

Après ces expériences préliminaires, l'auteur se livre à la recherche de l'action des substances qui exercent un effet plus prononcé sur l'économie animale. Il les divise en trois classes. La première renferme celles qui agissent directement sur la contractilité du cœur, et qui, lorsqu'on les injecte dans les veines, arrêtent subitement les contractions de cet organe. La seconde comprend celles qui, quoique causant la mort souvent plus rapidement que les premières, laissent cependant le cœur en apparence intact, le poison agissant directement sur le système nerveux. La troisième classe contient celles qui concourent à exercer une influence puissante en modifiant la circulation capillaire. Les substances de la première classe, dont l'action a été constatée par des expériences, sont le nitre, l'arsenic, le carbonate de potasse, le carbonate de soude, l'ammoniaque, l'iodure d'arsenic, l'acide oxalique et l'acide gallique. Toutes ces substances, lorsqu'on les injecte dans les veines, arrêtent les pulsations du cœur en quelques secondes. L'injection d'une solution contenant quatre grains de nitre, arrête l'action du cœur en 25 secondes; les mouvements respiratoires et la sensibilité continuent quelques secondes après que les pulsations du cœur ont entièrement cessé. Après la mort, on trouve que le cœur a perdu son irritabilité, l'application de la pile de Volta ne produisant pas de contractions deux minutes après que la vie a cessé. Les cavités gauches du cœur contiennent un sang écarlate. L'auteur rapporte des expériences pour montrer l'action des autres substances de cette classe, et fait à ce sujet quelques remarques générales. Il fait observer que la manière subite dont le cœur s'arrête, l'absence d'irritation de cet organe après la mort, la continuation des mouvements respiratoires après la cessation de l'action du cœur, l'absence d'action quelconque sur le système nerveux, et le temps et la manière dont la mort a lieu correspondant avec ce qui a été observé, lorsqu'on fait l'excision du cœur, tout enfin tend à justifier la classification qu'il a établie des substances ayant une action directe et fatale sur le cœur. L'action de quelques-unes de ces substances, qui paraissent être rapidement absorbées, lorsqu'elles sont reçues dans l'estomac, est présentée comme offrant un moyen efficace d'en prévenir une accumulation quelconque dans le sang. C'est un fait intéressant que toutes ces substances, concourant à détruire l'irritabilité du cœur, ont aussi la propriété commune de produire des changements chimiques marqués dans la composition du sang.

L'auteur parle ensuite des expériences qu'il a faites pour prouver l'action de la seconde classe de substances, ou celles qui produisent la mort en agissant directement sur le système nerveux. Il les a faites avec de la strychnine, de l'acide hydrocyanique et de la conitine. Dans tous les cas, elles n'exercèrent aucun effet marqué sur le cœur, qui continua de battre quelques minutes, après que tout signe extérieur de vie avait cessé, comme s'il était indépendant de la masse inanimée qui l'entoure. Dans tous les cas, il était arrêté un peu plus tard par l'asphyxie. L'auteur, en s'occupant de la troisième classe de substances, dit qu'il n'a pas pris pour base de leur classification la manière dont elles produi-

sent la mort, mais la propriété commune qu'elles possèdent d'agir sur la circulation des vaisseaux capillaires. Les exemples les plus frappants ont été produits par des solutions d'euphorbe, de tabac et de digitale, lorsqu'on les a injectées dans les veines. L'injection d'une solution d'euphorbe dans la veine jugulaire d'un chien, fut suivie de la cessation de l'action du cœur au bout de vingt secondes. Toute pulsation resta suspendue pendant 50 secondes; ensuite le cœur recommença à battre, et au bout de quelques pulsations, la pression dans le système artériel devint quatre fois plus forte qu'elle n'avait été avant le commencement de l'expérience. La pression soutenue par les parois des artères était quelquefois égale à une colonne de mercure de 15 pouces, ou environ 7 livres (livres anglaises) par pouce carré. L'auteur attribue cette grande augmentation de pression dans le système artériel à ce que le passage du sang dans les vaisseaux capillaires est rendu plus difficile, car les mouvements du cœur ne purent pas un instant augmentés. On peut expliquer la cessation des pulsations du cœur, lors de la première injection de la substance, en supposant que la circulation du sang capillaire sur les parois du cœur est un instant suspendue par son application immédiate. Cette explication s'est trouvée confirmée par une des expériences de l'auteur. Il injecte dans les artères une solution de digitale. Dans les deux dernières classes de substances il n'en a trouvé aucune qui produise un changement aussi frappant dans la composition du sang. Ces substances agissent-elles en altérant ce fluide? C'est ce que l'état actuel de la chimie organique ne nous permet pas de découvrir.

L'auteur termine par des considérations sur l'action de la morphine, des cantharides et de l'acide nitrique, injectés dans les veines. Ces substances ne peuvent être rangées dans aucune des trois classes dont nous venons de parler. La morphine et les cantharides paraissent agir directement sur le cœur en en rendant les pulsations plus lentes. L'acide nitrique paraît causer la mort, en produisant une obstruction mécanique au passage du sang dans les poumons. Une courte analyse de quelques expériences sur les effets que la destruction de la moelle vertébrale a sur l'action du cœur, prouve que cet organe n'est pas en apparence affecté par la destruction subite de portions considérables de la moelle.

(N^o d'octobre 1838.)

Tumeur enveloppant certains nerfs; par SELICK HARE, chirurgien de l'infirmerie générale du comté de Stafford.

Thomas Willets, âgé de 40 ans, marié, d'une constitution malade, est admis à l'infirmerie dans le service du docteur Knight, le 8 juin dernier. Depuis un mois il a, sur le trajet du nerf cubital dans le bras gauche, une douleur, un picotement et un engourdissement qui sont des plus aigus au coude, où

il y a aussi de la tuméfaction et de la rougeur. Outre cela, il ressentait une douleur traversant l'épaule gauche et s'étendant à travers la poitrine jusqu'au côté opposé, et jusqu'au-dessus de l'œil gauche et des dents de ce côté. Il y avait aussi une sensation de pulsation dans les différentes parties du corps. Il passait les nuits sans dormir. La langue était propre; l'appétit bon; point de toux ni autres signes physiques de maladie pulmonaire. Les sécrétions étaient naturelles.

Après un examen minutieux, la seule cause qu'on put découvrir à ces symptômes fut une petite tumeur située dans l'espace inférieur triangulaire, au côté gauche du cou. Il était possible que cette tumeur produisit quelque pression sur la naissance des nerfs qui servent à former le plexus brachial. Le pouls au poignet de ce côté était égal à celui de l'autre bras. Comme la tumeur ne paraissait pas plus volumineuse qu'une glande, on supposa que la maladie était de nature scrofuleuse.

Les symptômes précédents se compliquèrent de la contraction de la pupille de l'œil gauche. La paupière supérieure cessa de faire ses fonctions. L'irritabilité générale augmenta au point de devenir de la manie, et les intestins devinrent très-paresseux. Trois semaines après l'admission du malade, les douleurs et les sensations alarmantes purent augmenter. Le pouls devint plus vif; outre l'engourdissement et la frigidité des extrémités inférieures, il y eut des signes de débilité. Vers ce temps aussi, la tumeur du cou s'était beaucoup étendue, et était remarquable par son caractère de dureté.

Le 20 juillet, le malade avait presque entièrement perdu le pouvoir de la sensation et du mouvement dans les extrémités inférieures; et un ou deux jours plus tard, il survint une rétention d'urine complète. On fit usage de la sonde pendant environ une semaine. Au bout de ce temps l'urine recommença à couler, mais sans qu'il en eut la conscience. La vessie se vidait en partie par la pression du diaphragme aidée à peine des muscles abdominaux.

Le 25, une eschare commença à se déclarer au sacrum; mais il n'occasionna aucune douleur.

Le 12 août, une eschare se déclara sur les deux trochanters. On avait couché le malade alternativement des deux côtés pour éviter un ulcère au dos. Vers ce temps, la tumeur du cou avait beaucoup augmenté en étendue et en proéminence; les trois ulcères devinrent très-larges, et la suppuration abondante. Les forces du malade déclinerent par degrés jusqu'au 26 août; alors survinrent le trismus, la paralysie des muscles de la déglutition et de l'expectoration. La mort arriva par suffocation le 27 août à 4 heures du matin.

Quant au traitement, je ferai observer que les opiacés procuraient le sommeil et soulageaient la douleur, sans produire aucun effet désagréable. Les yeux étaient plus également ouverts, et les pupilles plus symétriques, quand le malade se réveillait le matin. La répétition, pendant quelques jours, de pilules bleues par très-petites doses, qu'il prit avec de l'extract de jusquiame, produisit la salivation et la respiration mercurielle. On appliqua à diverses reprises des sangsues et des vésicatoires sur la tumeur sans produire aucun effet. Quand l'extract de bella-

done fut appliqué, la pupille de l'œil gauche recouvra sa grandeur naturelle pendant quelque temps. Les toniques et les stimulants concoururent sans doute à retarder la mort. Pendant quelque temps aussi l'appétit persista, et le malade prit une quantité considérable d'aliments nutritifs.

Autopsie, 24 heures après la mort. — Le cadavre était très-émacié. Il y avait œdème sur une petite étendue aux jambes et au bras gauche. Le cerveau et son prolongement vertébral, ainsi que leurs membranes furent examinés avec soin; mais on n'y put découvrir aucune espèce d'altération. Les nerfs optiques avaient la même étendue et la même fermeté.

Dissection de la tumeur. — Après avoir détaché la peau du côté gauche du cou, on trouva le fascia cervical supérieur extraordinairement mortifié, et le tissu cellulaire qui l'environne, imbibé d'un fluide séreux. En enlevant ce tissu, on mit à découvert la surface irrégulière de la tumeur, à laquelle on trouva la dureté du squirrhé. Quelques veines considérables traversaient sa substance, et elles s'étendaient sous le sterno-cléido-mastoidien et le trapèze, soullevant à sa surface l'omo-hyoïdien, le sterno-hyoïdien et le sterno-thyroïdien qui néanmoins n'étaient pas compris dans la maladie. Ayant enlevé ces muscles, on vit la tumeur s'étendre jusqu'à la naissance du plexus brachial. L'artère carotide, la veine jugulaire interne et le nerf pneumogastrique passaient dans sa substance; l'artère offrait un libre passage au sang; la veine et le nerf étaient transformés en un tissu morbide, de même que le nerf phrénique et plus bas le nerf sympathique avec son ganglion cervical inférieur. La veine jugulaire au-dessus de la tumeur était atrophiée, et le nerf pneumo-gastrique était œdémateux (?). La masse squirrhéuse s'étendant sous la clavicule, on enleva cet os pour suivre cette masse dans toutes ses ramifications. L'artère et la veine sous-clavière passaient dans sa substance. La portion du scalène antérieur qui sépare l'artère, la veine et presque tout le muscle était enveloppée dans la maladie et imperceptibles. Les deux artères offraient un libre passage au sang, mais le scalène était rempli d'un coagulum rouge foncé. La tumeur s'étendait en dedans jusqu'à la trachée et l'artère innominée, et en bas derrière la veine gauche innominée et les artères sous-clavières et carotides jusqu'à l'aorte, tombant dessus à la jonction de son arc avec la portion descendante. Le canal thoracique passait dans la tumeur, et y était perdu, ainsi que le nerf laryngé et les veines accompagnant les branches de l'artère sous-clavière. Les branches mêmes de cette artère passaient dans la tumeur sans s'y être identifiées. La tumeur reposait sur le plexus brachial, était fermement attachée à l'origine du 5^e et du 4^e nerfs du plexus, lesquels nerfs y étaient fortement adhérents.

En coupant dans la surface antérieure du squirrhé, du pus très-limpide s'en échappa, et le tissu cellulaire environnant était œdémateux. La masse carcinomateuse s'étendait avec le nerf cervical et le premier nerf dorsal, entre les deux apophyses transverses et le cartilage intervertébral jusqu'à la dure-mère que la maladie commençait à gagner. Mais le canal était parfait, et l'apparence de la moelle n'était pas changée. Il n'y avait pas d'apparence de carcinôme dans aucune partie du corps.

Réflexions. — Ce cas semble intéressant comme exemple de squirrhe glandulaire dans l'homme. La connexion de la maladie avec la douleur et la paralysie sur le trajet du nerf cubital et du nerf médian est évidente, et confirme l'assertion qu'on peut suivre ces nerfs à travers le plexus jusqu'au dernier nerf cervical et au premier nerf dorsal, ce qui est nié, je crois, par Boyer. La paralysie de la paupière supérieure qui reçoit une branche de la troisième paire, la contraction de la pupille, la douleur des dents, la sensation pénible dans la partie supérieure de la poitrine, la paraplégie, la sensation de pulsation dans les diverses parties du corps et le trouble maniaque de l'esprit ne peuvent, à mon sens, être rattachés à aucune communication directe entre la maladie du tissu et ces différentes affections. On doit plutôt les considérer comme une preuve de cette sympathie qui existe entre les parties les plus éloignées, et qu'on observe surtout chez les personnes d'un tempérament nerveux. L'œdème du bras pouvait, pendant la nuit, dépendre de l'existence du coagulum trouvé dans les veines sous-clavières; mais la tuméfaction du coude, qui datait d'une époque bien antérieure, pouvait à peine être attribuée à cette époque à un obstacle dans la circulation, et cela est intéressant parce qu'elle prouve combien la douleur et l'irritation des nerfs d'une partie, existant seulement sympathiquement par une cause éloignée, peut conduire à l'altération du tissu de ces parties, et ressemble à ce qu'on voit et dont j'ai vu un grand nombre d'exemples chez les femmes hystériques. L'obstacle du canal thoracique, sans beaucoup d'émaciation, peut être comparé à la conservation de l'embonpoint de malades hystériques avec anorexie des plus complètes pendant une très-longue période. Le temps pendant lequel le malade garda le lit, et le degré d'émaciation et de débilité ne suffisent pas pour expliquer les ulcères sur le sacrum et les cuisses. Ils provenaient sans doute de la paralysie des nerfs de la vie animale; et ce fait tend à démontrer l'influence de cette partie de l'économie sur les fonctions nutritives.

(N° d'octobre 1858.)

Grenouillette guérie par le poivre de Cayenne;
par GEORGE HARRISSON.

Le sommelier d'une maison dont je suis le médecin me consulta en avril dernier pour un gonflement de la langue. La tumeur était cachée dans la substance de l'organe, un peu d'un côté de la ligne médiane. Elle existait depuis quelques semaines, gênait considérablement la mastication et la déglutition, était très-douloureuse, et quand je la palpai, elle était environ de la grosseur d'une bille et aussi dure. Dans le premier moment, désirant éviter l'opération de la grenouillette je lui conseillai de couvrir son pouce et son index de fort poivre de Cayenne, avec lesquels il comprimerait ensuite fortement la tumeur aussi longtemps que possible. Peut-être cette vieille maxime, que j'ai lue quelque part, se pré-

sentait-elle à mon esprit : « *Est melior medicina manūs quam quod medicus dat.* »

La conséquence immédiate de ce moyen fut un écoulement salivaire très-abondant, qui s'éleva en l'espace de trois ou quatre heures à la valeur de deux grandes tasses pleines.

Trois jours après, la tumeur avait entièrement disparu et depuis il n'y en a pas eu le moindre vestige.

(N° de novembre 1858.)

Emploi de l'huile dans la colique des peintres;
par JOHN J. BIGSBY, M.-D. à Newark-sur-Trent.

Le cas suivant de colique des peintres s'est présenté dans ma clientèle en octobre 1858.

Le sujet avait 19 ans; il était fort et était apprenti chez un peintre; c'était sa seconde attaque; il avait eu la première un an auparavant, à Nottingham, et avait été soigné alors par plusieurs hommes de l'art, à cause de la force et de l'obstination de la maladie.

Les circonstances les plus importantes dans ce cas, furent d'abord les moyens apparents de guérison, la douleur aiguë et pesante tout le long des vertèbres dorsales, les tranchées violentes, la couleur cendrée, sale de toute la surface du corps, la peau étant blanche dans l'état de santé, la consistance du sang, sa couleur d'un brun de goudron, et le pouls petit et lent (36 pulsations par minute).

Je ne fatiguerai pas le lecteur du détail fastidieux de tous les symptômes, puisque ce furent les mêmes que l'on remarque toujours dans la colique des peintres.

De grandes quantités de calomel, de l'opium solide, du laudanum, de l'huile de castor, plusieurs clystères gras (le dernier contenait sp. téréb., ʒii) furent administrés dans les vingt-quatre heures qui suivirent ma première visite, mais sans procurer de soulagement sensible. Un peu de bien fut produit par l'application d'un sinapisme sur tout l'abdomen. Il sortit très-peu de sang.

Alors, je demandai à mon malade ce qui l'avait soulagé dans l'occasion précédente. Il me répondit que c'était une bonne quantité de graisse d'oie et de levain de bière. Ce remède avait provoqué une évacuation quand tous les autres avaient échoué. Aussitôt je lui prescrivis de prendre environ quatre onces de cette mixture en égales proportions. Le résultat fut une selle très-dure et un peu moins de colique. Le lendemain, le malade en prit une autre dose avec un égal succès. Il s'est rétabli peu à peu. Il était malade depuis quinze jours quand il me consulta.

Une salivation modérée s'était établie quarante-huit heures après la première dose de calomel et d'opium; mais comme avant cela un peu de soulagement avait été obtenu, et que selon toutes les probabilités, ces remèdes n'avaient été d'aucun secours dans la première attaque, j'attribue la guérison uniquement au levain et à la graisse fondue.

Je conclus de ce cas que l'huile de ricin ou l'huile

d'olive par la bouche ou le rectum ou par ces deux voies à la fois devrait être administrée en plus grande quantité et principalement dans le traitement de cette terrible maladie, quoiqu'elle ne soit pas souvent mortelle. On me dit qu'à Sheffield on fait un grand usage des huiles dans ce cas; ce qu'il y a de certain, c'est que dans les livres on n'en dit pas grand-chose.

(N° de nov. 1858.)

Cas de hernie mésentérique étranglée; par ROBERT RANKING.

H. P., homme âgé de 66 ans, d'une constitution robuste et ayant une vie régulière, me fit appeler pour la première fois pendant sa malheureuse maladie, le mardi au soir 24 juillet dernier.

Jusqu'à cette époque, sa santé avait été si bonne qu'il n'avait jamais eu besoin de recourir aux hommes de l'art, si ce n'est dans une attaque d'entérite, neuf années auparavant.

Il aimait les travaux manuels et passait la plus grande partie de la journée dans son jardin. La veille, il s'était surtout occupé à transporter de la terre d'un endroit à un autre dans un panier ordinaire, et, selon son habitude, il avait quitté l'ouvrage à une heure, afin d'aller s'habiller pour le dîner; mais auparavant il but un verre de bière, qui pour nous servir de ses propres expressions, fermenta dans son estomac et fut bientôt rejetée. Cependant il ne laissa pas de dîner; mais il ne put rien garder dans son estomac. C'est alors que, pour la première fois, il se plaignit de quelque douleur dans les intestins, ce qui ne l'empêcha pas pourtant de retourner à son travail. Cette fois, le travail parut le fatiguer, et, rentré dans la maison, il eut un nouvel accès de douleur et des vomissements. La douleur s'apaisa dans la soirée; quand il se mit au lit elle avait presque cessé. Je le vis à 11 heures du soir et le trouvai couché. Il exprima le regret que je me fusse dérangé, car il se trouvait beaucoup mieux, disait-il. Il ne se plaignit d'aucune douleur; sa physionomie était naturelle; son pouls était tranquille et régulier. Il n'avait point rendu de fèces ce jour-là; mais il avait eu deux selles la veille et elles étaient ordinairement très-régulières.

Jugeant que ces symptômes provenaient de la présence de quelque substance irritante dans les intestins, je lui donnai deux pilules d'opium et de calomel et une potion noire ordinaire à prendre le matin.

Je retournai chez lui le lendemain matin. Il avait déjà déjeuné et il me dit se sentir aussi bien que jamais. La médecine n'avait pas opéré; mais il ne doutait pas qu'elle ne fit bientôt son effet. Il causa de diverses choses, me fit faire le tour de son jardin et me pria de ne plus revenir avant qu'on ne me fit appeler. Je ne le vis plus jusqu'au jeudi, 26, vers 2 h. de l'après-midi qu'on vint en toute hâte m'avertir que des vomissements accompagnés de hoquet le fatiguaient de nouveau. Je le trouvai en effet vomissant; le hoquet était incessant; l'abdomen était gonflé, mais sans douleur, alors même qu'on exerçait une

pression; langue blanche; pouls 66 pulsations par minute, faible et mou; physionomie gaie. Il n'avait point rendu de fèces depuis la première attaque de la maladie.

Comme celle-ci prenait un aspect sérieux, mon examen fut minutieux; je cherchai l'explication de tous ces symptômes. Je ne pus découvrir aucune hernie.

Je fis de suite une injection abondante de gruau avec huile de ricin et sp. térébenth. qui fut rendue presque aussitôt. Je fis ensuite faire des fomentations sur l'abdomen et le fis couvrir d'un cataplasme de moutarde; j'ordonnai du calomel et de l'huile de ricin.

Je revis mon malade dans la soirée et le trouvai à peu près dans le même état. Pas de selles; l'abdomen gonflé; aucune douleur à la pression; pouls régulier, mou et faible; vomissements et hoquet très-forts. On continua les mêmes moyens en y ajoutant des doses d'un gros de tartrate de soude en effervescence toutes les deux heures.

Vendredi. — Un peu d'abattement provenant des vomissements; sous tous les autres rapports, même état. Je pressai de nouveau tout l'abdomen avec soin sans causer la moindre douleur. On répéta les injections; mais jamais il ne fut possible de les faire en entier; elles étaient rendues aussitôt et après qu'une certaine quantité avait été passée. La nuit arriva sans offrir le moindre soulagement. Je me rendis de nouveau chez mon malade le samedi 28 de bonne heure, et trouvai tous les symptômes fortement aggravés; les vomissements étaient alors, à n'en pas douter, stercoraux; le hoquet était des plus douloureux; le corps était froid et moite, d'une transpiration gluante; le pouls était faible. Cependant le malade ne ressentait aucune douleur. Je le fis mettre dans un bain chaud et lui fis prendre de petites doses d'huile de ricin, sp. térébenth. et tinct. opii toutes les trois heures. Il était gai et avait foi dans sa guérison; mais bientôt il s'affaissa et à 2 heures de l'après-midi il mourut.

Autopsie. — L'examen du corps fut fait 42 heures après la mort. La décomposition était déjà très-avancée, surtout dans les régions abdominales. La tête ne fut pas examinée.

Thorax. — Vieilles adhésions à la partie postérieure du poumon gauche. Côté droit, parfaitement libre. Les poumons étaient très-sains. Point de fluide dans le péricarde. Cœur dilaté dans toutes ses cavités, très-mou et fort décomposé. Quelques points osseux dans la crosse de l'aorte.

Abdomen. — Foie sain; air infiltré en dessous de sa tunique péritonéale. Vésicule du fiel très-distendue par de la bile noire et visqueuse. Estomac d'un volume naturel; tous ses tissus amollis. Intestin grêle, très-distendu; ses parois amollies et d'un brun foncé; ses vaisseaux très-injectés. Une demi-pinte environ de sérum trouble dans le sac péritonéal. Le mésentère était si mou qu'il suffit de soulever l'intestin pour le rompre. Il est possible que cela dépendait en grande partie de l'état avancé de décomposition. Jusque-là nous n'avions pas encore trouvé de causes suffisantes aux symptômes; mais en suivant le cours de l'intestin, nous trouvâmes au tiers inférieur de l'iléum un étranglement complet. Je dé-

tachai la partie étranglée afin de l'étudier plus minutieusement.

Je reconnus que le mésentère avait été séparé de son attache à la surface inférieure de l'intestin sur une longueur d'un pouce et demi. Le trou ainsi formé, fut plus tard diminué, parce que l'intestin, en faisant un tour sur lui-même, donna au trou la forme d'un 8. Un nœud d'intestin de 6 pouces de longueur, avait passé par ces trous plus petits et y avait été étranglé entièrement. Il y avait donc deux points distincts d'étranglement; l'un formé par le tour de l'intestin sur lui-même, l'autre, par le passage du nœud dans le trou. Les deux étranglements étaient si complets, que ce n'est qu'avec la plus grande difficulté qu'on pouvait y faire traverser de l'air. Les lèvres de cette lacération étaient unies et ne présentaient aucune trace d'épanchement de sang. L'intestin, en dessous de ce nœud, était étroitement contracté et vide.

Les autres viscères abdominaux étaient sains.

Les symptômes de ce cas dépendaient évidemment d'une obstruction complète du tube intestinal. J'avais naturellement mis toute mon attention à rechercher une hernie. N'ayant pu parvenir, malgré l'examen le plus minutieux, à découvrir le moindre déplacement, je dus regarder l'intussusception comme la cause la plus probable des symptômes. Je l'avoue, la réalité ne se présenta pas un moment à mon esprit comme possible seulement. Je ne me rappelle pas qu'une semblable espèce d'obstruction ait jamais été décrite. Ce qui s'en rapproche le plus, est la hernie mésentérique causée par la séparation d'une lame du mésentère. Un ou deux cas de cette espèce, sont, je crois, mentionnés par Sir A. Cooper.

Une particularité remarquable de ce cas, fut l'absence totale de toute douleur avec tous les symptômes ordinaires d'inflammation des intestins que fit découvrir l'examen du cadavre. La mortification ne s'en était pas suivie dans aucune partie de l'intestin; la plus grande partie était ramollie et très-injectée. Si la mort eut lieu avant la mortification, c'est sans doute parce que le cœur était dans un grand état de faiblesse et si mou qu'on pouvait le perforer avec le doigt.

Il est évident qu'aucun traitement n'aurait pu réussir, quand même la véritable cause du mal eut été connue. Cependant, je considère ce cas comme instructif, en ce qu'il étend le diagnostic de l'obstruction des intestins.

(N° de nov. 1858.)

Cas de maladie maligne occupant la moitié de la langue, traitée par la ligature appliquée en dessous de la mâchoire; par JACQUES ARNOLD, chirurgien à l'hôpital de Middlesex.

Une jeune femme, âgée de 13 ans, avait une tumeur de la grosseur d'un œuf occupant la moitié droite de la langue et empiétant sur la base sous l'arcade du palais. La tumeur était ferme et solide, d'un rouge pourpre, ressemblant à une verrue dans quelques parties de sa surface, ayant une surface vésiculaire dans d'autres. Pendant neuf ans, une petite tumeur

bleue avait existé sur cette partie de la langue et était demeurée stationnaire; mais depuis trois mois elle s'était étendue et avait enfin pris un caractère alarmant. Plusieurs applications externes et des remèdes internes ont été inutilement essayés. La masse morbide ne pouvait être retenue par une ligature passée, comme on le fait ordinairement, dans la bouche. On fit une incision dans la ligne médiane du col immédiatement au-dessus de l'os hyoïde; on courba une double ligature à travers la base de la langue dans le pharynx; l'une pour cerner la moitié droite de la partie postérieure de la tumeur, l'autre disposée longitudinalement de manière à la circonscrire latéralement; et les quatre bouts des deux ligatures sortant par la blessure faite au cou furent alors attachés aussi fort que possible. La strangulation parut effectuée; une partie de la tumeur commença à se séparer; mais au bout de cinq jours on s'aperçut que l'eschare se bornait à la surface et que le corps de la tumeur vivait encore. On passa alors un nœud de fil d'archal dans la bouche, sur la moitié morbide de la langue, dans la ligne profonde qui la séparait longitudinalement et postérieurement des parties saines, et ce nœud ayant été serré sous le premier, toute l'alimentation vasculaire coupée par en bas et la partie fut par ce moyen complètement étranglée.

Aucun symptôme dangereux n'accompagna cette opération. La surface ulcérée résultant de la séparation de la masse morbide se cicatrisa lentement. Cinq mois se sont passés depuis l'opération et aucune apparence du mal ne s'est plus fait remarquer. La déglutition de la malade est parfaite. Elle parle très-intelligiblement, seulement sa prononciation est un peu sifflante.

L'auteur cite une opération semblable pour un cancer de la langue faite par M. Jules Cloquet, qui fut mortelle, et une autre par M. Mirault, dont les ligatures ayant été appliquées seulement en travers de la base de l'organe n'eurent pas pour effet de produire l'eschare de la partie morbide; mais il résulta tant de bien de la diminution de l'alimentation du sang que l'apparence de la maladie cessa et que le malade conserva la langue.

Cas de maladie spasmodique accompagnant les affections du péricarde; par RICHARD BRIGHT.

Le but de l'auteur est de prouver par des cas originaux, certaines complications importantes et rares de maladie cardiaque, c'est-à-dire différentes formes d'irritation nerveuse qui surviennent dans la péricardite. Les principaux faits cités par l'auteur se réduisent à l'historique et aux apparences après la mort de trois cas remarquables, dont chacun présentait des symptômes nerveux particuliers par lesquels il croit devoir en grande partie expliquer la mort. Dans tous ces cas, les symptômes nerveux étaient spasmodiques; c'était, dans l'un, des symptômes de chorée; dans un autre, des symptômes

de trismus et d'épilepsie, et dans un troisième des symptômes d'hystérie.

Le premier cas est celui d'un jeune homme de 17 ans, souffrant d'un rhumatisme articulaire dans lequel, après quelque mieux apparent, survinrent des symptômes spasmodiques particuliers qui ressemblaient en tous points, excepté dans leur violence extrême, aux spasmes de la chorée. Ces symptômes furent suivis, après quelques jours de mieux apparent, de convulsions générales que vint aggraver un délire qui nécessita la camisole de force, et le jeune homme mourut environ seize jours après le début des symptômes spasmodiques.

Les apparences après la mort furent exclusivement celles d'une maladie de cœur, dont quelques-unes aux environs des valvules du côté gauche que l'on eût pu rapporter jusqu'à un certain point à une endocardite.

Le second cas est celui d'un homme qui, après avoir été exposé au froid, eut un rhumatisme articulaire avec des symptômes indiquant une inflammation du diaphragme, et peut-être aussi du péricarde. Vers le septième jour, ces symptômes s'aggravèrent de difficulté à se tenir couché, à respirer et à avaler. Le neuvième jour, la dysphagie devint du trismus et fut accompagnée de quelque épisthotonos. Il y avait aussi quelques indications de pleuro-pneumonie dans le poumon gauche. Les convulsions épileptiques survinrent bientôt, et le malade succomba.

Les apparences après la mort étaient surtout pleurétiques des deux côtés, avec traces de forte inflammation du péricarde sur le trajet du nerf phrénique. Lymphes sur le diaphragme et épanchement pleurétique circonscrit à l'angle inférieur de la poitrine du côté gauche.

Après avoir rapporté les particularités de ces deux cas, l'auteur fait quelques observations et quelques commentaires en faisant surtout ressortir la déplorable influence du trismus, comme devant avoir empêché, dans le second cas, d'administrer les remèdes, et la forte inflammation du péricarde sur le trajet du nerf phrénique comme expliquant les symptômes nerveux. Il s'étend aussi sur le bienfait du mercure avec antimoine et opium dans le traitement de cas semblables, et jette un coup d'œil retrospectif sur l'histoire littéraire de ce sujet, afin de mieux démontrer le peu d'attention qu'on a donné au fait de la connexion occasionnelle des symptômes spasmodiques avec les maladies cardiaques aiguës. Dans ses commentaires, l'auteur donne le sommaire historique de cinq ou six autres cas dans lesquels il a observé la chorée, se rattachant à l'inflammation du péricarde, et dans lesquels la guérison fut toujours opérée au moyen des remèdes que l'on emploie contre la péricardite.

L'auteur a ensuite rapporté le troisième cas d'hystérie liée à une péricardite rendue authentique par les lésions constatées à l'examen du cadavre. Il s'agit d'une jeune femme née de père et mère phthisiques, qui souffrait d'une maladie glandulaire diffuse sans présenter les symptômes d'une consommation décidée. A la fin, dans des paroxysmes, elle fut atteinte de dyspnée accompagnée de tremblements, et, selon toute apparence, d'une action convulsive du diaphragme

TOME III. 5° s.

qui menaçait d'une mort subite et ressemblait à une forme aggravée de convulsions hystériques. En même temps on observa des symptômes de tubercules dans les intestins et d'une autre maladie abdominale. Cette jeune femme mourut après six semaines de maladie.

Voici les lésions morbides: le cœur et le péricarde étaient fermement adhérents en une seule masse au sternum. Le cœur même et son enveloppe étaient collés ensemble par une matière jaune d'un quart de pouce d'épaisseur. Du côté droit, le nerf phrénique était enveloppé dans le tissu morbide. Les glandes lymphatiques étaient généralement morbides; elles contenaient des dépôts jaunes, ainsi qu'une partie de la surface du poumon droit.

L'auteur appuie ce cas de quelques observations dans le but de démontrer que les symptômes alarmants provenaient sans doute de la maladie du cœur et du péricarde, et il termine en disant que depuis il a vu un autre cas ayant en apparence les mêmes conditions pathologiques qu'il s'abstient cependant de décrire parce qu'il n'a pu faire l'examen du cadavre.

(N° de novembre 1858.)

THE LANCET.

De la cause immédiate de la mort des noyés et du traitement de l'asphyxie; par MALCOLM W. HILLES, chirurgien à Westminster.

La cause immédiate de la mort des noyés ou de la mort par immersion sous l'eau n'est pas généralement connue, et est par conséquent très-souvent mal comprise; je regrette d'être obligé d'ajouter que le traitement généralement adopté dans de pareils cas est tout à fait mauvais.

Un grand nombre de personnes supposent que ce qui cause la mort c'est que l'eau entre dans la trachée, et que chassant tout l'air atmosphérique en remplissant les cellules de l'air dans les poumons elle produit la suffocation. Cependant, bien loin qu'il en soit ainsi on trouve toujours à l'examen du cadavre qu'il n'est pas même entré une goutte d'eau dans la trachée. Comment donc la suffocation est-elle produite? Tout simplement comme nous allons le dire: Aussitôt que l'individu est sous la surface de l'eau, il fait un effort (souvent involontaire) pour respirer; il attire ainsi l'eau dans le larynx; mais la première goutte qui touche aux cordes vocales jette les muscles constricteurs du larynx dans des contractions spasmodiques. Aussitôt la fente de la glotte se ferme et se tient fermée jusqu'à ce que tout effort pour respirer ait cessé, et même quelques heures après que tout effort a cessé. C'est donc là la première fonction suspendue; mais la circulation cesse aussi bientôt et la mort ne tarde pas à la suivre.

J'ai eu l'occasion de vérifier que tel est l'état de

10