

dans laquelle un homme qui avait une hémorragie méningée, et était frappé d'hémiplégie, recouvra deux fois de suite le mouvement après deux saignées faites à intervalles convenables; il faudrait aussi employer les précautions hygiéniques recommandées dans les cas de congestion cérébrale, comme de placer la tête du malade sur un oreiller élevé, loin de toute agitation, du bruit et de la lumière, en même temps que, par des moyens révulsifs sagement combinés, on exercerait une puissante et salutaire réaction sur la maladie de l'encéphale. Chez les aliénés, il faut surveiller attentivement ces congestions si communes à la fois et souvent si graves chez eux.

Maintenant résumons rapidement les principales conclusions qui résultent de ce travail.

I. Le mot apoplexie méningée doit être synonyme d'hémorragie des méninges, comme apoplexie cérébrale d'hémorragie dans la substance du cerveau; aussi n'ai-je étudié de ce travail que l'épanchement de sang dans les membranes des centres nerveux.

II. Cet épanchement peut se faire dans la cavité de l'arachnoïde, entre celle-ci et la pie-mère, entre celle-ci et le cerveau, dans les ventricules, et dans la cavité sous-arachnoïdienne de la moelle.

III. Les épanchements de sang entre la face interne de la dure-mère et la face externe du feuillet arachnoïdien pariétal n'existent pas.

IV. C'est une erreur d'observation qui a fait croire que les épanchements sanguins situés dans la cavité de l'arachnoïde étaient placés dans l'espace qui sépare la dure-mère de la surface externe de la séreuse.

V. Cette erreur provient surtout de ce que le sang se transforme, avec une rapidité remarquable, en fausses membranes, présentant identiquement les mêmes caractères physiques que les séreuses dans le sein desquelles il s'est épanché, de sorte que rien n'est plus facile que de prendre la séreuse accidentelle pour une séreuse naturelle.

VI. Le sang peut présenter la même transformation et donner lieu à une méprise analogue dans les autres séreuses.

VII. Le siège le plus fréquent, sans comparaison, des épanchements sanguins est la grande cavité de l'arachnoïde.

VIII. Presque toujours dans l'hémorragie des méninges le liquide épanché occupe une surface telle qu'il comprime une portion assez étendue du cerveau.

IX. Tantôt l'exhalation de sang précède la formation de la fausse membrane, tantôt, et c'est le cas le plus rare, je crois, la fausse membrane exhale le sang.

X. Celui-ci peut être résorbé complètement dans certains cas, de manière que les deux pseudo-membranes entre lesquelles était placé le sang s'étant accolées, la guérison a lieu.

XI. L'hémorragie des méninges peut s'opérer par rupture vasculaire; elle peut aussi être le produit d'une exhalation.

XII. Il n'est pas exact de dire que le sang exhalé par les séreuses ne présente pas de caillots et n'est pas du véritable sang.

XIII. Ce liquide, quoique exhalé par une séreuse, peut offrir identiquement les mêmes caractères que s'il provenait de vaisseaux rompus.

XIV. L'hémorragie des méninges est une mala-

die qui peut se manifester à tout âge, quoiqu'elle soit plus fréquente dans la vieillesse.

XV. Elle est assez commune chez les aliénés.

XVI. Elle est presque toujours annoncée par des symptômes précurseurs.

XVII. Du côté du mouvement on observe presque toujours des contractures.

XVIII. L'hémorragie dans les méninges peut déterminer une paralysie plus ou moins étendue; parfaitement caractérisée.

XIX. La paralysie est d'autant plus marquée que l'épanchement se fait plus rapidement, est plus considérable et plus circonscrit.

XX. Elle est d'autant plus faible que l'épanchement se fait plus lentement, est moins abondant et plus disséminé.

XXI. Un épanchement de sang à la surface d'un seul hémisphère cérébral peut déterminer une paralysie des deux côtés du corps.

XXII. Il me paraît résulter de la comparaison d'un grand nombre d'observations que l'épanchement de sang dans les membranes du cerveau détermine de la contracture, tandis que le même liquide épanché dans la substance cérébrale n'en détermine pas avant la période inflammatoire.

XXIII. La paralysie dans l'hémorragie des méninges peut, comme le coma, être intermittente, et c'est là un excellent signe pathognomonique.

XXIV. L'augmentation graduelle de la paralysie qui se manifeste le plus souvent est aussi importante à considérer.

XXV. Mais il faut noter que ce symptôme est toujours étendu à un certain nombre de parties, et qu'on ne voit, par exemple, jamais un bras puis une jambe ou un côté de la face se paralyser successivement.

ERNEST BOUDET,

Ancien interne des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière.

#### CLINIQUE CHIRURGICALE.

M. le professeur Roux.

La clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu peut être considérée comme la plus riche de Paris. Les salles de M. le professeur Roux renferment près d'une centaine de lits, et outre les nombreux malades envoyés par le bureau central, les affligés de toute espèce qui se présentent à la consultation permettent d'y recueillir un nombre prodigieux d'affections plus ou moins importantes à observer. Il semble donc que dans le premier service chirurgical du monde, on devrait rencontrer chaque année tous les genres de maladies externes qui affligent l'espèce humaine; à côté des maladies ordinaires, toutes les affections spéciales. Telle paraît du moins avoir été l'intention de ceux qui, depuis un siècle, ont placé à la tête de cet enseignement modècle les plus hautes illustrations de chaque époque, Desault, Pelletan, Dupuytren.

Tel paraissait devoir être aussi le but de l'enseignement de M. le professeur Roux. Lui-même dans ses

cours a annoncé que le sien devait comprendre tout ce qui concerne la chirurgie; qu'il n'était consacré à aucune spécialité, mais qu'il n'en excluait aucune. Et cependant combien les faits démentent ici les promesses. Les salles de M. le professeur Roux paraissent, pour ainsi dire, consacrées à une spécialité, celle des opérations: tout semble s'y résumer dans la pratique des opérations; pour celui qui suivra le chirurgien à la chaire de clinique, le même élément domine encore. Qu'on entre pendant la leçon du professeur, on l'entendra décrivant un procédé opératoire qu'il va mettre en usage dans quelques instants, ou rendant compte d'incidents survenus la veille pendant une opération. Point d'enseignement pathologique proprement dit; ici un seul enseignement, ou plutôt une seule démonstration; celle de l'art opératoire absorbe, dévore tout le reste; non de cet art opératoire qui apprend à lutter contre la destruction, mais trop souvent de celui qui apprend à la hâter, à l'appeler!

Nous sommes loin de méconnaître les talents que M. le professeur Roux possède comme opérateur dans la majorité, sinon dans la totalité des cas chirurgicaux; mais l'opérateur n'est pas tout, et le successeur des Pelletan, des Dupuytren, assume en lui les obligations les plus imposantes: celles de praticien, de professeur, de chirurgien. Eh bien! nous croyons que sous ces trois points de vue l'enseignement chirurgical de l'Hôtel-Dieu de Paris est imparfait.

La théorie, la science, l'histoire, la description des maladies chirurgicales y sont complètement mises de côté et sacrifiées à ce qui ne devrait être que l'exception: les opérations sanglantes. D'un autre côté, la pratique offre les mêmes inconvénients.

Point de thérapeutique chirurgicale; ici, le médecin s'efface encore, et l'on abandonne à la seule nature, ceux auxquels on a quelquefois ôté tout ce que leur restait de ressource en elle.

Nous n'insisterons pas davantage sur M. le professeur Roux, dont les talents comme opérateur, et l'insuffisance comme professeur sont depuis longtemps appréciés, et nous dirons que, malgré les inconvénients que nous venons de signaler, son service à l'Hôtel-Dieu est encore la mine la plus précieuse pour l'instruction que chacun peut y puiser par soi-même. On peut en une année y observer presque toute la chirurgie. Nous allons faire connaître quelques-uns des cas les plus importants qui ont passé sous nos yeux.

#### Abcès.

Les abcès, considérés en général, n'ont offert rien de bien remarquable. M. Roux arrive presque toujours à leur diagnostic avec beaucoup d'habileté; il les ouvre toujours largement; mais, contrairement aux principes de celui qu'il aime à proclamer comme son maître, de Boyer, il ne manque jamais d'enfoncer un doigt dans la cavité de l'abcès et d'en faire le tour. Cette seconde opération arrache toujours les hauts cris aux malades, et nous n'en concevons pas bien la nécessité dans la majorité des cas.

#### Gangrène par congélation.

Un cas bien remarquable de gangrène par congé-

lation se présente au mois de mars 1837. Un habitant de la Suisse italienne, âgé de trente-six ans, d'une constitution en apparence robuste, avait traversé les Alpes à pied, et s'était arrêté au mont Saint-Gothard environ une demi-heure; il avait ensuite fait le reste du trajet de la Suisse à Paris, mais en voiture.

Cet homme à son entrée, le 15 mars, portait pour toute lésion un sphacèle ou plutôt une carbonification des deux premiers orteils du pied gauche.

On ne fit qu'achever ce que la nature avait commencé en coupant les tendons qui retenaient encore les orteils gangrénés. Cependant, malgré un traitement tonique, on voyait toutes les fonctions vitales s'éteindre de jour en jour, sans réaction, pour ainsi dire, sans lésion.

Il fallait que le froid et le besoin eussent comme sidéré en lui les sources de la vie: bientôt apparurent des symptômes de résorption purulente; il resta plusieurs jours dans la stupeur; le 25, il survint un ulcère et il mourut le 28, après un coma entrecoupé de cris, d'agitation.

A l'autopsie, on trouva le foie énormément augmenté de volume et rempli de plusieurs centaines d'abcès arrondis; du volume d'une grosse aveline, contenant une matière à demi liquide, jaune verdâtre, sans kyste. Entre ceux-ci, il se trouvait une multitude de petits abcès miliiaires.

#### Tumeur fongueuse sanguine.

Le 8 janvier 1837, il entra une petite fille de cinq mois, portant à la région parotidienne gauche une tumeur du volume du poing. On y voyait encore bien distinctement les traces d'un œdème maternel; mais l'enfant ayant été mise chez une nourrice négligente, on ne savait à quelle époque la tumeur avait commencé à se développer. Celle-ci paraissait de nature artérioso-veineuse; car elle était brunâtre dans certains points et rosée dans d'autres. La compression de l'artère carotide n'en diminuait pas sensiblement le volume. M. Roux dit à ce sujet: que si l'enfant avait été plus âgée, plus en état de supporter la perte de sang et la douleur, il aurait lié l'artère carotide primitive, comme il l'a déjà fait en pareil cas avec succès.

D'après une méthode préconisée en Amérique, il circonscrit le contour de la tumeur qui n'était pas pédicellée d'un cercle de potasse caustique. Quelques jours après, lorsque les téguments eurent été détruits, il la comprit dans quatre segments de fil.

L'enfant tomba d'abord dans une prompte prostration; les forces parurent ensuite se relever un peu; mais bientôt elles cessèrent de pouvoir résister à l'abondance de la suppuration, n'étant d'ailleurs soutenues par aucun moyen; aussi la petite malade succomba-t-elle une dizaine de jours après l'opération.

Cette observation prouve quel danger il y a à négliger les œdèmes maternels, quelque petits qu'ils soient. Celui-ci avait sans doute un bien petit volume dans le principe, puisqu'il n'attira pas l'attention de la mère; on voit cependant quelle en fut la rapide et fatale terminaison.

Le mode de traitement que leur applique M. Roux est très-simple, peut-être trop simple. Il consiste



uniquement dans la compression faite avec le diachylon et une bande roulée par-dessus; de temps en temps on cautérise un peu avec le nitrate d'argent.

Avec les bandelettes de diachylon, on finit par obtenir la cicatrisation; mais elle est fort longtemps à s'achever.

Nous avons vu dans les salles de M. Blandin, pendant que M. Roux en faisait le service par intérim, un ulcère serpiginéux de nature douteuse, mais d'origine traumatique, qui avait d'abord exfolié, puis entièrement détruit le tendon d'Achille de la jambe gauche; on n'en avait pu arrêter les progrès qu'en le modifiant puissamment par le fer rouge. Les bandelettes et le nitrate d'argent en achevèrent ensuite lentement la cicatrisation.

#### Fracture du col du fémur.

Le 5 février 1857 est entré un homme de 80 ans, pour se faire traiter des suites d'une chute faite dans un escalier sur le grand trochanter gauche. L'articulation étant très-déformée et très-gonflée, il y avait un raccourcissement notable de la jambe, et, chose étonnante, le malade avait toujours la jambe et le pied extrêmement portés en dedans. La jambe était fléchie sur la cuisse, qui elle-même était continuellement dans l'adduction. Il y avait de la crépitation.

M. Roux diagnostiqua une fracture du col du fémur. Il pensa qu'il y avait, en outre, une fracture du rebord de la cavité cotyloïde. Ce chirurgien a signalé un des premiers la coïncidence de la fracture de l'os innominé dans les cas de luxation et de fracture du col du fémur. Bien plus, on a vu l'os innominé se fracturer seul: la crépitation était alors évidente; la tête du fémur pouvait sortir de l'articulation, mais elle n'allait pas jusqu'à gagner la fosse iliaque, et d'ailleurs, on pouvait toujours le ramener aisément à sa place.

Pour justifier son diagnostic, M. Roux ne pouvait s'appuyer sur la persistance du renversement du pied en dedans. Ce phénomène a quelquefois lieu dans les fractures du col du fémur, mais non cependant une fois sur quatre ou cinq, comme l'a avancé Desault. Il n'est pas dû à une fracture de la cavité cotyloïde, mais à ce que, dans certaines fractures du col du fémur, la tête de celui-ci s'enfonce dans la partie spongieuse du grand trochanter.

Mais ce qui pouvait faire fortement soupçonner une fracture du rebord de la cavité cotyloïde, c'était la force de la crépitation, son peu de profondeur: elle se sentait presque sous la peau. On mit l'appareil de fracture ordinaire de la cuisse.

Le malade mourut le 4 mars suivant. A l'autopsie, on trouva, non pas une fracture de la cavité cotyloïde, mais une fracture double du fémur, savoir: une fracture intra-articulaire du col, et une fracture du grand trochanter à la base.

#### Fractures de la jambe.

Au commencement de juin on amena un homme qui portait une fracture à chaque jambe, par suite d'une chute faite d'un troisième étage. A la jambe gauche, il y avait fractures des deux os à deux travers de doigts au-dessus de l'articulation du pied,

sans plaie, mais avec épanchement sanguin autour de l'articulation. A la droite, la fracture existait à la partie moyenne avec déformation et avec deux plaies: l'une petite, au niveau de la fracture; l'autre plus grande, à la malléole interne.

M. Roux émit à cette occasion l'étrange opinion que plusieurs fractures multiples résultant d'un même accident influent mutuellement les unes sur les autres, au point de guérir mieux qu'une seule. Toutefois, cette assertion ne fut point justifiée chez ce malade: la fracture de la jambe gauche influa si peu sur celle de la droite, qu'au bout de quelques jours on se crut obligé d'en venir à l'amputation de cette dernière. M. Roux fit l'opération au lieu d'élection au-dessus du genou, mais en exprimant la crainte de trouver encore des fusées purulentes. Comme c'est son ordinaire, il retrancha un peu plus du péroné que du tibia, parce que le péroné se dépouille de ses muscles et forme ensuite une saillie. C'est Béclard qui a d'abord émis cette idée.

Ainsi qu'on l'avait craint, il se forma de vastes fusées purulentes qui remontèrent le long de la cuisse. Doué d'un tempérament vigoureux et d'une force morale extrême, le malade résista un mois entier; mais enfin il succomba à l'abondance de la suppuration.

Sans faire un crime au chirurgien de cette opération malheureuse, nous croyons qu'elle devait être funeste au malade; car elle n'empêchait pas les abcès de se former, et elle y joignait ses propres dangers. Mieux eût peut-être valu ne pas amputer que de le faire au milieu même du siège du mal. On avait, au contraire, tout à gagner en attendant, d'autant plus que les forces du malade étaient encore en très-bon état. Il est d'ailleurs bien rare dans ces fractures par chute d'un lieu élevé que la commotion se borne aux parties fracturées et ne jette pas celles qui environnent dans une fâcheuse prédisposition. L'amputation de la cuisse eût offert ici plus de chances de succès.

#### Luxations.

Il ne s'en est présenté qu'un petit nombre. Nous en avons vu deux fort anciennes du coude chez de jeunes garçons d'environ quinze ans. Les tentatives de réduction furent inutiles sur une d'elles, qui datait de plus de deux mois. M. Roux n'osa pas les pousser trop loin de peur de causer une fracture de l'olécrâne, ainsi que cela est déjà arrivé. Il fut plus heureux dans l'autre cas. Il s'agissait d'une luxation de l'avant-bras droit en arrière, datant de cinquante-deux jours, avec une légère déformation de l'épitrachlée, telle qu'il pouvait bien y avoir eu quelque solution de continuité à l'extrémité inférieure de cette portion de l'humérus. Cette luxation s'était opérée par suite d'une chute faite en sautant sur la paume de la main droite. Les médecins de la capitale, après avoir vainement tenté la réduction une dizaine de jours après l'accident, s'étaient bornés à appliquer sur l'avant-bras un appareil composé de trois attelles.

Avant de faire une nouvelle tentative de réduction, M. Roux fit prendre au malade des bains locaux dans une décoction de guimauve, ainsi que des frictions

de moelle de bœuf. La réduction fut ensuite opérée sans trop d'efforts, et le malade recouvra la plus grande partie des anciens mouvements du membre.

M. Roux fit observer à ce sujet que presque jamais les malades ne rentrent dans une jouissance complète de la liberté de l'articulation du coude. Mais c'est que la nature nous a donné, dit-il, un luxe de mouvements qui dépasse de beaucoup la réalité de nos besoins. Ainsi on peut en perdre une partie sans aucun inconvénient.

M. Roux compte huit autres cas d'anciennes luxations de l'avant-bras qu'il a ainsi réduites avec succès. L'une d'elles datait de cinq mois. C'est dans ces circonstances qu'on ne saurait donner trop d'éloges à l'impétuosité du chirurgien.

#### Tumeurs blanches.

Nous avons vu un grand nombre de ces affections. Presque toutes ont eu une terminaison fatale. M. Roux les traitait par les frictions mercurielles, les vésicatoires volants, les cautères et enfin par l'amputation. Cette dernière n'a été que dans bien peu de cas suivie de succès. A quoi donc l'attribuer? Nous n'en savons rien.

Deux fois la résection a été tentée: l'une, dans un cas de tumeur blanche du poignet; l'autre, dans celui d'une tumeur blanche du coude. La terminaison fut funeste dans chacun de ces deux cas. Ce n'est pas ce dénoûment qui nous fait jeter un blâme général sur ces résections. On ne peut que louer l'intention du chirurgien qui cherche à sauver ce qu'il peut du membre d'un malheureux. Mais il suffira peut-être pour l'en dégoûter, de jeter les yeux sur le pénible spectacle que présentent ces longues et cruelles opérations. Croit-on beaucoup moins dangereuse que l'amputation du bras la résection de l'extrémité des trois os qui concourent à former l'articulation du coude? Croit-on pouvoir obtenir par la suture entrecoupée la réunion immédiate de ces chairs horriblement contuses pendant une opération qui a duré de trois quarts d'heure à une heure? Enfin, en supposant que la mortalité ne fût pas plus fréquente que dans les amputations simples, de quel secours veut-on que soit au malheureux un membre ainsi mutilé? Aussi les grandes résections ont-elles été presque universellement rejetées de la pratique.

Nous avons aussi remarqué deux abcès froids sous-deltoidiens, que l'on pourrait rapporter à une sorte de tumeur blanche de l'articulation scapulo-humérale. Chez ces deux sujets, dont l'un était un jeune garçon de quinze ans, et l'autre une femme de vingt-cinq à trente ans, l'affection datait de longtemps et affectait une marche extrêmement chronique. Les mouvements de l'articulation étaient gênés; mais on ne remarquait point cette immobilité complète des tumeurs blanches du coude et du genou. On tenta les révulsifs sans changement notable, et on renvoya ces malades, que nous avons depuis perdus de vue.

#### Plaie pénétrante de la tête.

Un cocher était tombé un soir de son cabriolet sur la région temporale droite, et avait perdu beau-

coup de sang. On l'amena à l'Hôtel-Dieu en pleine connaissance. Le chirurgien de garde fit une incision cruciale, et le malade passa une nuit assez tranquille. Le lendemain au matin on trouva sur l'appareil provisoire une quantité notable de substance cérébrale qui s'était échappée d'une solution de continuité de cinq ou six lignes de largeur. La plaie est située à la partie la plus élevée de la région temporale. A l'examen on trouva une fracture des parois du crâne avec enfoncement des esquilles, déchirure des méninges sous-jacentes et lésion de la substance cérébrale elle-même. La compression causée par ces esquilles n'était pas assez forte pour amener des symptômes bien marqués de compression cérébrale. Cette compression était d'ailleurs trop bornée. Aussi il n'y avait pas eu de délire; le malade répondait avec précision aux questions qu'on lui adressait, seulement il y avait de la tendance à l'assouplissement. Sensibilité du membre supérieur gauche, obtuse en quelques endroits; pouls régulier et assez fréquent, mais peu élevé; yeux ouverts, pupilles contractées, surtout à gauche. Après l'enlèvement de deux esquilles imbriquées faisant saillie à l'intérieur, il est survenu une forte hémorrhagie causée par la section d'une branche de la temporale, ou plutôt d'une de celles de la méningée moyenne. Toutefois les réponses du malade furent plus nettes et plus libres qu'auparavant. Certains auteurs ont pensé que le cerveau peut s'habituer à un certain degré de compression; mais c'est une erreur, et il vaut mieux relever les os fracturés et les extraire tant qu'il y a possibilité.

Les deux premiers jours qui suivirent l'accident, le malade n'offrit encore aucun symptôme intense d'encéphalite; point de résolution ni de paralysie; il serrait encore les mains. Nouvelle saignée; couenne inflammatoire; petit lait émétisé.

Le quatrième jour, dès le matin, délire tranche dilaté; paralysie au bras gauche, pupille gauche dilatée; quarante sangsues aux apophyses mastoïdes.

Le cinquième jour, la maladie continue de marcher rapidement. Pouls fréquent, vif et développé; peau chaude, couverte de sueur; hémiplegie à gauche; sensibilité nulle de ce côté; contracture à droite; carphologie; délire toute la journée.

Mort le lendemain. On trouve à l'autopsie un caillot de sang dans le cerveau au niveau de la plaie; ramollissement et détritus de matière cérébrale aux alentours; arachnoïde injectée en rouge jusque à quelques pouces de distance.

#### Fracture du crâne.

Un homme fut apporté à l'Hôtel-Dieu dans un état complet d'ivresse, et venant de tomber d'un troisième étage. Il vomissait des matières vineuses; le pouls est descendu à trente pulsations; les membres étaient froids. L'interne de garde n'osa le saigner dans un pareil état.

Le lendemain au matin, sommeil, respiration entremêlée de rhonchus dans la trachée artère; baillements fréquents; pas de paralysie. On trouve sur l'oreiller du sang épanché par chacune des deux oreilles; les bruits du cœur ressemblent à des glou-



glois de bouteilles. Pulsations encore très-lentes ; on constate en outre une fracture des deux os de la jambe gauche à hauteur inégale. Trois saignées du bras dans le courant du jour ; appareil pour les fractures.

Les symptômes cérébraux qui se manifestaient étaient bien ceux d'une compression cérébrale, et le sang sorti par chacune des oreilles indiquait assez qu'elle était due à un épanchement de sang, avec fracture des os de la base du crâne. Dans la journée il survint une paralysie des membres thoracique et pelvien gauche ; bâillement fréquent ; assoupissement ; de temps en temps sommeil stertoreux ; cependant le soir, après la troisième saignée, la sensibilité parut revenir un peu.

Il mourut néanmoins pendant la nuit. A l'autopsie, on trouva un épanchement sanguin dans le muscle crotaphite ; du côté gauche, fracture du crâne, commençant en haut du temporal du même côté, traversant la fosse temporale de haut en bas, et d'arrière en avant jusqu'à l'os maxillaire supérieur, et revenant s'étendre en arrière, à la base du crâne jusqu'au sommet du rocher. Épanchement considérable de sang entre le crâne et la dure-mère.

Tout l'hémisphère cérébral droit est recouvert, au-dessus de la dure-mère, d'un enduit sanguin ; épanchement énorme de même nature à la base du crâne à droite, et un peu sur les côtés du lobe moyen du cerveau ; sérosité sanguinolente dans les deux ventricules latéraux.

A la jambe gauche, c'est-à-dire du même côté que la fracture du crâne, fracture des deux os ; celle du péroné siège un peu au-dessous de la tête ; celle du tibia, un peu au-dessus de la malléole interne. Épanchement sanguin dans toute la jambe, remontant jusqu'au-dessus du genou.

*Kystes des paupières.*

Il ne s'est présenté qu'un cas de ce genre. C'était chez une femme d'une constitution faible. Il s'était développé un an auparavant une petite tumeur à la paupière inférieure gauche ; pendant les neuf premiers mois, elle ne s'était accrue que lentement ; mais pendant les trois derniers, elle avait beaucoup

grossi, et avait même acquis le volume du petit doigt. Il n'y avait que quelques jours qu'elle y avait ressenti de la douleur, ou plutôt de la gêne, car le kyste faisait saillie plus en dehors de la tumeur qu'en dedans. Ce fut, du reste, ce qui la détermina à réclamer les secours de l'art.

Il se forme souvent dans l'épaisseur des paupières, et plus souvent de l'inférieure, de ces tumeurs appelées loupes. Elles n'ont en général le caractère des kystes qu'après avoir acquis un certain degré de développement. Si on les ouvre auparavant, elles paraissent plutôt de nature charnue. La matière cystique qu'on y trouve plus tard est gruméleuse, blanchâtre. Elles sont plus fréquentes aux paupières inférieures qu'aux supérieures ; ce qui est assez heureux parce qu'on peut les extirper de plusieurs manières, par la surface externe et par la surface interne des paupières, dernier mode beaucoup plus facile à appliquer à la paupière inférieure qu'à la supérieure, à cause qu'elle se laisse plus facilement renverser.

Ces tumeurs se forment tantôt entre la peau et le muscle orbiculaire des paupières, tantôt entre celui-ci et la muqueuse. On les a attribuées au développement des glandes de Meibomius, mais sans en apporter des preuves bien concluantes ; et on pourrait tout aussi bien admettre leur développement comme spontané. De cette diversité du siège de ces kystes, il résulte qu'on peut les extraire tantôt par la peau, tantôt par la conjonctive ; les malades préfèrent généralement qu'on enlève la tumeur par la surface interne ; cependant l'extirpation faite par la peau, suivant le pli des paupières, ne laisse presque aucune cicatrice ; elle est d'ailleurs moins difficile à pratiquer et n'expose pas comme celle qui se ferait par la muqueuse à une inflammation grave, quoique heureusement assez rare, de la conjonctive.

Du reste, ces tumeurs, abandonnées à elles-mêmes, ne sont guère susceptibles d'acquies un volume très-considérable. C'est presque une loi, dit M. le professeur Roux, qu'une tumeur reste petite dans un organe petit.

Chez la femme qui fait le sujet de ces réflexions, la tumeur a été extirpée par la peau.

La cicatrisation s'est faite rapidement et sans aucun accident. C....

Fracture du crâne. Un homme fut apporté à l'hôpital dans un état complet d'ivresse, et venant de tomber d'un troisième étage. Il souffrait des membres inférieurs ; les membres supérieurs étaient dans un état de paralysie. Le lendemain au matin, sa respiration était entrecoupée de spasmes dans les trachées artères ; plusieurs frictions furent faites. On trouva sur l'orbite du sang coagulé, par chacune des deux oreilles ; les bruits du cœur ressemblaient à des bat-

Plus tard, on trouva sur l'orbite du sang coagulé, par chacune des deux oreilles ; les bruits du cœur ressemblaient à des bat-





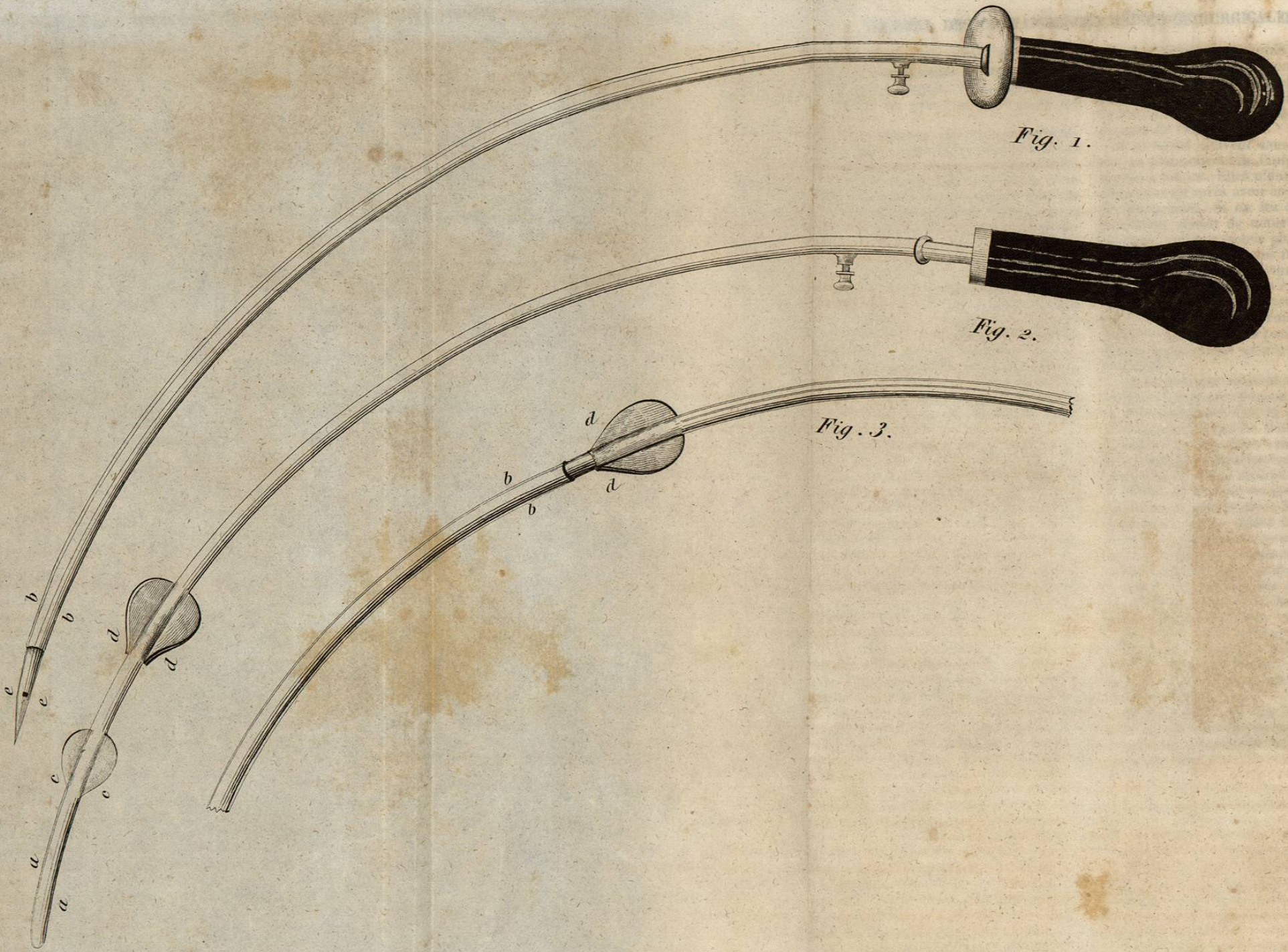






Fig. 3.



Fig. 2.

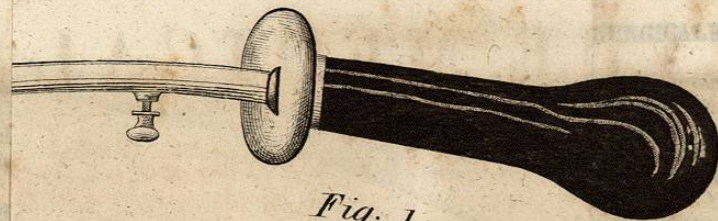


Fig. 1.

# REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

JANVIER 1839.

Opération pratiquée par M. RÉCAMIER pour la cure radicale d'une hydropisie enkystée de l'ovaire (1). (Observation recueillie et rédigée par M. FAUVEL, interne à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. RÉCAMIER.)

Avec figures.

Kyste uniloculaire de la trompe utérine gauche, opéré par une ponction pénétrant par la ligne blanche et venant ressortir à la partie supérieure du vagin en passant derrière l'utérus.

Angélique Vincent, âgée de 26 ans, ravaudeuse, entre à l'Hôtel-Dieu le 5 juillet 1838. Cette femme, d'une constitution saine et assez vigoureuse, a été bien réglée depuis l'âge de 13 ans jusqu'à l'époque actuelle.

Antécédents. — A 19 ans, couche à terme; six mois plus tard, fausse couche probable; six mois encore après ce dernier accident, douleurs abdominales survenues subitement sans cause appréciable; les règles appaurent abondamment et la malade garda le lit plusieurs jours.

Début et marche de la maladie. — Au bout de six semaines cette femme s'aperçut qu'elle avait dans le côté droit du bas-ventre une tumeur grosse comme le poing, indolente, tellement mobile qu'elle pouvait la faire rouler avec la main. Un an après, cette tumeur était assez volumineuse pour ne pouvoir plus être déplacée.

(1) Cette opération, aussi hardie qu'ingénieuse, fixera l'attention du monde médical comme pouvant ouvrir une nouvelle voie à la thérapeutique dans le traitement d'une maladie regardée à peu près généralement comme incurable. C'est pourquoi nous nous empressons de publier ce fait important de clinique, avec tous les détails de l'observation, recueillie par M. Fauvel sous les yeux de M. Récamier, qui a bien voulu y ajouter quelques réflexions pratiques, et décrire lui-même son opération, telle qu'il l'a conçue et exécutée à l'Hôtel-Dieu de Paris, en présence d'un grand nombre de médecins et d'élèves. Une planche lithographiée, représentant fidèlement, dans leurs formes et dimensions, les instruments qui ont servi à cette opération, aura le double avantage de faciliter l'intelligence de la description, et d'éviter de longs tâtonnements aux chirurgiens qui voudraient faire construire loin de Paris des instruments semblables pour tenter la même opération. (N. R.)

L'abdomen augmenta lentement de volume pendant 5 ou 6 ans (il avait alors la saillie d'une grossesse de quatre mois); puis son accroissement suivit une marche plus rapide.

État de la malade avant l'opération. — Huit ans se sont écoulés depuis la première apparition de la tumeur, et la malade est dans l'état suivant. Abdomen plus volumineux que dans une grossesse à terme, dépassant en saillie la poitrine, repoussant en dehors les fausses côtes, et descendant inférieurement jusqu'à la partie supérieure des cuisses.

Il est lisse, tendu, rénitent, uniformément développé, sans bosselures.

La percussion donne une matité complète dans toute son étendue, si ce n'est à la région épigastrique, où existe un son tympanique dû à la présence des intestins; fluctuation dans tous les sens.

Les parois ne sont pas infiltrées, on ne voit pas de veines dilatées sous la peau.

Jamais la malade n'a éprouvé de douleurs dans le ventre.

Les règles ont continué à paraître comme auparavant, et même, du 13 au 20 juillet, elles sont venues.

Depuis six ans, cette femme a l'habitude de rendre tous les six mois par l'anus environ un pot de nuit plein de sang pur, sans symptômes précurseurs et sans autre accident qu'une grande faiblesse.

Diagnostic. Kyste uniloculaire de l'ovaire droit. — Le lundi, 25 juillet, la malade se trouvant dans de bonnes conditions, l'opération suivante, ayant pour but d'ouvrir le kyste par sa partie inférieure à travers le vagin, est pratiquée en présence de MM. Marjolin, Nacquart, Cruveilhier, Guersent père et fils, Chomel, et d'un grand nombre d'autres médecins et d'élèves.

On retire neuf litres de sérosité incolore. (Voir ci-après la description de l'opération par M. Récamier.)

Immédiatement après l'opération, un bandage compressif a été appliqué sur l'abdomen, et les douleurs que la malade ressentait ont cessé de suite.

A trois heures après-midi, un bain d'une heure et demie a été donné. Quand la malade en est sortie, elle se trouvait parfaitement bien. Le bandage mouillé fut remplacé. Un peu de liquide sanguinolent s'était écoulé par le vagin. Apyrexie complète.

Vers huit heures du soir, des douleurs très-vives, précédées d'un petit frisson, se sont fait sentir dans l'abdomen, à l'hypogastre.

Une saignée de trois palettes fut pratiquée et l'on