

aider un accouchement dans lequel le bras de l'enfant énormément tuméfié et livide pendait de toute sa longueur hors de la vulve; la version avait déjà été vainement tentée. Je me mis en devoir de manœuvrer; la matrice fortement contractée m'opposa une résistance que je crus prudent de ménager; après avoir agi pendant quelque temps, de manière à obtenir une dilatation graduelle, je donnai quelques instants de repos à la patiente. Quel ne fut pas mon étonnement, lorsque je me remis à l'œuvre, de trouver les pieds descendus. Je n'eus qu'à les saisir et tirer, et l'accouchement se termina heureusement.

En 1855, je fus demandé en consultation, par un officier de santé, pour une femme qu'il venait d'accoucher. Je reconnus la présence d'un second enfant, dont la main tendait à descendre; je donnai mes instructions; je recommandai d'avoir soin, au moment où les douleurs se manifesteraient, de retenir la main afin de l'empêcher de s'engager, et je m'en fus. Vers la fin de la journée on revint à la charge, le travail était en train et on avait eu la maladresse de laisser engager le bras. Je voulus faire la version, mais les contractions de la matrice me faisaient obstacle; je fis préparer un lit plus commode, et nous y plaçâmes la patiente; me remettant alors à la manœuvre, je reconnus que, pendant la translation d'un lit à l'autre, une évolution spontanée s'était opérée, et l'enfant fut expulsé par les seuls efforts de la matrice.

Dans le courant de l'année dernière, je fus appelé auprès d'une dame d'Hesdin, qui venait d'accoucher d'un premier enfant, et chez laquelle un second fruit se présentait en position vicieuse, une main hors de la vulve; je constatai la présence de l'épaule. Je fis placer la dame sur un lit convenable, et lorsque j'allais entreprendre la version, une évolution spontanée s'était opérée, et l'enfant vint naturellement par les fesses.

(Bulletin de Thérapeutique, mai.)

94. Sur un cas de péritonite puerpérale grave, guérie par les frictions mercurielles; par le docteur DECAP.

La nommée Bize Marie, épouse Courtier, primipare âgée de trente-trois ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin et très-irritable, accoucha à terme le 3 avril dernier d'un enfant bien portant. Les huit premiers jours de ses couches se passent sans accidents; le 15 avril dernier, neuvième jour de l'accouchement, elle se lave les parties génitales avec de l'eau qu'elle dit avoir été tiède; quoi qu'il en soit, presque aussitôt après s'être livrée à cette opération, elle éprouve un malaise général, avec douleurs abdominales, les lochies se suppriment; une vive contrariété vient se joindre aux causes de trouble déjà existantes; elle se couche dans un lit froid; à peine y est-elle qu'un frisson intense la saisit: elle passe la nuit dans une anxiété

extrême; elle éprouve de très-vives douleurs abdominales, surtout à la région hypogastrique et à la région lombaire.

Appelé auprès de cette malade le 14 au soir, je la trouvai dans l'état suivant: face rouge et animée, peau brûlante, soif vive, langue fuligineuse et très-chargée, céphalalgie, abdomen tendu, légèrement ballonné, douloureux partout à la pression; le pouls dur et fréquent, donnant cent vingt-cinq pulsations par minute. La sage-femme avait fait faire, dans la soirée du 15 et la journée du 14, des fumigations, appliquer des cataplasmes sur le bas-ventre, donner des lavements émollients, dans le but de rappeler la suppression des lochies. Le 14 au soir, je fis appliquer vingt-six sangsues et continuer les lavements émollients; je prescrivis la diète et pour boisson une tisane d'orge avec le sirop de gomme. La nuit fut très-agitée, tous les symptômes avaient empiré. Le 15 au matin, application de vingt sangsues sur l'hypogastre qui fut répétée vers le soir, la malade n'éprouvant pas d'amélioration. L'état de la malade empire encore dans la nuit du 15 au 16, les douleurs abdominales sont extrêmement aiguës, surtout aux hypochondres et particulièrement dans le gauche, où la malade éprouve des élancements comme si on la perçait de coups de couteau, le ventre a augmenté de sensibilité et est plus météorisé; la malade ne peut plus se mouvoir dans son lit sans de grandes souffrances. Le 16, à 9 heures du matin, trente nouvelles sangsues sont appliquées, vingt sur la partie la plus douloureuse, l'hypochondre gauche, et dix sur le côté opposé; continuation des cataplasmes émollients. Une rémission dans les douleurs suit cette saignée, la malade repose deux heures, mais bientôt tous les accidents reparaissent avec la même intensité.

Je ne dissimulai pas les vives craintes que j'avais sur l'issue fâcheuse de cette maladie, d'autant qu'à une époque qui n'est pas très-éloignée, nous avions vu périr, mes confrères et moi, de péritonite puerpérale, deux jeunes femmes nouvellement accouchées, dont l'une était ma pauvre belle-sœur, et cela sans que la médication antiphlogistique la plus énergique eût pu enrayer la maladie. Je réclamai de la famille l'assistance d'un confrère. On m'adjoignit M. Mariande, mon collègue et ami. Nous nous réunîmes le 16 à midi, et nous fûmes d'avis qu'un traitement mercuriel devait être employé immédiatement; une heure après, une première friction de trois gros d'onguent eut lieu. Il fut convenu également qu'il serait donné dans l'intervalle de chaque friction qu'on devait faire chaque deux heures, un grain de mercure doux avec addition de quelques cuillerées, de deux en deux heures, d'une légère potion antispasmodique. Cette médication fut mise en usage pendant toute la nuit avec la plus grande ponctualité. A la troisième friction, la malade commença à éprouver un mieux très-sensible. Le lendemain les douleurs abdominales étaient devenues presque nulles; à la fin de la journée du 17, tous les symptômes de la péritonite avaient disparu. Ce même jour, frictions mercurielles continuées et réduites à deux gros, de deux en deux heures; apparition des lochies en petite quantité. Le 18, frictions mercurielles, de six en six heures et réduites à un

gros; à deux heures de l'après-midi, les lochies avaient repris leur cours ordinaire; à onze heures du soir environ, évacuations abondantes de matières fécales très-fétides. Le 19, cessation de tous les mercuriaux; plusieurs selles liquides. Le 20, la malade se trouve dans l'état le plus satisfaisant, sauf une grande faiblesse générale, suite inévitable d'une aussi énergique médication. Le 21, il lui fut permis une légère alimentation. Depuis ce moment, aucun accident n'a troublé sa convalescence.

La quantité de mercure administré a été en frictions de 4 onces (125 grammes) et à l'intérieur de douze grains (60 centigrammes). Il n'y a eu rien du côté de la bouche, si ce n'est une légère irritation des gencives.

Cette observation ne laisse plus aujourd'hui aucun doute dans mon esprit sur l'efficacité des mercuriaux dans le traitement de la péritonite puerpérale; j'ai la conviction que, sans cet agent thérapeutique, ma malade aurait succombé. Je pense aussi qu'il en est de ce médicament comme de quelques autres: il y a un temps plus ou moins opportun pour l'employer utilement. Ce temps, le médecin doit le saisir s'il est possible; dans la péritonite, il me paraît être celui où il s'établit une rémission après l'usage des antiphlogistiques ordinaires. Il me semble constant que dans ce cas la médication antiphlogistique ne peut être regardée que comme palliative, et ne doit servir pour ainsi dire que de moyen préparatoire à l'administration des mercuriaux, qui paraissent seuls jusqu'à présent avoir des propriétés particulières et suffisantes pour enrayer la marche d'une maladie presque toujours mortelle sans son secours.

Tous les antiphlogistiques furent mis en usage chez les deux malades que j'ai citées plus haut; aucun moyen ne fut négligé. Malheureusement les mercuriaux ne furent administrés que le sixième ou septième jour de l'invasion de la maladie. Les deux malades succombèrent; peut-être les eussions-nous sauvées, si nous eussions employé plus tôt les onctions mercurielles.

(Ibidem, juin.)

95. Des ulcérations du col de l'utérus et de leur traitement par la cautérisation.

Les ulcérations du col de l'utérus, quelque superficielles qu'elles soient, jouent un trop grand rôle dans le dérangement de la santé des femmes, pour que depuis quelques années surtout les médecins n'aient porté une attention toute spéciale à la constatation de ces affections, et à l'emploi des traitements propres à en triompher le plus promptement possible. Une étude un peu complète de ces lésions ne peut être faite que dans les hôpitaux, et l'on doit savoir gré aux hommes convenablement placés pour cela, d'aborder pour les élèves ce point difficile et important de pratique, en leur faisant, à l'aide du toucher et du spéculum, reconnaître les maladies

de l'utérus, et suivre les effets des traitements au moyen desquels on peut les combattre. C'est ce que pratique tous les mardis, à l'hôpital de la Pitié, M. Lisfranc, qui en outre des malades atteintes d'affections de l'utérus, couchées dans ses salles, a la ressource d'un grand nombre de femmes de la ville qui viennent ce jour-là à sa consultation. Il est bon de recueillir quelques-uns des préceptes qui découlent de son expérience, aussi étendue qu'éclairée sur la matière.

Parmi les femmes actuellement en traitement pour les ulcérations du col de l'utérus, dans la salle Saint-Augustin, se trouvent aux nos 15, 14 et 17, trois malades qui ont arrêté notre attention, parce qu'elles ont particulièrement servi de texte, de la part du chirurgien, à quelques données intéressantes touchant le diagnostic, le pronostic et le traitement des ulcérations du col de la matrice.

La malade du n° 15 est une jeune femme de trente ans environ, entrée à la Pitié il y a quinze jours seulement. Elle présentait au col de l'utérus plusieurs ulcérations avec un certain degré d'inflammation, et par-ci, par-là, quelques élevures sous la forme de boutons. On a employé d'abord les moyens propres à diminuer l'inflammation, et au bout de quelques jours, quand on en a eu triomphé, on a pratiqué sur les ulcérations une seule cautérisation avec le nitrate acide de mercure, qui a suffi pour guérir cette malade.

Cette promptitude dans la guérison est un fait exceptionnel et rare. Il y a plus de dix ans que M. Lisfranc n'avait vu une cautérisation unique guérir des ulcérations qui n'avaient encore subi aucun traitement. L'expérience montre des choses si bizarres à cet égard, qu'en vérité il est impossible pour le médecin d'assigner, *a priori*, une époque pour la guérison de ces lésions, quelque légères qu'elles soient; la résistance de celles-ci à tous les traitements est telle, que M. Lisfranc a vu souvent quinze ou vingt cautérisations nécessaires pour les guérir, tandis que, dans d'autres circonstances, il a vu des femmes, présentant des ulcérations tellement profondes du col de l'utérus avec inflammation que l'on se demandait s'il ne faudrait pas amputer le col, être guéries en cinq ou six semaines par trois ou quatre cautérisations seulement. Ainsi le praticien sage, dit M. Lisfranc, ne peut jusqu'à présent rien établir d'avance de positif, pas même d'approximatif, relativement à l'époque de la guérison des ulcérations du col de l'utérus.

Les malades couchées aux nos 7 et 14 de la salle Saint-Augustin présentent toutes deux des ulcérations de l'orifice du col. En les examinant superficiellement comme extérieurement, le col est sain; à part une augmentation de volume, on pourrait dire qu'il n'y a pas d'ulcération. Ces malades ont été cautérisées au moyen d'un pinceau chargé de proto-nitrate acide de mercure; leur état s'améliore.

Ces ulcérations de l'orifice sont très-insidieuses et très-souvent méconnues; on les prend pour des rougeurs résultant d'écoulements, et on ne s'en occupe pas. Qu'en résulte-t-il? Que l'ulcération vieillit et s'agrandit, qu'elle remonte dans l'intérieur du col, et que, tandis que l'extérieur paraît sain, le col est évidé, rongé. Il faut donc être fort attentif, car ces

ulcérations ont une marche plus prompte et ont plus de gravité à cause du contact des matières irritantes qui s'écoulent de l'utérus. Plusieurs signes peuvent éclairer le diagnostic du praticien. Dans les cas dont nous parlons, les lèvres de la matrice sont très-développées, saillantes, longues, hypertrophiées. Quand on examine au spéculum, les deux lèvres se présentent comprimées l'une contre l'autre; on ne voit pas d'ulcérations. Le col paraît sain, seulement il est plus volumineux. Cet état est déjà un indice, mais comme cet allongement du col peut exister souvent quelques jours avant les règles, ou après leur cessation, il faut porter l'examen plus loin; il faut introduire le doigt dans l'intérieur du col. S'il est sain, le toucher donnera la sensation d'un tissu lisse, poli, comme l'intérieur de la plèvre; et s'il y a des ulcérations, l'impression sera la même que si l'on touchait la membrane de l'estomac enflammée, vilieuse, ramollie. Veut-on encore un autre moyen de diagnostic, pour savoir si l'on a affaire à de simples rougeurs ou à des ulcérations intérieures? On n'a qu'à introduire un pinceau dans l'orifice du col et à lui faire exécuter quelques mouvements de rotation; s'il n'y a pas d'ulcérations, celui-ci ressortira comme il était entré, au lieu qu'il sera taché de sang s'il y a des ulcérations. Le pinceau étant petit, ce petit écoulement de sang tient au frottement sur les parties ulcérées, et non pas la distension ou la déchirure de ces parties.

La cautérisation à l'intérieur du col, au moyen d'un pinceau imbibé de nitrate acide de mercure, est le traitement qu'emploie M. Lisfranc, et il atteste n'avoir jamais vu d'accidents provenir de cette cautérisation. Cependant tout le monde sait qu'il y a eu des cas où des injections irritantes dans l'intérieur du col de l'utérus, pour guérir des écoulements rebelles, ont déterminé des métrô-péritonites mortelles, et que les mêmes accidents ont suivi quelquefois des injections très-astringentes dans le vagin. Du reste, l'expérience étendue de M. Lisfranc doit rassurer ceux qui voudraient recourir à ce moyen; ce chirurgien qui déclare n'avoir employé longtemps la cautérisation intérieure qu'avec appréhension, est complètement revenu de ces craintes, et il la pratique aujourd'hui avec toute sécurité. La cautérisation des parties saines peut entraîner plus d'accidents que celle des parties malades, parce que l'ulcération a changé leur mode de vitalité. Ces dernières sont beaucoup moins sensibles que les parties saines; de là le précepte de ne cautériser que les points ulcérés.

Un point important de pratique à signaler encore, c'est la réserve du pronostic que l'on doit porter sur les ulcérations simples du col utérin ou de son orifice. Pendant longues années, appuyant son jugement sur des milliers de faits, M. Lisfranc avait toujours dit être certain de la guérison, et avait répondu des suites. Il est plus circonspect, depuis trois ans. Il a rencontré trois cas d'ulcérations simples, légères, survenues chez des femmes d'une bonne constitution, n'étant dans aucune condition fâcheuse, et cependant les moyens les mieux dirigés, employés avec persévérance et docilité, n'ont pas empêché ces ulcérations de passer à l'état carcinomateux. C'est peu qu'un cas de ce genre sur trois mille (car c'est

là la proportion que M. Lisfranc établit), mais il faut en tenir compte et les signaler.

(Ibidem.)

96. *Mémoire sur le ramollissement de l'estomac chez les enfants (Gastromalacia infantum, perforatio ventriculi)*; par le docteur ISELIN de Mullheim.

Il y a une dizaine d'années à peine que les journaux de médecine ont mentionné pour la première fois des exemples de ramollissement de l'estomac survenus chez des enfants; et c'est au docteur Jæger, de Stuttgart, que revient l'honneur d'avoir signalé cette maladie. (Voyez *Hufelands Journal für die praktische Heilkunde*, Jahrgang, 1811, et 15.) Dans l'été de 1851, elle se montra avec tous les caractères d'une épidémie à Gottingue et dans les contrées environnantes; elle fit périr un grand nombre d'enfants, et les symptômes en furent si caractérisés, qu'à partir de cet instant il fut impossible de la méconnaître même pendant la vie.

Le docteur Ch. F. J. Winter, dans son *Traité sur le ramollissement de l'estomac* (ouvrage couronné le 7 décembre 1855, par la Société royale des sciences de Gottingue, traduit du latin par l'auteur et publié par Hérold et Wahlstab en 1854), porta sur cette maladie un jugement très-éclairé, et répandit une grande lumière sur sa nature et ses causes, ainsi que sur celles de l'inflammation asthénique.

Mes propres observations, au nombre de dix ou douze, me mettent en état de me former sur cette maladie si intéressante et si peu étudiée, une opinion à laquelle je joindrai celles du petit nombre d'observateurs qui s'en sont occupés, tels que Jæger, Hunter, Lenhossek, Chaussier, Laisné et Wagner.

Description de la maladie. — D'après mes observations les enfants au-dessous d'un an sont ceux qu'elle frappe le plus ordinairement, toutefois ils y sont exposés jusqu'à l'âge de la puberté, et Cammerer (*Versuche über Natur der krankhaften Magenweichungen*) prétend même avoir vu des adultes en être atteints. Il paraît cependant que les chances sont en sens inverse de l'âge. Quant à la durée de la maladie, elle varie beaucoup puisque celle-ci devient souvent mortelle dans les vingt-quatre heures, tandis que d'autres fois elle se prolonge pendant plusieurs semaines. Selon ses divers caractères elle est 1) idiopathique, ou 2) symptomatique.

L'idiopathique prend deux formes: a) l'aiguë. L'enfant est pris de grande chaleur, de vomissements et d'une diarrhée de matières séreuses et acides. Le visage pâlit, les yeux s'enfoncent, et la mort arrive dans les vingt-quatre heures. b) La subaiguë. La maladie commence par une grande diarrhée à laquelle se joignent quelquefois des vomissements; la fièvre dans ce cas n'est point un symptôme

nécessaire, et la maladie peut durer plusieurs semaines.

Le ramollissement symptomatique est ordinairement précédé par une hydropisie du cerveau, un exanthème aigu, ou une maladie du système respiratoire. Dans ces cas la marche de la maladie est très-rapide.

Symptomatologie. — La maladie dans ce cas offre deux degrés: 1) le degré d'irritation; 2) le degré de paralysie.

A) *Premier degré.* — L'enfant est inquiet et pleureur pendant plusieurs jours, au bout desquels une forte fièvre se déclare: pouls précipité, peau très-chaude, soif ardente, insomnie, agitation, vomissement violent et qui augmente chaque fois que l'enfant prend quelque chose. Diarrhée très-forte, d'abord de matières grises et épaisses, puis de sérosité jaunâtre et acide; visage tantôt très-pâle, tantôt rouge; contractions musculaires de la face, surtout dans le moment qui précède les évacuations, ou lorsqu'on presse légèrement la région de l'estomac; anorexie complète, gonflement du ventre. La température de l'abdomen, et de l'estomac surtout, est très-élevée, tandis que les extrémités sont froides; l'enfant crie et gémit sans cesse; il a des sueurs locales principalement derrière la tête, laquelle est en général très-chaude.

B) *Deuxième degré.* — Une faiblesse subite ressemblant à un syncope, et qui se produit souvent, caractérise ce degré de la maladie; respiration courte et gênée; pouls inégal et très-fréquent; l'enfant ne crie plus, il gémit d'une manière étouffée; la pâleur augmente; les yeux s'enfoncent; les sueurs deviennent générales; le ventre reste chaud, tandis que les extrémités deviennent froides; il survient de légères convulsions; strabisme; quelquefois les yeux restent fixes et s'enfoncent dans l'orbite, de telle sorte que les paupières ne les recouvrent qu'à moitié. Souvent la diarrhée et les vomissements cessent; quelquefois l'un des deux seulement; l'appétit revient quelque temps avant la mort. Lorsque l'enfant boit, on entend un bruit particulier dans le ventre; des aphthes se forment dans la bouche; le visage prend une teinte bleuâtre, surtout autour de la bouche et des yeux. Le plus souvent, l'enfant ne perd pas connaissance, mais vers la fin il survient une prostration générale qui s'annonce par des syncopes réitérées et par la fréquence du pouls, de telle sorte que la mort arrive d'une manière souvent inaperçue. La forme subaiguë s'annonce par les symptômes ordinaires de la diarrhée, avec ou sans vomissements. Cette diarrhée résiste aux remèdes les plus énergiques ou revient au bout de peu de temps. Petit à petit les forces diminuent, et on voit se manifester les symptômes qui caractérisent la forme précédente; on observe surtout de la chaleur dans la région épigastrique; le cours de la maladie est plus lent, et la mort n'arrive qu'après plusieurs alternatives d'un mieux apparent.

La même chose a lieu lorsque le ramollissement de l'estomac ne se déclare que secondairement et comme affection symptomatique; les symptômes, dans ce cas, ne deviennent distincts et caractérisés que lorsque l'estomac est profondément altéré.

Tous ces symptômes, d'ailleurs, ne sont point

constants, tantôt l'un, tantôt l'autre peut manquer, mais au total la maladie a un caractère tellement déterminé que quiconque l'a observée une fois ne peut plus la méconnaître.

Le gonflement du ventre et de la région épigastrique, et leur température beaucoup plus élevée que celle des extrémités sont les symptômes les plus certains; ce gonflement, une fois qu'il s'est manifesté, ne disparaît plus, et même, après la mort, la forme et la position de l'estomac se dessinent à travers la paroi abdominale.

L'expression de souffrance particulière aux maladies du bas-ventre, ainsi que l'enfoncement des yeux, ne manquent jamais non plus; même au premier degré, celui de l'irritation; au deuxième, ces symptômes sont frappants.

La forme aiguë est toujours accompagnée de fièvre; dans la forme chronique, il y a souvent des intermittences: les gémissements, l'agitation, les convulsions faciales, l'oppression, sont des signes constants.

La diarrhée et les vomissements, au contraire, ne le sont point. Dans quelques cas rares, il y a constipation. Les évacuations sont constamment acides, quoiqu'elles varient pour la consistance.

Les convulsions caractérisent le degré de paralysie; la connaissance se perd rarement; les aphthes sont fréquentes.

Caractères anatomiques. — J'ai eu l'occasion de faire trois autopsies, et jamais je n'ai trouvé une inflammation distincte du cerveau et de ses enveloppes, quoique celles-ci fussent turgescentes. Cammerer dit avoir trouvé la substance cérébrale souvent altérée; le pont de Varole et la moelle allongée étaient très-durs. Dans le thorax, j'ai trouvé tous les organes sains, à l'exception des poumons. Ceux-ci étaient turgescents, flasques et enflammés en partie, ainsi que la muqueuse des bronches. Une seule fois, j'ai trouvé les poumons ramollis comme l'estomac.

La cavité abdominale était distendue par des gaz, et le tissu cellulaire de ses parois emphysémateux; l'estomac était saillant et distendu par des gaz, ainsi que tout le canal intestinal. Deux fois j'ai vu l'estomac perforé en trois endroits; les deux autres fois, il ne l'était point encore, mais sa contexture cédaît au moindre effort. Dans le cul-de-sac, surtout à l'endroit par lequel il touche à la rate, je trouvai des places transparentes et décolorées sur lesquelles on distinguait parfaitement les fibres de la tunique musculaire, lesquelles se liquéfiaient pour ainsi dire entre les doigts. Ce ramollissement ne dépassait pas le bas-fond de l'estomac; cependant quelques auteurs assurent qu'il peut devenir considérable, qu'on trouve tout l'estomac comme diffusé. Deux fois j'ai vu le cardia et l'œsophage ramollis; une troisième fois, le pylore l'était également.

Dans les trois cas, j'ai vu à la surface interne de l'estomac, des inflammations distinctes qui entouraient les endroits ramollis.

Le ramollissement se fait de dedans en dehors, et le début de la maladie paraît devoir être une inflammation; le ramollissement et la dissolution de la muqueuse en sont la suite nécessaire, et celui-ci s'accomplit, tandis que la tunique musculaire et la séreuse restent saines, et ne subissent la même altération qu'en dernier lieu.

Le diaphragme est celui des organes qui résiste le plus longtemps; dans deux cas, il était intact; dans le troisième ramolli en partie. La rate, une fois sur trois, s'est trouvée décolorée et ramollie dans celui de ses points qui touche à l'estomac.

Le canal intestinal m'a toujours présenté des endroits enflammés et ramollis. Une seule fois, le duodénum était complètement diffusé, de même que des endroits isolés de l'intestin grêle. Le mésentère était toujours enflammé et ses glandes engorgées.

Les trois cas m'ont offert des intussusceptions et une légère inflammation de l'anse invaginée.

Le foie et les conduits biliaires étaient toujours normaux et la vésicule pleine de bile.

Causes de la maladie. — Comme cause prédisposante, il faut considérer 1° une disposition cachectique produite par une mauvaise alimentation et favorisée par la délicatesse d'organisation naturelle à l'enfance, et par l'abondance avec laquelle les acides se forment dans l'estomac; 2° une cachexie héréditaire, suite d'une disposition semblable ou d'un état de phthisie de la mère pendant la grossesse; 3° la dentition, pendant laquelle la maladie se déclare ordinairement, par suite de l'irritabilité plus grande à cette époque, ainsi que des congestions actives et passives vers l'estomac qui en sont la suite; 4° un changement subit dans la nourriture de l'enfant, tel que le sevrage dans un moment inopportun; 5° les passions de la mère, le chagrin, la colère par exemple, qui en altérant le lait, exercent une influence funeste sur l'estomac délicat de l'enfant.

Jaeger a vu une mère d'un caractère très-violent et qui allaitait souvent ses enfants au moment de la colère, en perdre successivement trois de cette maladie.

Toutefois, il est difficile de faire la part exacte de l'influence de la nourriture, car on voit des enfants élevés avec le plus grand soin mourir victimes de cette maladie, tandis que d'autres, nourris de bouillie, de pommes de terre, etc., y échappent.

Il faut admettre, par conséquent, que les influences extérieures et celles qui tiennent à la température favorisent la maladie plus que toute autre chose.

La plupart des observateurs s'accordent à dire qu'elle est plus fréquente aux époques où règnent des gastrites bilieuses, des dysenteries, des fièvres intermittentes, etc.

Quant à la nature même de la maladie, elle a soulevé des opinions différentes.

Hunter, lorsqu'il a constaté un ramollissement de l'estomac à l'autopsie de personnes mortes de mort violente, l'a toujours vu produit par une sorte de réaction de l'estomac sur lui-même, c'est-à-dire par l'action chimique des sucs contenus dans l'organe sur les parois de celui-ci; de ce fait il a déduit l'hypothèse que le ramollissement n'avait jamais lieu qu'après la mort. Mais un examen exact et approfondi des opinions et des faits démontre que chez les enfants, le ramollissement, bien loin de ne s'opérer qu'après la mort, est le résultat d'une altération générale de l'organisme pendant la vie.

Cammerer (*Essai sur la nature du ramollissement de l'estomac*) a démontré, par des expériences faites sur des animaux, que le vinaigre ramollit l'estomac; que le contenu d'un estomac

ramolli, introduit dans l'estomac d'un autre animal, ramollit également celui-ci, pourvu toutefois que l'influence du système nerveux ait été paralysée auparavant, soit par la mort de l'animal, soit par la section des nerfs.

Jaeger (*Hufel. Journal für die Heilkunde*, 1811 et 1815) admet aussi une action chimique des sucs de l'estomac; mais il ne croit pas que cette action puisse s'opérer lorsque l'estomac a conservé son état normal; il pense qu'il doit nécessairement s'y joindre quelque autre influence. Il suppose que le suc gastrique s'altère par suite d'une modification malade du système nerveux, et que par là il se forme dans l'estomac un acide qui en ramollit les parois.

Fleischmann et Meckel se rangent à la même opinion, avec cette différence, toutefois, que le premier regarde la rate comme la source de la formation de l'acide. Lenhossek pense que les symptômes de la maladie, lorsqu'elle n'est encore qu'à son premier degré, sont ceux d'une affection cérébrale, et que celle-ci agit sympathiquement sur l'estomac, de telle sorte qu'il devient incapable de résister aux forces dissolvantes des sucs animaux; d'un autre côté, il est probable, dit-il, que la surabondance d'acide produite par l'affection cérébrale, agit sympathiquement sur les sucs du canal digestif.

Chaussier (*Bulletin des sciences méd.*, n° 55) et Laisné (*Médecine légale*) considèrent la maladie comme une érosion, une ulcération de la muqueuse de l'estomac; incessamment augmentée par le contact de l'ichor sécrétée à la surface de l'ulcère.

Rudolphi (*Grundriss der Physiol.*, 2° vol., 2° part., p. 104) pense que l'estomac des petits enfants, lorsqu'il est malade, est sujet à se putréfier, et que le commencement du ramollissement est précédé d'une fermentation acide.

Winter regarde le ramollissement comme une maladie de l'organisation tout entière, et cette hypothèse est confirmée par l'existence du grand nombre de maladies diverses qui se joignent souvent au ramollissement, comme, par exemple, les exanthèmes, l'érysipèle, l'induration du tissu cellulaire, l'ictère, les aphthes, l'inflammation des organes abdominaux, la phthisie pulmonaire, l'hydrocéphale, etc.

L'existence simultanée du ramollissement et des maladies précédentes fait penser à Winter que le tissu cellulaire doit être regardé comme le propagateur du ramollissement, en tant qu'il renferme le système capillaire. C'est dans celui-ci que commence l'altération, qui s'étend ensuite au tissu cellulaire. Quant à la matière morbide, qui est à la fois le principe et l'agent de cette métamorphose, il faut sans aucun doute la chercher dans le sang.

La cause première du ramollissement ne saurait, ce me semble, être autre chose que l'inflammation, et les doutes qu'on a élevés à cet égard proviennent uniquement de ce que les uns ont trouvé le ramollissement sans aucune trace anatomique d'inflammation, d'autres accompagné d'inflammation partielle et de congestions vasculaires, d'autres enfin entouré d'une véritable inflammation.

Il est certain que tous ont bien observé, et que ces faits différents viennent à l'appui d'une même hypothèse. La congestion, l'érythème et l'inflammation

constituent les différents degrés de la réaction organique, et la prédominance de l'un ou de l'autre de ces caractères dépend des circonstances accidentelles de la maladie.

Les faits suivants prouvent que la maladie n'est pas seulement causée par l'accumulation de l'acide dans l'estomac, mais bien par une altération générale et une inflammation graduelle. Dans un grand nombre de cas, et surtout à l'époque où la maladie régnait épidémiquement à Gottingue, on a trouvé des ramollissements et des perforations simultanées dans toute la continuité du canal intestinal, dans l'œsophage, dans le duodénum, dans le colon, les poumons et le mésentère. Enfin, la maladie, dont le caractère se rapproche de celui du choléra, pourrait bien n'en être qu'une modification particulière à l'enfance; et cette opinion est d'autant plus probable, qu'on a vu le ramollissement de l'estomac devenir fréquent dans les endroits où le choléra a régné, et même se compliquer avec lui de manière à ce qu'on pût en découvrir des traces distinctes.

Traitement. Wagner pose en principe que la gastromalacie ne peut être diagnostiquée avec certitude. Le traitement ne doit être dirigé que contre la gastropathie, qui en est la cause première. Il rejette donc tout traitement symptomatique, et regarde la réaction elle-même comme le premier but qu'on doit se proposer.

Jaeger avoue qu'il a toujours échoué, malgré l'usage des vésicatoires, des sinapismes, des frictions volatiles ou spiritueuses et des bains aromatiques; à l'intérieur, le gaz acide carbonique, l'opium, le musc, la fleur de zinc, sont restés également infructueux.

Mes propres expériences m'ont prouvé que la guérison n'est possible qu'au premier degré de la maladie, celui de l'irritation; dans le degré de

paralyse, tous les remèdes restent sans effet.

La fièvre et la chaleur locale qui se manifestent d'abord, indiquent au praticien rationnel qu'un traitement antiphlogistique très-prononcé est le seul qui puisse être efficace. Les sangsues à l'estomac et à la tête produisent un excellent effet; à l'intérieur, le mercure et les alcalins sont toujours nuisibles, tandis que les oléagineux, au contraire, réussissent toujours bien. Lorsque l'inflammation et la fièvre sont calmées, tous les remèdes doivent tendre à produire une réaction sur la peau, et à empêcher le mal de reprendre son cours. On y réussira par les vésicatoires, les sinapismes et autres irritants. A l'intérieur il faudra donner les astringents et les amers. Pendant l'épidémie de Gottingue, on a combattu le deuxième degré de la maladie par les ferrugineux, les amers, l'extrait de ratanhia, le columbo, la cascarille. La créosote à petites doses ne pourrait-elle pas être employée?

Dans la plupart des cas, cependant, on ne réussit guère à arrêter le progrès du mal. Un mieux momentané est fréquemment suivi d'un redoublement de fièvre et d'inflammation locale, qui obligent à revenir aux sangsues et aux oléagineux. Quelquefois la guérison réussit après trois rechutes consécutives; mais le plus souvent, lorsque la maladie n'a pu être coupée dès la première attaque, elle passe au second degré, et devient incurable.

La paralysie une fois déclarée, tous les remèdes ne servent guère qu'à retarder le terme fatal. Lorsque l'agitation est extrême, on peut employer les narcotiques avec les amers et les astringents, la valériane, le musc, le camphre, etc.; mais encore une fois, tous ces moyens restent impuissants contre les convulsions que suit bientôt la mort.

(Heidelberg. *Klinische Annal.*, Bd. V. hefte 5.)

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

97. Considérations relatives à la levée du premier appareil; méthode adoptée par M. BLANDIN.

La levée du premier appareil, à la suite des grandes opérations chirurgicales, se fait généralement dans les hôpitaux de Paris à une époque qui varie entre le quatrième et le cinquième jour, terme moyen. Depuis bon nombre d'années nous avons vu M. Lisfranc, à la Pitié, s'éloigner d'une semblable pratique et lever le premier appareil le lendemain de l'opération. La conduite de M. Lisfranc avait pour but d'éviter aux opérés les douleurs qu'occasionne trop fréquemment la levée de l'appareil au bout du temps classique, lorsque, ainsi que cela arrive bien souvent, les pièces de l'appareil adhèrent à la plaie et n'en ont pas été entièrement détachées par la supuration. Telle est, du moins, la raison que M. Lisfranc donnait de sa manière d'agir en 1853. Nous ignorons s'il professe encore aujourd'hui la même

TOME II. 4° s.

doctrine à cet égard. Au reste, M. Lisfranc n'avait concilié cette réforme avec aucun des moyens qui peuvent favoriser la réunion des plaies récentes, par première intention, et c'est en cela principalement, exclusivement même, que sa méthode diffère de celle de M. Blandin.

Depuis près d'un an, M. Blandin ôte le premier appareil des plaies le lendemain des opérations, et tente dans tous les cas d'obtenir la réunion immédiate. Cette pratique qui, suivant M. Blandin, opère des merveilles, et suivant d'autres est remplie d'inconvénients, est, du reste, simple et facile dans son application. Ainsi, s'agit-il d'une amputation de la cuisse: l'agglutination des bandelettes ne porte que sur les lèvres de la plaie, dans le reste, étant adhérentes à une bande que l'on a eu soin de rouler autour du moignon. Ensuite tout ce dernier est recouvert par un linge troué, enduit de cérat, et au-dessus la charpie mollette, les compresses longuettes

40