

a plus, si la circulation est ralentie, ce qui arrive toujours (1), les vomissements ne sont plus aussi funestes, parce que du moment qu'il arrive peu de sang au cerveau, quoique son retour soit gêné par la suspension des mouvements respiratoires, il est en trop petite quantité pour augmenter les phénomènes fluxionnaires.

Pour prévenir les vomissements, il n'est pas indifférent de donner l'émétique dans telle ou telle substance; la formule employée par M. Lallemand, consiste à faire prendre chaque dose du médicament dans une demi-once de sirop diacode. Une précaution qu'on ne doit pas négliger, c'est de priver les malades de toute tisane; j'ai vu des cas où la tolérance n'a pas eu lieu, à cause de l'oubli de cette précaution essentielle.

L'émétique à haute dose, qui éprouve tant de résistance pour être admis dans le traitement des maladies cérébrales, n'est pourtant pas une médication nouvelle; le commentateur de Boerhaave en a vanté les bons effets, principalement dans les affections de la tête et dans le traitement de la manie. Il avait remarqué qu'à la dose de douze grains l'émétique ne fait pas vomir, et qu'il fait même dormir (*Comment. in Boerhaav. aphoris.* § 1120, 1121 et 1125).

M. le professeur Broussonnet venait de donner avec succès l'émétique à haute dose dans un cas d'encéphalite grave, sur l'observation de quelques jeunes gens qui suivaient sa visite, que c'était la méthode de Rasori; M. Broussonnet fit remarquer qu'il avait vu administrer l'émétique à haute dose par son père et par son grand-père.

Que les praticiens réfléchissent à la gravité des lésions traumatiques de la tête les plus légères, à l'insuffisance des antiphlogistiques dans beaucoup de cas, à la longueur dangereuse de la convalescence à la suite des grandes pertes de sang; que, d'un autre côté, ils étudient sans prévention les effets du tartre stibié à haute dose, et ils ne tarderont pas, nous en sommes convaincus, à se servir de ce remède dans beaucoup de cas où l'idée seule les fait aujourd'hui trembler.

Est-ce à dire que tous les antiphlogistiques doivent être abandonnés et remplacés par l'émétique à haute dose? Non, certes, l'émétique a ses contre-indications nombreuses tirées du tempérament, de l'âge, des constitutions médicales; mais ce n'est pas le moment de soulever cette question.

Avant de finir cet article, et puisque nous en sommes aux maladies de la tête, disons un mot des essais de ce médicament dans les affections mentales.

L'émétique à haute dose a été employé par Royer-Collard et son suppléant à Charenton M. Bleyne; ces deux habiles médecins furent obligés d'y renoncer, parce qu'il aggravait l'état des malades. M. Bayle regarde le tartre stibié comme la cause principale de la guérison momentanée qui eut lieu chez un de ses malades (*Traité des maladies du cerveau, etc., 1^{re} série, X^e obs.*). Ce médicament a été essayé à Mont-

(1) Je dis toujours, parce que les cas dans lesquels la circulation a été activée sont excessivement rares, et cette exaltation s'est toujours calmée après les premières doses ou le second jour.

pellier par M. Rech, sur cinq malades auxquels il l'administra; le premier était maniaque, le second dans la démence, le troisième et le cinquième dans la démence avec paralysie générale incomplète; le quatrième avait une monomanie ambitieuse avec paralysie générale. Le maniaque seul a guéri. Chez les quatre autres, l'émétique à haute dose a paru sans effet avantageux sur l'aliénation mentale et sur la paralysie (*V. mon Mémoire sur la paralysie générale chez les aliénés. Montp. 1838.*)

N^o 22. — 19 FÉVRIER.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

M. VELPEAU.

Division congénitale du voile du palais. — Staphyloraphie.

La division congénitale du voile du palais est une difformité fort ancienne, et dont on a dû observer des exemples de tout temps. Cependant ce n'est que depuis environ trente ans qu'il en a été question parmi les chirurgiens, et que ceux-ci ont essayé de la guérir. Il y a bien eu quelques auteurs, à une époque plus reculée, qui ont mentionné cette difformité; mais ils ne disent pas s'ils ont tenté d'y remédier.

Depuis 1812 jusqu'à 1820 la science a fait un grand progrès à cet égard. Bien que M. Roux ait pratiqué cette opération le premier sur le vivant et soit considéré comme son inventeur, on doit dire que dès 1815 quelques internes des hôpitaux de Paris essayèrent de pratiquer la staphyloraphie sur le cadavre. Un chirurgien nommé Colomb, proposa à une femme affectée de cette difformité de la pratiquer sur elle; mais cette dernière refusa de s'y soumettre. M. Graefe, de Berlin, la fit en 1816 sans succès. L'observation en est consignée dans le Journal de Hufeland. Ce cas était en quelque sorte oublié quand M. Roux la pratiqua pour la première fois en France, si bien que tout d'abord personne ne contesta à ce dernier chirurgien la priorité d'invention.

On trouve dans les mémoires d'un chirurgien nommé Robert, vers l'an 1767, un passage qui ferait croire que dès cette époque la staphyloraphie aurait été pratiquée. Un dentiste du nom de Monnier, dit-il, fit la suture du voile du palais chez un jeune sujet; il y avait fente au palais; on traversa les bords par des fils; on aviva ces mêmes bords et l'on noua les fils. Depuis vingt ans cette opération a été répétée un très-grand nombre de fois. M. Roux en compte à lui seul près de cent cas.

La jeune fille qui va être opérée offre une division qui comprend la luette, toute l'épaisseur du voile et la partie postérieure de la voûte palatine. On peut établir des variétés selon l'étendue de la division. Tantôt il n'y a que le voile divisé; quelquefois c'est le voile et la partie postérieure de la voûte osseuse. Dans d'autres circonstances la division s'étend à toute l'étendue de la voûte, à l'arcade dentaire, quelquefois même il y a en même temps un bec-de-lièvre.

Dans toutes ces variétés celle qui offre le plus de chance de succès est celle dans laquelle le voile est seul divisé.

L'opération que l'on pratique sur le voile du palais est aussi simple que celle du bec-de-lièvre. Si elle présente des difficultés plus grandes, elles sont dues à la position du voile au fond de la bouche: en effet, il est assez difficile de passer des fils et d'aviver les bords de la division. Il y a des muscles qui tendent les uns à élever, les autres à abaisser le voile, d'autres à le tendre en travers; ils favorisent la désunion des parties. On n'a pas de moyens pour empêcher ces muscles d'imprimer des mouvements au voile. Il faut alors s'en rapporter à la bonne volonté des malades. Les attouchements que l'on détermine sur le voile provoquent quelquefois des nausées et des vomissements. L'écoulement de sang qui résulte de l'avivement des bords tombe dans le larynx et amène des accès de suffocation. Malgré ces difficultés elle a été tentée bien des fois, et souvent elle a été suivie de succès.

En Angleterre, elle trouva peu de partisans, malgré les éloges qu'un jeune chirurgien, auquel M. Roux l'avait pratiquée avec succès, lui donna dans la thèse qu'il soutint à Londres.

En Allemagne, elle fut accueillie avec enthousiasme. Il y a bien une douzaine de chirurgiens qui l'ont pratiquée, et tous ont plus ou moins modifié le procédé. En tête de ce nombre se trouve M. Dieffenbach.

En France, la staphyloraphie a été pratiquée par MM. Bonfils, Moreau, Blandin, Bérard jeune, Thierry et Velpeau. M. Roux, qui publia un travail à ce sujet, il y a trois ans, en comptait quatre-vingt-dix cas: sur ce nombre il n'avait eu que quatre insuccès. Le même chirurgien en a opéré quelques autres depuis. M. Velpeau a eu occasion de constater cinq cas d'insuccès parmi les opérés de M. Roux, et de plus trois cas dans lesquels les malades ont succombé.

Quand on a dit que les malades avaient été opérés avec succès on pourrait croire que l'on a voulu dire que la suture avait produit le recollement entier des parties; il n'en est rien. Chez le plus grand nombre il est resté une fente à la partie inférieure du voile ou un trou à la partie supérieure; la réunion n'avait eu lieu qu'à la partie moyenne. M. Thierry, qui a examiné plusieurs des opérés de M. Roux, n'en a trouvé qu'un seul chez lequel la réunion fût complète.

À la suite d'une opération de ce genre M. Velpeau fut surpris de voir persister un petit trou qui se trouvait à la partie supérieure, parce qu'on avait dit que ces trous ne tardaient pas à se boucher. Il est au contraire très-rare que la fente se recolle dans toute son étendue.

La mort qui est survenue dans trois cas ne peut guère s'expliquer; car on n'agit pas sur des organes importants. Voici un événement malheureux qui arriva à M. Roux: Un jeune Anglais vint en France et se présenta à lui pour se faire opérer. Ce jeune homme avait caché à ses parents son projet, parce qu'ils ne voulaient pas y consentir. M. Roux l'opéra; le malade se trouva fort bien le lendemain; mais le deuxième jour des accidents nerveux survinrent, il mourut le troisième jour. Les journaux ont rapporté

l'observation d'une jeune fille qui succomba de la même manière. Ainsi il ne faut opérer que d'après le consentement et de la personne elle-même et de sa famille.

Manuel opératoire.

Cette opération compte un grand nombre de procédés. M. Roux commence par passer les points de suture avec des aiguilles courbes dans la châsse desquelles on passe des fils en quatre; il porte l'aiguille avec une pince à anneaux et perfore le voile d'arrière en avant. Une fois que l'aiguille apparaît sur la face antérieure du voile, il la saisit par la pointe avec sa pince. L'autre extrémité du fil est également armée d'une aiguille; il la passe de la même manière à travers la portion droite du voile, si c'est sur la gauche qu'il a porté la première aiguille. On a donc une anse de fil en arrière du voile et les deux bouts en avant. On passe ainsi deux ou trois points de suture. Cela fait, le chirurgien avive les bords de la fente; il commence la section par la partie inférieure avec des ciseaux, et la termine avec un bistouri, en procédant de bas en haut. Le troisième temps consiste à nouer les fils. La chose est facile à dire, mais difficile à faire: M. Roux, dont la dextérité est connue, a passé quelquefois une heure et demie à l'exécuter.

Les Allemands ont modifié les aiguilles et les porte-aiguilles de différentes façons. Une modification importante est celle qui consiste à passer les aiguilles d'avant en arrière. De cette manière on sait mieux à quelle distance du bord on enfonce son aiguille; on n'est pas obligé de la retirer, comme on a été quelquefois forcé de faire, parce que l'on avait piqué trop loin ou trop près du bord de la fente. Mais l'anse du fil étant en avant, et les bouts en arrière, il est impossible de faire le nœud. Il y a un moyen de faire passer l'anse en arrière et le bout en avant; voici comment: un des bouts du fil présente une anse; on place l'autre bout du fil dans cette anse, puis on tire ce bout du fil d'arrière en avant, comme si on voulait le retirer; il entraîne l'autre extrémité qui est passée dans son anse, et les deux bouts sont ramenés en avant. Le nœud se fait comme dans le cas où les fils auraient été passés d'après le premier procédé.

M. Velpeau conseille de pratiquer l'avivement avant de passer les points de suture, parce que l'on s'expose à couper les anses, ce qui est arrivé quelquefois. Il n'avive pas à la manière de M. Roux; il enfonce son bistouri par ponction. Si la lame est tournée en bas, il incise de haut en bas jusqu'à la pointe, sans cependant la détacher; il retourne la lame du bistouri en haut, et incise jusqu'à la partie supérieure; les extrémités sont détachées les dernières; il se sert d'une pince sur les mors de laquelle il n'y a que trois dents très-fines, dont deux sur l'un des mors, et une seule sur l'autre mors. Cette dernière dent vient se placer entre les deux dents opposées quand la pince est fermée. Cet instrument a l'avantage de fixer solidement les parties sans les mâcher, comme le faisait la pince à anneaux ordinaire.

Le bouchon de liège que l'on interpose entre les dents gêne beaucoup les malades; M. Velpeau pense

qu'il vaut mieux s'en passer, d'autant plus qu'il n'est pas besoin que le malade ait la bouche constamment ouverte pendant l'opération.

Quant au nombre des points de suture, il doit être subordonné à l'étendue de la division. Il y a des chirurgiens qui ne placent que le nombre de fils strictement nécessaire pour réunir; d'autres, au contraire, multiplient les points de suture; M. Velpeau est de l'avis de ces derniers.

Les nœuds se font sur l'extrémité des doigts: le premier est maintenu serré avec une pince par un aide, pendant que le chirurgien forme le second.

On a conseillé plusieurs moyens pour favoriser le rapprochement dans les cas d'écartement trop considérable. M. Roux détache le voile du palais du bord postérieur de la voûte, dans une étendue de cinq à six lignes de chaque côté. Il en résulte une plaie lozangique qui pourrait bien ne pas se former et laisser un trou à la partie supérieure du voile. M. Dieffenbach conseille de faire deux incisions sur le bord libre du voile, quelques lignes au dehors de la suture.

Lorsque, malgré ces précautions, on n'a pu empêcher le trou de persister, on a recours aux cautérisations. Ce moyen a été proposé par MM. Henry de Lisieux, et Cloquet.

N° 25. — 21 FÉVRIER.

DISPENSARE SAINTE-GENEVIÈVE.

M. TANCHOU.

Recherches sur la kiesteine, substance signalée par M. Nauche dans l'urine des femmes enceintes.

Urinæ prægnantium magnâ cum solennitate debent considerari.
(Mich. Savonarole, *Médec. canon.*, lib. De Urin.)

Depuis que l'auscultation a été si heureusement appliquée au diagnostic de la grossesse, il est rare que cette fonction soit méconnue durant ses quatre ou cinq derniers mois. Outre les phénomènes saillants qui la révèlent alors, la perception des battements du cœur du fœtus peut fournir un signe d'une certitude mathématique. Mais l'époque pendant laquelle ces battements sont inappréciables à l'oreille, est celle qui offre le plus d'incertitude.

Il serait donc important de trouver pour cette période de la grossesse un signe qui en établît le diagnostic d'une manière rigoureuse depuis son commencement jusqu'au moment où l'auscultation devient applicable. C'est sans doute le but que s'est proposé M. Nauche dans la communication qu'il a faite à la Société de médecine pratique.

D'après ce médecin, l'urine des femmes enceintes contient une substance particulière qui se sépare par le repos et vient former une pellicule à la superficie du liquide. Pour vérifier cette assertion, nous avons expérimenté l'urine de vingt-cinq femmes grosses, et comparativement celle d'un grand nombre d'autres personnes d'âge et de sexe différents, dont plusieurs

affectées de maladies de l'utérus et de ses annexes. La kiesteine s'est développée constamment sur l'urine des premières. Nous allons donner le résultat de ces observations; mais avant tout, il nous paraît intéressant de jeter un coup-d'œil bibliographique sur ce sujet.

Hippocrate, comme on sait, attachait beaucoup d'importance à l'inspection de l'urine, dans le but surtout d'y découvrir des signes critiques et des notions sur la marche et la nature des maladies. D'après lui, ce liquide acquiert, durant la grossesse, une couleur rougeâtre, à cause du sang menstruel qui, retenu dans la matrice, passe facilement dans la vessie; mais il offre le même aspect dans l'aménorrhée et dans la plupart des affections de la matrice (1). Galien (2), Magnus d'Antioche (3) et Théophile (4), ne contiennent rien de plus précis sur ce point. Plin lui-même, ce grand compilateur de secrets et de préjugés de toute espèce, ne croit pas qu'il soit possible de deviner la grossesse à l'examen de l'urine (5).

Il faut arriver à la médecine des Arabes pour trouver quelque chose de plus exact sur ce sujet. Alors les livres anciens furent commentés et amplifiés dans de volumineux in-folios qui rappelèrent la prolixité abondance de Galien, oracle de cette époque. L'étude du pouls et celle de l'urine furent surtout portées à un degré de subtilité extrême; beaucoup de médecins avaient la prétention de juger par ces deux moyens isolés, non-seulement de la nature et de la terminaison des maladies, mais encore de leur durée précise, des aliments et des boissons qu'avait pris le souffrant (6).

Cette manière de porter des jugements convenait d'ailleurs merveilleusement aux formes prophétiques qu'ils apportaient dans la pratique de leur art. Quoi qu'il en soit, ils avaient acquis sur l'uroscopie quelques connaissances nouvelles. C'est à cette époque qu'Isa-Abou-Koreisch, surnommé Sidalani, fit une fortune brillante en prédisant, par l'inspection de l'urine, la grossesse de la maîtresse du calife Almodhi et la naissance d'un enfant mâle (7). La prédiction de cette grossesse ne doit guère nous étonner maintenant, mais celle du sexe de l'enfant n'eut sans doute d'autre mérite que d'être favorisée par le hasard. D'après Rhazès (8), Avicenne (9), etc., du premier au sixième mois, l'urine est claire, d'un jaune tirant sur le blanc; elle présente un nuage à la superficie, une hypostase au milieu, et quelquefois des grains montants et descendants (10). Ces signes peuvent manquer, et le plus constant est l'hypostase, qui ressemble à du coton cardé (11). Du sixième au sep-

(1) Hippocr., De Naturâ pueri. — De Morbis mulier. — De Septim. et octimest. partu.

(2) De Indic. urinar. — De Crisibus. — De Semine, etc.

(3) Compend. de urin.

(4) Theophiloi perionurôn.

(5) Hist. nat., l. XXVIII, c. 6.

(6) Kurt. Sprengel., Ess. d'une hist. pragm. de la méd.

(7) Albufarag., Hist. dejnast., p. 325.

(8) Lib. XVIII, c. 4.

(9) Lib. III.

(10) Abenzoar., Theisir., lib. II.

(11) Averrhoës, Colliget., lib. II, c. 10.

tième mois, l'urine prend une couleur rouge plus foncée, et semblable à de l'eau dans laquelle on aurait fait cuire des pieds de jeune veau (Avicenne); à la fin de la grossesse elle devient rougeâtre et se trouble par l'agitation (Avicenne). Du reste, ces signes sont inconstants; ils peuvent se montrer dans les cas de môle, d'arthrite, d'aménorrhée, etc.; aussi faut-il recourir à une exploration plus certaine, comme l'occlusion du col utérin, l'eau et le miel (Hippocrate).

Ces observations furent soumises par les médecins des siècles suivants à une foule de subdivisions dont la mémoire la plus heureuse ne pourrait se charger. On admit de seize à vingt-six couleurs différentes dans l'urine. (Const., Afric. lib. de urinâ. — Arnold. Villan. Breviar. — Willis, Exercit. de urin., etc.). Sa saveur, son odeur, sa consistance furent également envisagées sous des aspects aussi subtils; on y découvrit des cercles, des crinoïdes, des bouteilles, des furfures, etc., toutes choses créées par l'imagination, et qui n'eurent d'autres résultats que d'embrouiller la matière. Ce fut surtout à l'époque où la prédominance des doctrines humorales faisait tout chercher dans l'examen des liquides, qu'il parut sur l'uroscopie un nombre prodigieux de monographies. Mais cette science tomba bientôt dans un tel discrédit, que le fameux collège de Londres enjoignit aux médecins, dans ses statuts, de ne pas pratiquer d'après elle, dans l'intérêt de la dignité médicale (1).

Hors ce que nous venons de citer des anciens et des Arabes sur l'urine des femmes grosses, les ouvrages de médecine ne contiennent plus rien de nouveau. Il est même remarquable que les auteurs qui en ont traité, sans en excepter celui du Miroir des urines (Davach de la Rivière, 1752), n'aient accordé qu'un faible degré de certitude aux signes qu'elle peut fournir dans ces cas. Il résulte de ces recherches que le nuage à la superficie de l'urine, signalé par les médecins arabes, est le seul signe qui offre quelque analogie avec le développement de la kiesteine; encore faut-il supposer que le mot nuage ne traduit pas exactement l'idée de celui qui a le premier signalé ce phénomène.

L'urine d'une femme enceinte, recueillie le matin, est ordinairement d'une couleur jaune pâle, un peu laiteuse; elle rougit d'abord le papier de tournesol et le bleuit ensuite, après un temps variable, comme l'urine ordinaire; elle ne se coagule pas par la chaleur, ni par les réactifs ordinaires de l'albumine. Abandonnée à elle-même au contact de l'air, elle donne lieu, dès le premier jour, à la formation d'un nuage suspendu au milieu du liquide et semblable à du coton cardé, ainsi que les anciens l'avaient remarqué; dès le premier jour aussi elle laisse déposer une matière blanche, floconneuse: ces phénomènes ne sont pas constants, et l'urine saine en offre quelquefois d'analogues.

Du deuxième au sixième jour, on voit de petits corps opaques monter du fond à la superficie du liquide, et s'agréger peu à peu pour former une couche qui en couvre toute la surface: c'est la kiesteine. Cette couche est assez consistante pour qu'on puisse

l'enlever en grande partie, en la soulevant avec précaution par un de ses bords. Elle est blanchâtre, opaline, un peu grenue, et ne saurait être mieux comparée qu'à la couche de graisse qui surnage le bouillon gras et refroidi. Examinée au microscope, elle offre l'aspect d'une masse gélatineuse sans forme déterminée; on y découvre bien quelquefois des cristaux cubiques assez volumineux, mais seulement lorsqu'elle a vieilli; et ces cristaux que Fourcroy a signalés dans la couche muqueuse que fournit l'urine de quelques malades, lui sont étrangers. Nous y avons cherché inutilement les animalcules annoncés par quelques auteurs dans l'urine des femmes enceintes (1).

La kiesteine persiste ainsi pendant trois ou quatre jours; alors l'urine se trouble, et de petits corps opaques se détachent de sa surface et se déposent au fond du vase; la pellicule se trouve ainsi bientôt détruite.

Le caractère essentiel de l'urine de la grossesse, consiste donc dans la présence de la kiesteine; celle-ci s'est montrée dans nos observations d'une manière si manifeste, qu'il eût été impossible de la méconnaître. Cependant l'urine de quelques malades atteints de phthisie au dernier degré, d'abcès par congestion, et de catarrhe vésical, s'est couverte également d'une couche qui, au premier abord, aurait pu en imposer. Mais avec un peu d'attention, il a été facile de s'assurer qu'elle ne se développait pas aussitôt que la kiesteine; qu'au lieu de disparaître comme cette dernière, après quelques jours de durée, elle augmentait d'épaisseur en vieillissant, et finissait par se convertir en une masse de moisissure. Il y a, d'ailleurs, entre son aspect muqueux et celui de la kiesteine, une différence qu'il est difficile de décrire, mais qui est parfaitement sensible à la vue.

La kiesteine paraît exister dans l'urine de la femme, depuis le premier mois jusqu'à l'accouchement. M. Emm. Rousseau l'a reconnue dans l'urine de quelques femelles d'animaux; nous l'avons vu paraître quelquefois au bout de vingt-quatre heures, rarement après le sixième jour.

Des vingt-cinq femmes dont nous avons relevé l'observation, dix-sept étaient enceintes de quatre à neuf mois, et s'étaient présentées pour de légères indispositions, mais l'état de gestation n'était pas douteux. Quatre étaient enceintes de un à quatre mois, et se croyaient atteintes de maladies de l'utérus. Enfin, les quatre dernières étaient traitées pour diverses affections; la première, pour une sciaticque, à l'Hôtel-Dieu; la seconde, pour une ascite, en ville; la troisième, pour une ulcération du col, à la Pitié; et la quatrième était cautérisée deux fois par semaine, en ville, pour une prétendue maladie de matrice.

Obs. I. — M^{me} B..., souffrait depuis plusieurs mois d'une douleur rémittente très-vive dans la direction du grand nerf sciaticque gauche: on prescrivit un cautère à la jambe correspondante avec recommandation de le saupoudrer matin et soir avec un quart de grain d'acétate de morphine. La douleur fut complètement éteinte pendant trois mois, mais alors elle

(1) Th. Guidotius, Prolégom., p. 47. — 1703.

(1) Helwig, th. Heidelb., 1602.

revint avec une nouvelle intensité; la malade avait cependant repris le même pansement et porté d'elle-même la dose de morphine à deux et trois grains par jour, sans amélioration. Elle entra à l'Hôtel-Dieu, et en sortit quinze jours après dans le même état. Lorsqu'elle revint à la consultation, elle nous apprit que ses règles n'avaient pas paru depuis deux mois et demi. Son urine commença à se couvrir le deuxième jour d'une couche blanchâtre qui fut très-manifeste le quatrième jour. On suspendit toute médication, et trois mois après il ne restait aucun doute sur la grossesse; la douleur de la cuisse n'existait plus.

Chez M^{me} B..., il nous paraît probable que la névralgie, arrêtée d'abord par le pansement de morphine, fut réveillée par la pression que dut exercer l'utérus sur les nerfs du bassin au début de la grossesse; plus tard, la matrice trop volumineuse remonta dans la grande excavation, dès lors la pression cessa et la douleur avec elle.

Obs. II. — M^{me} L... fut prise au troisième jour de sa couche d'une métrite-péritonite sur-aiguë dont elle fut traitée par des évacuations sanguines très-abondantes. Elle habitait la campagne. La phlegmasie fut arrêtée en quelques jours, mais il s'était formé un épanchement péritonéal. La dame L... reprit cependant une santé assez bonne bien que l'ascite eût acquis un développement considérable. Après trois mois de traitement infructueux, elle vint à Paris; la fluxion était manifeste, le ventre très-volumineux; les règles avaient lieu tous les quinze ou vingt jours; elle entra à Beaujon pendant quinze jours. A sa sortie, nous recueillîmes son urine qui se couvrit d'une pellicule très-évidente, et malgré ce signe on ne pensa même pas à une grossesse, tant les symptômes et l'examen le plus minutieux en éloignaient l'idée; loin de là, on supposa que cette pellicule n'était pas un signe essentiel, puisqu'il se manifestait dans un cas d'ascite: on s'en tint néanmoins à quelques moyens insignifiants, mais la dame L..., fatiguée de se traiter sans succès, revint dans son pays: quelques mois après son mari vint nous annoncer qu'elle était sur le point d'accoucher.

Il n'est pas nécessaire de faire ressortir l'intérêt d'une observation dans laquelle le signe fourni par l'urine fut le seul qui révéla la grossesse. Il y avait certainement ici complication d'ascite, car celle-ci était manifeste par plusieurs symptômes, et d'ailleurs elle existait depuis deux mois lors des premiers jours de la grossesse.

Obs. III. — M^{me} D... habitait Paris depuis quelques mois seulement; elle y fut prise de douleurs dans les reins et les régions ovariennes à la suite de chagrins profonds. Les règles revenaient tous les quinze ou vingt jours abondamment, et la jetaient dans un grand état de souffrance. Elle consulta un médecin qui, l'ayant examinée au spéculum, lui dit qu'elle avait un ulcère à la matrice et l'adressa à une sage-femme pour être cautérisée quatre fois par mois. Celle-ci s'acquitta régulièrement de la prescription pendant trois mois; mais alors la bourse de la malade se trouva épuisée. La dame D... vint donc demander au dispensaire les soins gratuits que lui refusait la sage-femme. Elle avait eu des relations maritales malgré son état de maladie. Le ventre était peu volumineux, le col gros, mou et d'un rouge brun, mais

parfaitement sain; le corps de la matrice très-développé. On prescrivit un bain tiède et on recueillit l'urine qui donna lieu à l'apparition d'une pellicule parfaitement caractérisée; lorsque la malade revint, après quelques jours, le ventre avait pris beaucoup d'accroissement à la suite du bain; des mouvements avaient été sentis, et le bruit des battements du cœur du fœtus était manifeste à gauche.

La manière dont cette malade fut abandonnée dès que ses faibles ressources furent épuisées, et l'état du col utérin, prouvent assez qu'elle était l'objet d'une indigne spéculation.

Les observations que nous venons de citer démontrent assez l'importance du nouveau moyen de diagnostic qui fait le sujet de cet article. Nous avons voulu seulement en constater l'utilité et l'exactitude, laissant à d'autres plus versés dans l'étude des analyses chimiques le soin d'en déterminer la nature et les propriétés.

EGUISIER, D.-M.-P.

N^o 24. — 25 FÉVRIER.

Fistule lacrymale traitée par le clou de plomb de Scarpa, enfoncé dans le canal nasal, et resté involontairement à demeure; par le docteur BOURJOT SAINT-HILAIRE.

Une blanchisseuse, âgée de vingt ans, portait un abcès diffus au grand angle de l'œil, avec fistule du sac. Après l'ouverture de l'abcès, en pénétrant du même coup dans le sac lacrymal, j'attendis, selon ma coutume, qu'il se fit un dégorgeement salutaire, avant d'introduire dans la plaie un corps dilatat, ce qui eut lieu d'un pansement à l'autre, au moyen de fomentations émollientes, et d'un léger cataplasme; puis je me décidai à employer pour corps désobstruant le clou de plomb de Scarpa à tige de sept lignes, à tête aplatie en disque, fléchie à angle sur la tige.

Pour les gens du peuple, paysans, etc., le clou de plomb de Scarpa est certainement bien préférable au séton et à la corde à boyau; il n'exige pas le concours du chirurgien pour le pansement; il n'est pas exposé à être entraîné par le fil tracteur pendant le sommeil: le malade lui-même le retire avec le tranchant de l'ongle, pour injecter ou instiller par l'ouverture des douches médicamenteuses; il ne gêne en rien pour les travaux, ne cause que peu de difformité, quand même la tête reste et doit rester extérieure, car on peut la recouvrir de taffetas anglais couleur de chair; en un mot, c'est, selon nous, le moyen dilataleur par excellence.

Mon incision avait été assez large, vu le dégonflement de l'abcès, pour que la tête du clou pût s'y introduire, lorsque la malade, s'étant fortement mouchée, détermina la descente du clou, dont la tête se logea sous le lambeau dans le canal nasal. Aussitôt qu'elle y fut, l'incision se guérit dans les vingt-quatre heures, la cicatrice se consolida, et depuis il n'a plus été question ni d'abcès ni de fistule, et néanmoins le corps métallique étranger est resté dans le canal nasal, que par sa dimension il ne peut totalement remplir. Ce fait est digne de remarque. Il explique le

mode d'utilité des canules de Foubert et de Dupuytren dans le plus grand nombre des cas: elles agissent bien plus comme corps désobstruant servant de tige conductrice aux larmes, par l'extérieur de leur calibre, que par leur intérieur qui le plus souvent se remplit; la tête du clou étant fort large ne permet pas au clou de descendre trop, et sa tige, qui reste vacillante, permet aux larmes de passer entre elles et les parois du canal. Ce que le hasard et peut-être une légère faute de l'opérateur, l'incision trop large ont si heureusement produit, ne pourrait-il pas être un bon procédé opératoire, celui du clou de plomb de Scarpa à demeure? C'est ce dont l'avenir et notre expérience décideront.

Cas très-remarquable de myopie de plus en plus exagérée; suite d'une déformation acquise de la cornée; par le même.

Un jeune et beau garçon de seize ans, né à Pont-Audemer (Seine-Inférieure), est entré, vers quatorze ans, chez un négociant en merceries de Rouen; naturellement myope, ce jeune homme était forcé, par son nouvel état, de s'occuper d'objets très-minutieux à voir, comme de trier, pour les numéroter, souvent fort tard et à la lueur incertaine d'une lampe, des paquets de fils, coton, soie, etc. Bientôt la myopie augmenta pour ce jeune homme d'une manière désastreuse; il ne voyait plus sans verres concaves à trois pouces de son nez, et même avec ce secours, à peine pouvait-il reconnaître les numéros qu'il examinait: du reste la santé est parfaite, et les deux yeux ne présentent aucune trace d'inflammation.

Le diagnostic était difficile pour qui n'eût pas eu, comme nous, des exemples de l'allongement acquis du diamètre antéro-postérieur de l'œil et du changement dioptrique qui en est la suite. En effet, en regardant de côté le globe oculaire de notre jeune malade, il nous fut facile de constater que l'œil droit surtout (le plus exercé), avait pris une forme conique, dans la proportion approximative de 2 lignes à peu près en avant du plan qui passerait verticalement au point de jonction de la cornée et de la sclérotique, ce qui amenait une convergence tout à fait antérieure des rayons et de l'image, qui n'était plus perceptible pour l'œil que lorsqu'elle était formée par des rayons partis d'objets très-proches, donc très-divergents. A gauche, la conicité de la cornée est moins manifeste; elle existe cependant. Nous étions là sur un de ces cas admirables où la pathologie vient démontrer *à fortiori* et *à posteriori* les inductions mathématiques et physiologiques qui constituent la théorie de la vision. En effet, ce cas, que l'on pourra observer quelque temps encore chez ce sujet (nous croyons à une amélioration possible), nous présente une myopie native, augmentée par l'effort continu opéré pour fixer des objets très-fins; une traction persévérante des quatre muscles droits agit alors comme le muscle choanoïde des herbivores, d'où pression du globe de l'œil selon les quatre méridiens verticaux et horizontaux, et ce en arrière de l'insertion de la cornée, ce qui doit nécessairement allonger l'œil dans le sens du diamètre antéro-postérieur, tout l'effort d'impulsion transmis par les li-

guides incompressibles de l'œil devant alors agir sur la concavité de la cornée, qui tend sans cesse à exagérer. Cela confirme les expériences et les inductions de sir Everard Home et de Ramsden, qui ont démontré qu'en fixant avec force l'œil par les muscles droits, ou changeant ainsi sa forme, visiblement pour l'observation directe (ce que chacun peut éprouver sur lui-même à l'aide d'un livre porté en avant ou en arrière), l'on change aussi le foyer habituel de manière qu'un presbyte pour voir de près fixe avec force, et allonge ainsi le diamètre antéro-postérieur, pouvant ainsi corriger sa presbytie; tandis que le myope, qui a naturellement le diamètre antéro-postérieur trop long, n'a aucune puissance pour corriger cet excès, et qu'il ne peut y arriver que par des verres concaves pour amener la divergence convenable. Mais que faut-il faire pour corriger une myopie exagérée? Chercher pendant un temps à se conduire comme si l'on était presbyte; n'examiner et ne chercher à voir que des objets très-éloignés, dont l'image puisse se faire fort en arrière par convergence naturelle des rayons; s'abstenir avec soin de se servir de verres qui augmentent la myopie en la corrigeant; laisser le plus possible les muscles droits dans le relâchement. D'après ces principes, j'ai cru et je crois qu'il y a pour ce jeune malade à espérer correction de sa myopie très-exagérée, s'il change de profession, et si, par exemple, se faisant marin, il s'habitue peu à peu à ne reconnaître avec précision que des objets de plus en plus éloignés.

N^o 25. — 26 FÉVRIER.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

M. VELPEAU.

Fissure à l'anus, opérée par l'excision.

Au n^o 26 de la salle Sainte-Catherine est une jeune fille qui éprouve des douleurs à l'anus depuis plusieurs mois; elle se plaint également d'hémorrhagies qu'elle aurait eues de temps à autre. L'écoulement de sang par l'anus n'a jamais été très-abondant; il consiste en un suintement tantôt sanguinolent, tantôt purulent. L'excrétion des matières fécales exaspère la douleur à tel point que la malade redoute d'aller à la garde-robe. La santé de cette jeune fille est excellente d'ailleurs.

Ces symptômes suffiraient presque pour indiquer à quelle maladie on a affaire. Voici ce que l'on trouve en examinant l'anus: au niveau du sphincter, à gauche et en arrière, on voit une ulcération de six lignes de longueur environ et de deux lignes de largeur. Cette fissure est située au fond d'un des plis rayonnés de cette région. Cet ulcère est à fond rouge et à bords grisâtres festonnés. Si on en écarte un peu fortement les bords il se fait une exsudation sanguinolente. L'introduction du doigt dans l'anus détermine des douleurs vives, surtout si l'on appuie du côté de la fissure. L'ulcération n'existe qu'au niveau du sphincter; au-dessous il n'y a rien.

Cette maladie n'avait point fixé l'attention des