais à la région précordiale, on percevait deux bruits outre les battements du cœur. L'un de ces bruits anormaux ressemblait au *frémissement cataire*, et s'entendait pendant la systole du cœur; l'autre, qui paraissait lié à la contraction des oreilles était si clair et si éclatant qu'on l'entendait dans tout le côté droit de la poitrine; à gauche cependant il était à peine perceptible. Quand l'enfant était en repos, son pouls battait de 78 à 84 par minute: au moindre effort il montait à 100 ou 105. Les veines extérieures ne présentaient ni turgescence ni battement. L'abdomen était un peu développé, mais souple; le foie paraissait plus volumineux; les fonctions digestives étaient normales. L'enfant mourut subitement dans une attaque de dyspnée et de convulsions.

A l'autopsie, on trouva les poumons d'une coloration violette, réguliers quant à leur forme, et crépitants. Le cœur avait son volume ordinaire; le ventricule droit était presque double du gauche, mais ses parois n'étaient point épaissies. Le ventricule gauche était plus petit; les orifices auriculo-ventriculaires des deux côtés paraissaient sains. Le trou ovale était fermé. La cloison musculaire commune aux deux ventricules, n'atteignait pas tout à fait jusqu'à la base du cœur, mais elle manquait au point où naît l'aorte, laissant entre les deux ventricules une communication circulaire. Cette ouverture était plus grande du côté qui communiquait avec le ventricule droit, et un peu resserrée du côté de la cavité gauche. L'orifice aortique était très-dilaté ainsi que les valvules semi-lunaires qui semblaient avoir des dimensions proportionnelles à cette dilatation. L'artère pulmonaire était très-rétrécie, mais ses parois étaient sans altération. Le foie était hypertrophié; la rate était à l'état normal.

(Schmidt's Jahrbucher.)

58. *Mutisme produit par le sulfate de quinine; par le docteur MÉNAGE.*

Le fait suivant perd beaucoup de son intérêt, par cela seul qu'il a été observé chez une femme tourmentée par quelques accidents hystériques; cependant, comme une observation analogue aurait été, suivant l'auteur, recueillie par M. Bertin, et publiée dans sa thèse en 1829, nous allons en présenter une analyse rapide.

Obs. — Madame L., âgée de 22 ans, d'une constitution nerveuse, mal réglée, sujette à quelques accidents hystériques, est prise d'une fièvre intermittente qui se traduit par ces mêmes accidents revenant périodiquement. Après les six premiers accès, durant lesquels la malade ne prit qu'un évacuant et des amers, on lui prescrivit douze grains de sulfate de quinine à prendre en trois doses pendant l'intermittence. Les deux premières doses ne produisent aucun effet; mais aussitôt après l'ingestion de la troisième, irritation nerveuse extrême; face vultueuse; yeux saillants; violente céphalalgie; et enfin mutisme complet; impossibilité absolue d'émettre aucun son; l'ouïe et les autres sens intacts. La malade ne pouvait se faire comprendre que par signes; j'essayai, dit l'auteur, de la calmer; je lui prescrivis des antispasmodiques, etc. Cet état, après avoir duré vingt-quatre heures, cessa instantanément, laissant seulement de l'embarras et de l'étourdissement dans la tête. La fièvre ne reparut plus, et la malade fut soumise à l'usage du vin de Séguin.

(J. de la sect. de Méd. de la Soc. acad. de la Loire inf. n° 68.)

V. ACCOUCHEMENTS, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

59. *De l'opération césarienne, sa rareté dans le Danemarck; par le dr OTTO.*

Pour peu que vous suiviez les annales de la science, vous ne tarderez pas à vous apercevoir que les opérations chirurgicales partagent le sort de tant d'autres branches de la science et de l'art, c'est-à-dire qu'elles ont leur moment de vogue. Jouissant de la plus grande considération dans tel pays, elles sont ignorées dans tel autre, ou du moins on ne les y connaît que de nom. A une certaine époque on en exagère le mérite et l'efficacité, et plus tard elles tombent dans l'oubli. La saignée, la scarification, l'acupuncture, l'électricité, la cautérisation, l'opération césarienne, la plus dangereuse de toutes peut-être, en sont la preuve. En 1852 encore on ne connaissait en tout que 238 cas d'opération césarienne; 140 mères avaient succombé, et le succès se trouvait être à l'insuccès dans le rapport de 29 à 55. Néanmoins l'Allemagne vit cette opération pratiquée 47 fois de 1801 à 1821, et 61 fois de 1821 à 1851. Dans le petit pays de Holstein, elle eut lieu 10 fois de 1827 à 1858, et fut presque toujours heureuse, car il ne succomba que 5 mères et 5 enfants. Ces chiffres sont forts si on les compare à ceux fournis par l'hospice de la Maternité à Paris, où parmi les 22,000 naissances de 1797 à 1811, il n'y eut que 2 cas d'opération césarienne, dans chacun desquels la mère succomba.

La rareté de cette opération et son peu de succès doivent-ils être attribués aux difficultés qu'elle présente? Non, l'expérience nous prouve le contraire. Où trouvera-t-on des opérateurs habiles, si ce n'est pas dans les grandes villes, à la tête des hôpitaux? Or, il est reconnu que, dans les villes, la mortalité, après l'opération césarienne, est dans le rapport de 25 à 11, tandis que dans les campagnes elle est dans le rapport de 50 à 29.

Si nous nous en rapportons à M. Schœnberg de Copenhague (et les travaux dont il a enrichi la science donnent à ses opinions un grand poids), l'incertitude de l'opération césarienne n'est pas la seule cause de sa rareté en Danemarck; il y en a une autre: c'est l'incertitude, bien plus grande encore, des indications et des signes qui prouvent la nécessité de pratiquer cette opération. Ensuite, faut-il suivre le principe d'Osborn, de Burns, de Blundell, de Wigand et de Rittgen, qui veulent avant tout que l'on sauve la mère; ou bien faut-il avec d'autres autorités non moins respectables, placer sur la même ligne l'existence de la mère et celle du fœtus? C'est entre ces deux principes que le chirurgien doit choisir; et quelque chose qu'il fasse, ou il refusera de pratiquer l'opération césarienne, ou, s'il l'entreprend, ce sera pour sauver l'enfant.

Blundell, Burns, et la plupart des médecins de l'Europe, sont pour la conservation de la mère. C'est aussi le principe qui domine en Danemarck, où l'on s'appuie sur un grand nombre de faits moraux et physiques, que M. Schœnberg détaille avec soin dans son travail. L'opération césarienne garantit-elle la

vie de l'enfant? L'expérience répond qu'elle est presque aussi dangereuse pour l'enfant que pour la mère, et que dans le plus grand nombre de cas il meurt immédiatement ou peu de temps après.

La même obscurité enveloppe la question de savoir quelles sont les dimensions que doit avoir le bassin pour livrer passage à l'enfant. Baudelocque, Baer, Klein, Mmes Lachapelle et Boivin, ne demandent que 2 pouces à 2 pouces 5/4, tandis que d'autres prétendent que 5 pouces sont insuffisants. Ajoutons aussi l'incertitude inhérente à la manière même de mesurer, et l'on comprendra l'embarras où doivent se trouver les médecins chirurgiens de campagne, qui n'ont pas, faute d'occasion, l'expérience nécessaire pour pouvoir décider si l'opération césarienne doit être faite ou non. Le résultat définitif auquel est arrivé M. Schœnberg, c'est qu'il ne faut la pratiquer qu'à la dernière extrémité, et lorsqu'il est bien reconnu que les autres moyens sont insuffisants; que par conséquent il est naturel qu'elle ait rarement lieu.

(Hamburger Zeitschrift.)

40. *Cas de présentation placentaire. Mort; par M. INGLIBY.*

Jeune femme. Grossesse à terme. Attaques répétées d'hémorrhagie dans les dernières semaines. Gonflement œdémateux des jambes. Nouvelle attaque d'hémorrhagie sans douleurs, mort pendant la perte sanguine. M. Ingliby touche la femme un instant avant la mort, passe deux doigts dans le col et reconnaît la présence du placenta contre cet orifice; le col utérin était à peine ouvert. Sur le cadavre on essaie de dilater le col, mais on ne peut en venir à bout. Cependant M. Ingliby pense que si le cas eût été diagnostiqué plus tôt, la main aurait pu petit à petit se frayer une route dans l'utérus; le tampon aurait pu être appliqué dans le but d'arrêter l'hémorrhagie jusqu'au moment de l'accouchement.

(The Lancet.)

41. *Avantages de la saignée révulsive dans les maladies de l'utérus; par M. LISFRANC.*

Les avantages de la saignée révulsive dans le traitement des maladies de l'utérus ont été si souvent constatés par les faits nombreux dont vous avez pu être témoins dans cet hôpital, qu'il y a vraiment lieu de s'étonner de l'opposition que quelques praticiens font encore à cet agent puissant de thérapeutique. Nier la révulsion par la saignée, c'est non-seulement