

En outre, nous avons deux manières opposées d'expérimenter, moyennant lesquelles on détruit jusqu'au moindre doute qu'une semblable rougeur puisse provenir de l'inflammation. Les expériences de Rasori prouvent évidemment qu'il est en notre pouvoir d'enlever cette teinte plus ou moins écarlate, à l'aide de l'aspersion ou de la macération dans de l'eau chaude. Les autres expériences de Laënnec et de Dutrochet, que nous avons citées ailleurs, font connaître le moyen de communiquer à un morceau d'aorte, qui est blanche, la teinte rosée vive dont il s'agit; ce qui s'obtient en introduisant du sang récemment extrait dans le morceau même de l'aorte, et plaçant ensuite ce dernier dans l'estomac du cadavre d'où on l'a tiré. Après l'y avoir laissé pendant 24 heures pour le soumettre aux mêmes conditions de putréfaction commençante, on le trouve tout à fait rouge vermeil, de blanc qu'il était auparavant, et il ne redevient tel que moyennant une lente macération dans l'eau.

Mais si une semblable rougeur n'est pas, et ne peut être l'œuvre de capillaires, qui ne rampent point dans la tunique interne des vaisseaux, à quelle cause devra-t-on l'attribuer? Et pourquoi rencontre-t-on plus fréquemment ce phénomène à l'intérieur de l'aorte?

Ce sont là des questions que Rasori nous semble avoir parfaitement résolues dans le chapitre XIX du livre second de son ouvrage sur la phlogose.

Le procédé inflammatoire est une chose de fait telle qu'on ne peut en supposer l'existence là où l'expérience ne nous en montre les preuves les plus patentes. Le développement du lacin vasculaire veineux, turgide, dilaté, ostensible, permanent, en conséquence de l'activité artérielle augmentée, est un fait susceptible de la plus rigoureuse démonstration. L'effort de toute hypothèse et de toute conjecture est impuissant pour le créer là où il n'est pas, et là où il ne peut exister; l'œil est ici le juge, et la main de l'anatomiste le met en évidence. A cela voudront bien, j'espère, faire attention les observateurs diligents, sincères et consciencieux qui y ajouteront le poids de nouveaux faits et d'expériences ultérieures, et en feront un trésor impérissable pour l'honneur et pour l'utilité de l'art et à la gloire de l'Italie. Et alors disparaîtront, sans doute, des scènes médicales, deux erreurs repoussantes, introduites dans ces dernières années, et qui versent le vitupère sur notre science. De ces deux erreurs, l'une est qu'il puisse exister, chez l'homme vivant, des inflammations réelles et indubitables qui ensuite s'évanouissent après la mort, sans laisser la moindre trace ou

aucun produit de leur existence; et l'autre qu'une simple rougeur de la membrane interne des vaisseaux qui se dissipe à notre gré, ou qui se communique quand nous voulons, doive exprimer un résultat constant d'inflammation qui n'a pas existé, et qui ne peut avoir lieu. De la première, nous avons fait connaître ailleurs l'origine, les causes et les applications subtiles et spécieuses que plusieurs en font aux cas particuliers pour colorer le diagnostic erroné de la maladie, et pallier, par des sophismes et des prétextes, la méprise fatale commise. De la seconde, nous avons allégué les raisons évidentes et les expériences qui en démontrent l'absurdité.

Voilà tout ce que nous avions à dire sur ce sujet; car, comme nous l'enseigne Rasori, moyennant la prétendue disparition de l'inflammation, on en est venu à affirmer ce qui n'a pas eu lieu dans la maladie, et à nier ce que le cadavre démontre indubitablement. A l'aide de la coloration rouge de la superficie interne de l'aorte, on transforme l'apparence en une réalité dont les éléments sont introuvables. Ces affirmations bien pesées, se résolvent en absurdités.

Maintenant, quelle en peut être la source cachée? Nous répondrons, avec Rasori: ce n'est pas la difficulté ou l'obscurité de l'objet; ce n'est pas l'impossibilité de se procurer des faits clairs et évidents; ce n'est pas quelque déviation pardonnable d'un intellect créateur d'hypothèses assez mesquines ou peu ingénieuses; mais seulement un besoin, ou un besoin de l'homme de l'art pour justifier ses opérations, à défaut d'autres raisons, quand ce ne serait qu'au moyen de paroles et de raisonnements susceptibles d'être accueillis par le vulgaire, parce qu'il est incapable de les comprendre.

Quoi qu'il en soit, je ne voudrais pas qu'on me prit tout à fait pour un incrédule relativement à l'existence de l'angioïte; car celle-ci existe, mais seulement où elle peut exister, et non toutes les fois qu'on la croit ou qu'on la suppose existante (1).

(1) *Ni vorrei che mi si pensasse incredulo affatto intorno all' esistenza dell' angioite; chè questa esiste, ma dove soltanto può esistere, e non tutte le volte, che esiste si crede, o si suppone.*

Dottor F. FRÆSCI. Se la così appellata da alcuni *Reazione vitale* costituisca un' ipotesi, oppure un fatto. Considerazioni patologico-pratiche indirizzate a GIOVANNI RASORI; capo quarto § IV. — Annali di medicina d'Omolei; vol. LXXXI. Milano, 1837.

AMERICAN JOURNAL

MEDICAL SCIENCES.

Amputation de la cuisse dans l'articulation coxo-fémorale. — Hémorrhagie secondaire. — Mort au bout de quarante-huit jours. — Autopsie; par le docteur BRAINARD.

En janvier 1837, je fus appelé auprès de Michel Donnahue, âgé de 15 ans, terrassier, qui était atteint d'une tumeur volumineuse à la cuisse.

Voici l'histoire de sa maladie, tel qu'il me le donna. Neuf mois auparavant, il avait eu le fémur gauche fracturé à environ six pouces de son extrémité inférieure, par l'éboulement de terres au-dessous desquelles il travaillait. Il n'était pas bien remis de cette fracture, lorsqu'il fit à pied un voyage d'environ 250 milles. Quelque temps après, il remarqua au côté externe de la cuisse une tumeur qui semblait s'élever de l'endroit où la fracture avait eu lieu. Cette tumeur s'accrut rapidement, enveloppa bientôt toute la circonférence du membre et du fémur dans presque toute sa longueur. Lorsque je le vis pour la première fois, la tumeur s'étendait jusqu'à l'articulation du genou, à plus de trois pouces du grand trochanter du côté externe, et à trois doigts de l'ischio-sous-trochantérien derrière, mesurant dans sa plus grande partie trente-deux pouces de circonférence. Comme on avait employé, sans retard, tous les moyens propres à arrêter les progrès du mal, et qu'aucun n'avait réussi, l'amputation semblait seule offrir quelques chances de guérison.

Le 14 janvier, l'opération fut faite ainsi qu'il suit:

L'artère fémorale ayant été comprimée à son passage sur le pubis, par mon ami le docteur Walker, je fis une incision circulaire à travers la peau et les tissus immédiatement sous-jacents d'environ quatre pouces au-dessous du grand trochanter. Les téguments furent relevés et retenus. Je divisai alors les muscles, par une incision semblable, et je sciai l'os précisément à la partie inférieure du petit trochanter. On se rendit maître de l'hémorrhagie, au moyen des ligatures de l'artère fémorale et de la profonde. On détacha de la surface du moignon des morceaux

considérables de cartilages et de tissu cellulaire morbide, et l'on fit la torsion de toutes les petites artères qui saignaient.

En examinant le moignon, on trouva l'os attaqué; sa cavité était remplie d'une matière rougeâtre, gélatineuse et semi-fluide. Le périoste était épaissi et cartilagineux dans quelques parties. Je me mis alors en devoir (comme j'avais l'intention de le faire dans le cas où j'aurais trouvé l'os malade) de détacher l'os à son articulation. Ayant divisé avec le scalpel les muscles iliaques et psoas, et les muscles qui sortent du bassin pour s'attacher vers les racines des deux trochanters, et avec le bistouri les insertions des ligaments capsulaires et glutineux, je pus avec le bistouri diviser le ligament rond et détacher la tête de l'os sans la moindre difficulté. Le cartilage articulaire sur la tête de l'os était plus épais qu'il n'est dans l'état naturel; mais la cavité cotyloïde paraissait saine. L'hémorrhagie ne fut pas forte, excepté celle des vaisseaux superficiels à la première incision. Ces vaisseaux saignèrent un moment en abondance; il fallut sept ligatures.

Le 25, j'ai mis l'appareil au moignon. Les quatre ligaments ressortant à l'angle inférieur se détachèrent. L'écoulement a beaucoup diminué et est de bon pus.

Depuis cette époque jusqu'au 5 février, il ne survint rien qui mérite d'être rapporté; l'appétit était bon, et la digestion se faisait bien ainsi que les autres fonctions.

Le 5, les trois ligatures qui ressortaient à l'angle supérieur se détachèrent. Le malade continua d'aller bien. Il était exempt de toute douleur et de malaise, et pouvait se remuer sans difficulté, car la blessure se cicatrisait, et la suppuration devenait moindre chaque jour.

Le 15 février, on voit une tumeur dure dans la région iliaque gauche; la nuit, le malade est tourmenté par une toux sèche; le pouls donne 110 pulsations par minute; la plaie continue à se cicatriser. Cependant la tumeur dont nous venons de parler croissait rapidement et présentait une surface dure, noueuse et inégale.

Le 17, on remarque que le moignon est légèrement enflé. L'examen fait découvrir de nombreux corps durs sur plusieurs points de la surface. La toux est très-forte, et n'est point soulagée par les anodins.

Le 20, on observe une pulsation extraordinaire vers l'extrémité de l'artère fémorale, qui paraît avoir un caractère anévrysmal.

Application froide et compression à cette partie; observer strictement le repos.

Le 26, la tumeur à laquelle on avait remarqué des pulsations, et qui n'avait fait qu'augmenter en volume, s'est ouverte dans une forte attaque de toux. En arrivant auprès du malade, je le trouvais faible et épuisé par la perte de sang; je proposai de lier l'artère, mais lui et ses amis refusèrent de m'y autoriser; on continua donc d'employer les mêmes moyens.

Du 26 février au 1^{er} mars, le malade déclina rapidement. Sa toux devint plus forte; son pouls plus fréquent. La tumeur dont nous avons parlé s'étendit jusqu'à la symphyse pubienne, et se projeta au-dessus de la crête iliaque. Les projections à la surface du moignon augmentèrent beaucoup.

Le 1^{er} mars, à une heure du matin, le sang recommença à couler, et le malade consentit à ce que je misse une ligature autour de l'artère fémorale. Je la plaçai précisément au-dessous du ligament de Poupert. La pulsation cessa aussitôt. Il ne perdit pas de sang par l'opération, et ne parut pas très-affecté. Cependant il continua de décliner, et le 2, au soir, il mourut, 48 heures après que j'eusse lié l'artère, et 48 jours après l'amputation du membre.

Nécropsie. — En sciant le fémur et la masse morbide longitudinalement, on vit que le fémur était enveloppé dans toute sa circonférence et depuis les condyles jusque près du petit trochanter; des deux côtés de la fracture aussi sa cavité était remplie d'une matière cartilagineuse semi-ossifiée. La plus grande partie de la tumeur sortait directement de la place de la fracture; elle se composait de couches alterna-

tives de matières cartilagineuse et calcaire, disposées en forme de rayon. D'autres portions, entièrement cartilagineuses, sortaient du périoste en dessus et en dessous. On trouva dans la cuisse et au-dessus de la tumeur, de nombreux morceaux distincts, de la grosseur d'un pois à celle d'une noisette, qui se réunissaient à la masse primitive par le tissu cellulaire.

En ouvrant le moignon, on vit une voie étroite qui conduisait directement à la cavité cotyloïde; la surface en était calleuse comme celle d'une ancienne fistule. La cavité cotyloïde était saine. Le cartilage n'était pas affecté, et sa cavité était remplie de granulations. Les extrémités des muscles divisés s'étaient recouverts de cartilages, et de petites pointes cartilagineuses se trouvaient entre les muscles. Précisément à l'extrémité de l'artère fémorale était un sac assez grand pour contenir 4 onces de liquide, et qui s'était ouvert à sa partie inférieure. Au-dessus de ce sac et près de l'artère, on trouva la ligature; les parois internes de l'artère avaient été divisées par cette ligature.

Dans l'abdomen on trouva une grande masse osseuse et cartilagineuse remplissant la fosse iliaque gauche, s'étendant en bas jusque dans la cavité du bassin, et en haut jusque près des reins. L'artère iliaque externe le traversait.

On trouva les deux plevres parsemées d'esquilles et de fragments de cartilages, de la grosseur d'un pois jusqu'à celle d'une amande.

(N^o d'août 1838.)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

Séance du 22 janvier 1839.

Tournis chez l'homme.

L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion sur le rapport de M. Bouillaud.

M. CASTEL : Dans la dernière séance, j'avais avancé d'après Morgagni que plusieurs maladies cérébrales ont de la connexité entre elles et que le système des localisations encéphaliques se trouve en défaut tant en pathologie qu'en physiologie. M. le rapporteur m'a accusé de confondre l'épilepsie avec l'apoplexie; cette accusation n'est point fondée, car je n'ai pas dit cela; peut-être me suis-je mal exprimé. J'ai dit seulement que le vertige chez l'homme était l'équivalent du tournis chez les animaux, et que sa terminaison ordinaire était l'apoplexie. Je maintiens encore aujourd'hui cette manière de voir, et j'ajoute que souvent le vertige se convertit en convulsions avant d'arriver à la terminaison que je viens d'indiquer.

Un autre point sur lequel je tiens à répondre est relatif à la valeur des vivisections en physiologie. Je partage jusqu'à un certain point l'opinion de M. Gerdy à cet égard; je pense comme lui que ces sortes d'expériences conduisent souvent à des résultats illusoire ou fautifs; mais je ne saurais m'empêcher de leur accorder une certaine valeur lorsqu'elles sont bien faites et bien comprises. Je dis bien comprises, car c'est là ce qui rend leurs résultats fort souvent précises, ainsi que vous en avez un exemple dans celles de Bichat et de Legallois. Haller lui-même s'en est laissé imposer dans ses expériences sur la sensibilité. La plupart des expérimentateurs ont confondu les différents attributs du système nerveux, la sensibilité naturelle avec l'action des différents moyens stimulants qu'ils ont mis en usage; de là des conclusions sans fondement. D'un autre côté, il n'est pas exact de conclure des animaux à l'homme, car leur organisation n'est pas la même. Le cerveau des animaux est moins volumineux que celui de l'homme; l'origine des nerfs est plus près de la surface de l'encéphale chez les premiers que chez le dernier: en conséquence si vous en coupez une ou plusieurs couches vous ne pouvez pas dire que l'effet en sera le même chez l'homme. D'un autre côté, personne n'ignore que chez les animaux supérieurs toute la vie est concentrée dans l'encéphale, tandis que dans les inférieurs elle l'est dans les ganglions: la sensibilité par conséquent

est fort variable à mesure qu'on passe de l'homme aux animaux.

M. GERDY : J'ai soutenu dans la dernière séance que les vivisections n'ont donné en physiologie que des résultats contradictoires ou d'une nature différente de ceux qu'on chercherait; elles n'ont en rien éclairci l'histoire de l'intelligence ou des fonctions du cerveau. J'en dirai autant de celles qui ont pour but les fonctions de la moelle épinière. On sait par exemple aujourd'hui que les résultats annoncés par C. Bell, soutenus par MM. Magendie et Bellingieri, sont tout à fait faux, et que les travaux de ces expérimentateurs à l'égard des nerfs de l'épine constituent plutôt la poésie de la science que la véritable connaissance des fonctions des nerfs en question. C'était sans doute à cela que M. Bouillaud a voulu faire allusion par sa phrase d'admirables progrès des modernes. Il me sera pourtant facile de prouver que ces progrès ne sont ni admirables ni réels; je n'ai qu'à lire quelques pages de ma physiologie où tout cela se trouve apprécié à sa juste valeur. (M. Gerdy tire un gros rouleau de papiers imprimés de sa poche.) — Plusieurs voix : c'est inutile de lire, citez seulement les faits.

M. GERDY : Eh bien! je citerai les faits pour ne pas abuser des moments de l'Académie. Ces faits sont assez nombreux: ils se rapportent, les uns à des ramollissements des bandelettes antérieures ou postérieures de la moelle, les autres à des divisions complètes de cet organe. Dans les premiers faits, on voit des sujets privés du sentiment, conservant tous leurs mouvements, malgré que le mal eût pour siège la partie antérieure de la moelle; ou bien, privés de leurs mouvements et conservant leur sensibilité, malgré que l'altération siègeât à la partie postérieure. Ces faits démontrent donc précisément le contraire des assertions de MM. C. Bell, Magendie et Bellingieri. Dans les autres, on voit la moelle complètement divisée, sans que les parties sous-jacentes aient perdu leur sensibilité ni leur motilité naturelles. Quelque incompréhensibles que ces observations puissent paraître, elles n'existent pas moins.

Ainsi, vous le voyez, la méthode expérimentale, ou des vivisections, ne conduit à aucun résultat sur la constance duquel on puisse compter. Il n'en est pas de même de la méthode d'observation, je veux dire basée sur les faits pathologiques; c'est celle qui a été suivie dès la plus haute antiquité et à qui on doit la physiologie tout entière. Je ne veux pas dire par là que la méthode des vivisections appartient aux modernes, car les anciens l'avaient également mise en usage. Personne n'ignore, par exemple, que Galien a fait une foule d'expériences sur le système artériel, sur les nerfs, entre autres sur les