

Le doigt introduit dans le rectum trouve son diamètre tellement rétréci, à un pouce et demi ou deux pouces, que la phalange onguale ne peut pénétrer au-dessus; on sent au niveau une cloison qui occupe tout le pourtour de la circonférence intestinale, cloison percée à son centre d'une très-petite ouverture; ses bords sont lisses, unis, durs, revêtus par la muqueuse, qui ne paraît avoir subi aucune altération. La partie inférieure du rectum a très-exactement la forme d'un entonnoir, dont l'extrémité serait dirigée en haut et aboutirait au point rétréci: on ne trouve à l'intérieur aucune ouverture fistuleuse, et celle qui est placée à la marge de l'anus ne communique pas avec sa cavité. Je dois dire que la tuméfaction et la suppuration de la cuisse augmentent à chaque époque menstruelle, car cette femme est encore régulièrement réglée.

Pour tout traitement de cette affection, elle a commencé à mettre il y a deux mois des mèches graduées dans le rectum, afin de dilater la petite ouverture qui existe au centre de la bride, et depuis qu'elle en fait usage, elle assure qu'elle s'en trouve bien, et qu'elle en introduit maintenant dont le diamètre est plus considérable que celles qu'elle mettait en commençant.

Comme les parois intestinales sont lisses et polies, que les lavements sont facilement administrés, et qu'on peut toujours arriver sûrement au centre de l'ouverture; de plus, comme elle est encore sous l'influence d'une affection syphilitique constitutionnelle, et qu'on peut regarder le point rétréci comme étant de même nature, on prescrit à cette malade le traitement antisyphilitique de Dupuytren, et on introduit dans l'anus une mèche enduite avec un mélange de

Cérot.	1 once.
Onguent napolitain.	1 once.
Extrait de belladone.	2 gros.

Elle supporta très-bien ce traitement jusqu'au 26 juin, où elle éprouva quelques vertiges, des éblouissements, de la céphalalgie; les pupilles devinrent très-dilatées; à cette époque aussi, les indurations avaient beaucoup diminué, et on pouvait facilement introduire au delà du point rétréci une mèche de la grosseur du doigt indicateur; seulement sa présence causait quelque douleur, en tenant trop fortement dilatés les sphincters de l'anus.

On suspendit l'usage des mèches pendant quelques jours pour laisser dissiper les légers symptômes de narcotisme causé par la belladone, et, le 1^{er} juillet, on put reprendre le même traitement, avec la modification suivante: on fit les mèches beaucoup plus épaisses à leur extrémité supérieure, qui devait pénétrer dans le rétrécissement. On embrassait leur sommet par un fil, qui pût les extraire avec le peu de charpie qui sortait en dehors. En un mot, elles étaient effilées, coniques, et le sommet du cône correspondait à l'ouverture anale, qui ne dilatait plus outre mesure; de cette sorte les mèches furent facilement supportées, et on put successivement graduer leur volume. Cette femme resta dans le service jusqu'au 26 du mois d'août, et, à cette époque, les trajets fistuleux étaient cicatrisés; la tuméfaction de la

cuisse n'existait plus; son sommeil n'était plus troublé par les douleurs ostéocopes nocturnes; le diamètre intestinal était revenu à son état ordinaire, et elle pouvait avec facilité, sans douleur et sans faire des efforts violents, aller à la garde-robe.

M. Bérard a revu cette femme cinq mois après sa sortie de l'hôpital, et elle se trouvait tout aussi bien que le jour où elle l'a quitté.

Cautérisation.

On a voulu, comme on l'a fait sur l'urèthre, pratiquer avec le nitrate d'argent la cautérisation des points rétrécis du rectum. Nous croyons que, jusque-là, cette pratique a été rarement mise en usage, et qu'on en a obtenu des résultats peu avantageux. Nous nous abstenons d'y insister plus longuement et de la juger jusqu'à ce qu'un plus grand nombre de faits soient venus faire connaître ses avantages ou ses inconvénients.

Dilatation.

De tous les moyens proposés pour obtenir une guérison durable des rétrécissements du rectum, la dilatation est celle qui a compté le plus de partisans et le plus de succès; son efficacité est généralement reconnue; mais il ne règne pas le même accord parmi les chirurgiens sur la manière dont elle doit être mise en usage, ni sur les divers agents susceptibles de la produire.

Ainsi, les uns veulent dilater brusquement; d'autres, au contraire, veulent parvenir à ce but lentement et en ménageant les parties malades. Tantôt on s'est servi de corps durs, rigides ou flexibles, tantôt on a mis en usage des parties assez molles pour se prêter en partie aux contractions intestinales et se mouler sur le lieu malade. Examinons successivement ces divers procédés et choisissons, autant qu'il nous sera donné de le faire, celui ou ceux qui auront le plus d'avantages et le moins d'inconvénients.

Un nom justement célèbre est attaché à la méthode qui consiste à obtenir une dilatation brusque et forcée. Sir Ast. Cooper préfère cette manière d'agir à celle qui lui est opposée. Cet illustre chirurgien a ses procédés pour opposer aux raisonnements de ses adversaires, et assurément, dans ce cas, la pratique vaut mieux que la théorie. Disons cependant qu'en écartant brusquement les parois intestinales rétrécies, on produit des déchirures dont on ne peut prévoir ni l'étendue ni la profondeur; dans l'incision on sait ce que l'on coupe, et l'on ne coupe que ce que l'on veut; ici tout dépend du hasard, de la force des parois intestinales, etc., et il nous semble que tout doit être fait avec ordre et méthode dans la bonne chirurgie. Si un homme moins célèbre eût proposé ce moyen, peut-être serait-il tombé bien vite dans l'oubli. Attendons qu'il soit fonctionné par une plus longue expérience, car nous avouons que, malgré ses succès et l'habileté de son auteur, nous n'oserions encore aujourd'hui le mettre en pratique; c'est dire que, dans l'état actuel de la science, nous préférons la dilatation lente et graduée.

La méthode de dilatation qui a eu le plus de succès est celle qu'employait Desault au moyen de mèches graduées qu'il portait jusque dans le lieu rétréci. On avait l'avantage, par ce procédé, de mettre en contact avec les parois intestinales un corps élastique, qui se prêtait très-bien aux parties malades et qui les dilatait sans trop les fatiguer; on pouvait graduer à volonté le diamètre de la mèche, et surtout elle offrait l'immense avantage de pouvoir être enduite de corps gras médicamenteux, qui sont un si puissant auxiliaire quand l'affection reconnaît une cause spécifique.

Un des plus grands obstacles à la dilatation, quel que soit le procédé qu'on emploie, est la douleur que cause le corps dilatatant lorsqu'il a déjà acquis un certain volume. En effet, écartant outre mesure les fibres les plus inférieures du releveur de l'anus et surtout celles du sphincter, ces muscles entrent quelquefois dans une espèce de contraction spasmodique; ils se resserrent autour du corps étranger, qui les distend, et causent des souffrances souvent intolérables; il faut alors enlever la cause des douleurs. Avec les mèches de charpie, on peut presque toujours continuer la dilatation en évitant ce grave inconvénient. Il n'est produit, avons-nous dit, que par la distension du sphincter et du releveur; le plus souvent le rétrécissement se trouve au-dessus d'eux, et l'intestin dans ce lieu peut être dilaté sans inconvénient, en donnant à la mèche une forme conique, et lui conservant, dans la longueur qui doit pénétrer dans le point rétréci, le diamètre nécessaire pour obtenir la dilatation, et en faisant très-mince l'extrémité inférieure qui doit ressortir par l'ouverture anale. On peut toujours retirer facilement la mèche en embrassant son extrémité supérieure avec un double fil qui ressort au dehors.

La difficulté de porter la mèche dans le lieu malade n'est pas aussi grande, à beaucoup près, que quelques auteurs intéressés à ne pas la mettre en usage ont bien voulu l'annoncer. Lorsque le mal siège près de l'anus, et ce sont les cas les plus communs, on peut toujours, avec facilité, la faire glisser sur le doigt, et parvenir ainsi jusque dans le lieu rétréci: s'il faut l'introduire au delà du point où l'indicateur ne peut arriver, on y parvient encore en donnant au stylet qui la supporte la courbure de l'intestin qui ne sera nullement refoulé en haut, comme on veut le faire craindre, à moins qu'il ne soit oblitéré dans toute son étendue, et encore le diamètre de la mèche serait en rapport avec celui de la partie malade. Si ce mode de dilatation offre quelques inconvénients, il possède aussi ses avantages, que nous ne retrouverons dans aucun des procédés nombreux qu'on a regardés, dans ces derniers temps, comme bien au-dessus de lui, et qui, en réalité, sont loin de le valoir. Ajoutons, enfin, qu'on peut, au moyen des mèches, porter sur le mal le remède qui lui est approprié; et que, de cette manière, on obtient plus facilement, et dans un espace de temps beaucoup moins long, la résolution des brides, des tubercules, etc., ou la cicatrisation des ulcérations, lorsqu'il en existe; on voit que nous voulons parler ici des rétrécissements syphilitiques, qui sont si nombreux, puisque nous en avons signalé quatorze coïncidant avec cette affection, et qui pouvaient sans doute très-bien la reconnaître pour cause première. On a pu juger avec quelle facilité deux de nos ma-

lades ont pu supporter la présence de ce médicament, en même temps qu'elles faisaient un traitement général; et avec quelle facilité aussi on s'est rendu maître d'une maladie qui menaçait de compromettre l'existence de celles qui la portaient. Cet avantage des mèches est, dans des cas semblables, trop au-dessus de tous les moyens employés jusqu'à ce jour pour que nous croyions nécessaire d'y insister plus longuement.

Un grand nombre de chirurgiens, pour obtenir la dilatation du rectum rétréci, ont fait usage, comme pour le canal de l'urèthre, de bougies, de sondes de gomme élastique, etc. On peut en varier le calibre, et les graduer à volonté; on peut les laisser en place le temps qu'on juge convenable, et même à demeure, si c'est une sonde qui a pu franchir le rétrécissement, en donnant par elle des lavements; les gaz et les matières délayées pouvant par son ouverture être expulsés au dehors. Bien que l'issue des matières stercorales soit assez rare, les yeux de la sonde se trouvant oblitérés par la muqueuse intestinale, elle peut cependant avoir lieu dans quelques circonstances, et alors on comprend tout l'avantage qu'on peut retirer de la présence d'un corps assez solide pour exercer une pression permanente sur des parties indurées. Mais ces sondes ou ces bougies, qu'on doit augmenter de calibre, ayant acquis un certain degré d'épaisseur par l'effet même de l'amélioration qu'elles ont produite, ne peuvent plus être supportées, et causent des douleurs que nous avons signalées plus haut, en parlant des mèches. Comme ces dernières, elles ne peuvent pas être diminuées à leur extrémité inférieure, et l'on se trouve souvent dans la nécessité, soit de suspendre le traitement, soit de ne laisser en place ces corps étrangers qu'un fort court espace de temps.

Au début de certains rétrécissements, les sondes et les bougies conviennent parfaitement bien, surtout lorsqu'elles sont supportées sans douleurs, étant encore d'un très-petit diamètre. Pendant la durée du traitement, on peut encore les mettre en usage de loin en loin, afin d'exercer une compression plus forte, en ayant la précaution d'en cesser l'usage aussitôt qu'elles causent quelques douleurs; on les remplace alors par les mèches, qui continuent graduellement, sans douleurs et sans fatigue, l'effet que les premières ont commencé. Par cet emploi réciproque des sondes et des mèches, on obtient des résultats fort avantageux. Disons, pour terminer, que souvent les sondes sont indispensables, moins dans ces cas, comme moyen thérapeutique en lui-même, et propre à faciliter la dilatation, que comme palliatif. En effet, dans quelques circonstances, le rétrécissement est si tortueux, si rempli de végétations, que les lavements ne peuvent le franchir, et vaincre la constipation opiniâtre qu'on ne peut souvent faire cesser qu'à l'aide d'une sonde qui aura franchi le point rétréci, et qui permettra alors d'injecter du liquide jusque dans le lieu où sont accumulées les matières endurcies. Quelquefois, cependant, on obtient le même résultat, sans l'emploi de la sonde; nous voulons parler des douches ascendantes, qui, dans certaines circonstances, peuvent être très-utiles, et sont de nos jours un peu trop négligées.

Dans ces derniers temps, plusieurs procédés nou-

veaux ont été proposés pour obtenir une dilatation plus complète, plus rapide, des rétrécissements du rectum. Outre la complication que présentent la plupart de ces instruments, ils ont encore l'inconvénient de ne pouvoir suffire seuls, bien que leurs auteurs ne veuillent employer qu'eux d'une manière exclusive; souvent ils ne peuvent être supportés, d'après des observations rapportées par MM. Costallat et Tanchou; car ils déterminent, comme des mèches trop grosses, comme des bougies d'un trop grand diamètre, cet écartement des fibres musculaires du rectum, les douleurs qui en sont la conséquence: ils ne peuvent en un mot porter sur le mal lui-même des agents thérapeutiques propres à obtenir sa guérison.

Ici, comme ailleurs, un traitement exclusif ne peut être rationnellement mis en pratique: tel procédé qui convient au début devient inutile et quelquefois nuisible dans une autre période de la maladie. C'est à la sagacité du chirurgien qu'il appartient de juger des avantages ou des inconvénients de tel ou tel moyen dans les diverses phases du mal; de faire un choix des plus convenables; de savoir avec prudence se tenir à un seul, ou combiner alternativement plusieurs des procédés que nous avons indiqués, qui tous, dans quelques cas, peuvent devenir utiles, et dont aucun ne peut convenir seul dans les diverses variétés de l'affection qui nous occupe.

Lorsqu'on ne peut, par quelque procédé qu'on emploie, franchir le point rétréci, lorsqu'il y a imminence de rupture de l'intestin par l'accumulation de matières stercorales qu'on ne peut expulser au dehors, lorsqu'il existe une oblitération complète du canal intestinal, il ne reste plus pour soustraire le malade à une mort certaine, qu'une opération qui a été proposée par Litré, pratiquée par Dubois et plusieurs autres: nous voulons parler d'un anus artificiel. Comme nous l'avons annoncé plus haut, ayant eu pour but dans ce travail d'obtenir une guérison ou au moins quelques amendements de cette affection, sans opération chirurgicale, nous nous abstenons de toute réflexion sur celle-ci, comme nous l'avons fait pour d'autres; nous nous contentons de l'indiquer comme dernière ressource qui reste au chirurgien et au malade quand tous les moyens que nous avons fait connaître ont été sans résultats.

N° 12. — 25 MARS.

Observation sur l'hépatocèle diaphragmatique;
par M. ERNEST LAMBRON, élève des hôpitaux.

Mariette Marliou, âgée de 77 ans, fut renversée, le 9 septembre, par la malle-poste, dont l'une des roues lui passa sur la partie supérieure de la jambe droite et sur le milieu environ de la jambe gauche; elle causa un broiement considérable des parties molles et des deux os. A la jambe gauche surtout, les téguments étaient horriblement déchirés et des fragments osseux sortaient au dehors; j'en ai retiré environ dix, dont cinq avaient deux pouces de longueur sur six lignes de large.

Cette femme fut reçue dans le service de M. Blandin (M. Michon par interim), à l'Hôtel-Dieu, où elle mourut douze heures environ après son entrée.

En faisant l'ouverture de l'abdomen pour retirer les intestins et en étudiant la membrane muqueuse, je fus étonné de voir le foie descendre dans le flanc gauche, absolument comme l'on voit, chez les femmes surtout, le lobe droit descendre dans le flanc droit. On apercevait même sur ce prolongement une légère dépression, répondant au rebord des fausses côtes, ou due à la compression du corset, comme M. Cruveilhier le signale si souvent dans son ouvrage.

En cherchant dans l'hypocondre droit, je ne vis point de foie, mais j'aperçus une ouverture au diaphragme, à travers laquelle passait la portion du foie qui supporte la vésicule; cette petite poche elle-même était entraînée au-dessus du diaphragme, ainsi que l'angle formé par la réunion du colon ascendant avec le colon transverse.

J'essayai de retirer toutes ces parties de l'ouverture diaphragmatique: le colon sortit avec assez de facilité; mais j'éprouvai beaucoup de peine à en retirer le foie; il offrait un trop gros volume comparativement à l'anneau du diaphragme; en outre, il était maintenu par des adhérences fortes et nombreuses, surtout au niveau de la vésicule biliaire. Cependant j'y parvins sans rien déchirer, si ce n'est les adhérences. Il me fut alors facile de constater que cette ouverture était surmontée d'une poche assez vaste, qui s'élevait jusqu'au niveau du deuxième espace intercostal et qui contenait toutes les parties herniées des viscères que nous avons signalés plus haut.

Je vais décrire successivement toutes ces parties; mais avant j'observerai que tous ces déplacements existaient sans la moindre déformation à l'extérieur des parois de la poitrine.

Ouverture du diaphragme. — Elle comprend toute l'aile droite du centre phrénique, c'est-à-dire la portion droite de l'aponévrose diaphragmatique, et, comme cette portion fibreuse, cette ouverture est assez régulièrement orbiculaire. Elle est assez large pour qu'on puisse y passer le poing; la circonférence en est forte et très-épaisse; il est manifeste que les fibres du tissu fibreux et du tissu musculaire sont refoulées latéralement et accolées les unes aux autres.

En examinant cette circonférence, on trouve que :

En dedans, vers l'ouverture normale de la veine-cave, le tissu fibreux est très-abondant, le bord est très-fort et forme comme une espèce de cordon;

En avant, les fibres ne sont pas aussi bien accolées, mais elles ont été comme enfoncées, de manière à se porter en s'éparpillant sur la paroi antérieure du sac herniaire, que nous décrirons plus bas;

En arrière, ce sont surtout des fibres musculaires qui ont été refoulées; elles forment un gros cordon semi-lunaire d'environ un pouce de largeur dans sa plus grande partie et qui interrompt la gouttière costale droite; une légère couche de tissu fibreux les recouvre;

En dehors, ce sont aussi des fibres de tissu mus-

culaire qui ont été refoulées, mais elles sont en petit nombre et ne forment qu'un cordon peu épais et légèrement aplati; celui-ci est aussi recouvert de quelques fibres de tissu fibreux.

Poche ou sac herniaire. Cette poche, que nous avons déjà dit partir du pourtour de l'ouverture diaphragmatique et remonter jusqu'au niveau du deuxième espace intercostal, est de forme ovoïde et offre une assez grande analogie avec les sacs herniaires un peu considérables, que l'on a souvent lieu d'observer dans d'autres points des parois abdominales. Seulement il faut ici remarquer que ce sac, au lieu d'être adhérent plus ou moins par sa face externe avec les tissus environnants, est, au contraire, parfaitement libre et recouvert d'une séreuse. On peut très-bien lui reconnaître un fond et un col.

Cette poche est formée par le refoulement du péritoine dans la cavité droite du thorax; cette séreuse est doublée par du tissu musculaire condensé qui forme une couche assez résistante, laquelle est à son tour recouverte par la plèvre, c'est-à-dire en rapport immédiat avec la face externe de cette séreuse également refoulée.

Le sac herniaire est donc constitué par trois couches, deux séreuses et une intermédiaire formée par du tissu cellulaire condensé. Vers leur adhérence au pourtour de l'anneau diaphragmatique, on trouve, surtout sur la paroi antérieure du sac, comme nous l'avons dit plus haut, quelques fibres de tissu fibreux blanc nacré qui vont se confondre en s'éparpillant avec la couche intermédiaire du tissu cellulaire. On ne peut guère les suivre au delà de cinq à six lignes.

Déplacements. Cette poche occupant presque toute la gouttière costale droite, le poumon de ce côté est rejeté en avant; sa face externe répond en partie au sternum et son bord antérieur se porte au devant du cœur qu'il ne masque cependant pas complètement à cause du déplacement de ce dernier organe. Le volume de ce poumon est à peu près la moitié de celui du poumon gauche. Au reste tous les deux sont parfaitement sains, à l'exception de quelques adhérences qui retiennent le poumon gauche, au point que je n'ai pu le retirer de la poitrine sans le déchirer.

Pour réunir ici tous les déplacements qui accompagnent cette hernie, je dirai que la déviation du cœur à gauche est beaucoup plus grande qu'à l'ordinaire; que le pilore et les deux premières portions du duodénum sont sensiblement portées en haut et en avant vers l'anneau du diaphragme, au pourtour duquel elles ont contracté de légères adhérences. J'ai déjà dit que l'angle de réunion du colon ascendant avec le colon transverse était renfermé dans le sac herniaire; il y était maintenu par des adhérences légères. Nullement altéré, il porte seulement l'empreinte du pourtour de l'anneau diaphragmatique, comme souvent dans les autres hernies on trouve l'empreinte du col du sac sur les parties herniées.

Enfin il y a de plus une transposition du mésentère; au lieu de se porter de la fosse iliaque droite vers la colonne vertébrale, il part de la fosse iliaque gauche.

Foie. Cet organe présente, comme nous l'avons

dit, un lobe gauche très-développé. Celui-ci remonte dans l'hypocondre gauche en refoulant, jusque vers la sixième côte sternale ou le cinquième espace intercostal, la rate qui repose sur la face antérieure et le bord supérieur de ce lobe; elle lui est unie par du tissu cellulaire assez dense; elle n'est point altérée dans sa structure, seulement elle est un peu volumineuse.

Au niveau du diaphragme, le foie a subi un rétrécissement considérable qui porte sur la partie de cet organe comprise entre le ligament suspenseur et les cordons de la veine ombilicale et du canal veineux à gauche, la vésicule et la veine cave à droite, c'est-à-dire sur l'éminence porte antérieure et le lobe de Spigel qui est presque entièrement effacé. Ce rétrécissement qui partage ainsi en deux moitiés le sinus de la veine porte est surtout bien marqué sur les bords du foie, et l'échancrure du bord antérieur est bien plus grande et bien plus profonde que celle du bord postérieur. En cet endroit le foie offre un véritable pédicule qui n'a pas plus de deux pouces de diamètre.

Le lobe droit se trouve donc parfaitement dessiné et forme ainsi un lobe proprement dit. Il a la grosseur d'une fois et demie le poing, de sorte qu'il ne peut franchir qu'avec une extrême difficulté le col du sac herniaire; mais il n'est cependant pas assez gros pour remplir la cavité de cette poche; l'étroitesse de son pédicule, qui est loin de fermer complètement l'anneau du diaphragme, explique très-bien la possibilité du déplacement ou de la hernie de l'angle droit du colon.

Ce lobe d'une forme ovoïde est très-bosselé; sa structure est normale, si ce n'est qu'on remarque sur toute la circonférence un sillon dû à une veine hépatique, si large et si superficielle que la paroi extérieure, formée par une couche mince du tissu du foie, est affaissée dans toute sa longueur. Le doigt peut suivre tout le trajet de cette veine sans qu'il soit besoin de l'ouvrir. Elle va se jeter dans la veine cave en traversant la paroi interne du sac herniaire.

La membrane séreuse de ce lobe offre de nombreuses adhérences.

Vésicule biliaire. La vésicule est du volume d'une grosse noix; ses parois ont une épaisseur d'environ une ligne et demie. La membrane séreuse présente de nombreuses traces d'adhérences. La membrane muqueuse offre à sa face interne beaucoup de fibres blanches, épaisses, presque nacrées, semblables à celles que l'on trouve dans la vessie chroniquement enflammée. Vers le fond de cette poche quelques fibres forment une étoile et semblent indiquer une ancienne cicatrice; cette idée paraît être confirmée par l'adhérence à son niveau de la vésicule avec le tissu du foie. La disposition aréolaire normale de la face interne de cette muqueuse ne se voit plus; mais examinée sous l'eau, elle présente une infinité d'espèces de villosités mobiles et agitées par le liquide. La membrane propre de cette vésicule est épaisse et très-dense; mais l'hypertrophie paraît porter également sur les trois tuniques.

Calculs biliaires. La vésicule contenait quatre calculs taillés à facettes, deux du volume d'un haricot, et deux autres plus petits. Les deux premiers ont la forme d'un cuboïde aplati et dont les angles

seraient un peu arrondis ; les deux plus petits ont la forme et le volume d'une lentille.

Ils sont d'une couleur brun noirâtre et se fendillent en séchant. Leur intérieur présente une cavité d'un brun jaunâtre clair ; la coupe montre des lignes superposées, traces évidentes de couches successives. Cette cavité contient un petit noyau lenticulaire dont la surface est couverte d'une couche poudreuse grisâtre. Ce noyau jaunâtre à l'intérieur est lui-même composé de couches concentriques, comme sablonneuses.

Canaux biliaires. — Les canaux biliaires, qui se portent du foie et de la vésicule vers la seconde portion du duodénum, ont leurs parois légèrement amincies, leur calibre est à peu près le même qu'à l'état normal ; mais leur longueur est bien plus grande ; le canal cholédoque seul a presque trois pouces. Cet allongement est dû, sans doute, aux tiraillements qu'ils devaient éprouver pendant la station debout et pendant la digestion stomacale et surtout duodénale.

Voici les renseignements que j'ai pu me procurer sur la vie et la santé de cette femme. Je les dois à l'obligeance d'une personne bien digne de foi, la seule qui la connût intimement et lui servit de famille, une sœur du bureau de bienfaisance du 4^e arrondissement, qui lui portait des secours depuis plus de vingt ans.

Mariette Marliou, depuis nombre d'années, passait tous les jours à mendier à l'une des portes de l'église St-Eustache. Elle était excessivement sourde ; il n'y avait que la sœur de charité qui pouvait s'en faire entendre, en lui parlant presque bas et d'une certaine manière.

Cette femme s'est toujours plainte de difficulté à respirer ; ses voisins la disaient asthmatique ; cependant, ils n'ont jamais remarqué que son prétendu asthme fût plus fort dans des moments que dans d'autres, et surtout qu'il offrit des accès. L'hiver, elle avait quelques rhumes, qui toujours étaient légers, et disparaissaient sous l'influence de quelques boissons adoucissantes et du repos dans sa chambre.

De temps en temps, elle était tourmentée par la bile ; elle buvait alors un peu de chicorée amère pendant quelques jours, et tout disparaissait. Au reste, la santé générale de cette malheureuse était assez bonne ; la sœur de charité m'a dit qu'elle ne l'avait jamais vue malade au point d'être forcée de garder le lit.

Il paraît que cette femme, qui, du reste, était fort méchante et fort médisante, avait de temps en temps des attaques d'épilepsie, à la suite desquelles elle était restée vingt-quatre à trente-six heures sans connaissance ; elle avait aussi parfois des accès de folie, de véritables hallucinations de la vue et de l'ouïe.

L'EXPÉRIENCE,

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE,

PUBLIÉ PAR LE DOCTEUR DEZEIMERIS.

Ars longa.

Ubi cumque...

MARS 1839.

Recherches sur le sang des scrofuleux ; par
FRÉDÉRIC DUBOIS (d'Amiens).

Avant d'entrer en matière nous éprouvons le besoin de faire en quelque sorte certaines réserves, afin qu'on ne se méprenne pas sur les résultats que nous avons entendu obtenir ; ceci est d'autant plus nécessaire, qu'à l'aide de certaines interprétations, trop souvent on fait dire à un expérimentateur beaucoup plus et même toute autre chose qu'il n'avait voulu exprimer. Nous commencerons donc par poser en principe que dans toutes ces recherches nous avons entendu trouver, ou du moins regardé comme possible de trouver, non pas des *maladies* du sang, des maladies à proprement parler, mais bien de simples altérations dans la composition, dans la constitution de ce fluide.

Dans l'état actuel des connaissances médicales ce serait véritablement se fourvoyer que de s'attendre à trouver dans les liquides de l'économie, des *individualités* morbides, des maladies. Ce sont des altérations plus ou moins formelles, plus ou moins complexes qu'on devra y trouver ; altérations qu'on pourra faire rentrer sans doute et à titre d'*éléments* dans l'histoire des affections morbides, mais qui ne sauraient constituer de véritables maladies.

Cette remarque sur l'esprit général de nos recherches nous paraît importante, c'est un point de départ sur lequel il était bon d'abord de s'entendre ; des savants du plus grand mérite sont peut-être entrés dans une voie fâcheuse par cela même qu'ils avaient admis d'autres principes.

Il n'y a pas longtemps qu'un *solidisme* exclusif avait fait refuser aux liquides sans en excepter le sang toute espèce de vitalité ; depuis on est revenu sur cette prétention ; on a été plus loin : partout où on a vu les fluides se *globuliser* on a voulu trouver en eux de véritables *organes* ; de telle sorte que chaque globule sanguin a fini par être considéré comme un organe distinct.

C'était déjà beaucoup sans doute, peut-être n'était-ce pas trop : les globules ainsi considérés n'en concouraient pas moins aux grandes fonctions de l'économie.

Mais en Allemagne, Doellinger s'en vint soutenir que les globules sont indépendants du cœur, quant à tous leurs mouvements, qu'ils se meuvent par un fait de pure spontanéité ; que ce sont autant de *petits êtres*, ayant en eux quelque chose d'individuel ; Kaltenbrunner partage les mêmes idées, il attribue aux globules sanguins une mobilité *innée* : voilà pour l'état prétendu physiologique ; mais M. Magendie par ses belles recherches n'a pas peu contribué à faire tomber toutes ces erreurs en indiquant les illusions qui les avaient fait naître.

En France, M. Turpin professe que chaque globule est un corps organisé distinct, ayant son centre d'absorption, d'assimilation et d'accroissement, que le sang renferme ainsi une véritable *population* composée d'un grand nombre d'individus *distincts*, ayant leurs *albinos*, leurs *monstres*, leurs *malades* et leurs *cadavres*. Ce sont ses expressions.

Si l'on en croit ce savant, des observations très-judicieuses prouveraient que dans certains cas il y a des *épidémies meurtrières* chez les globules.

Ces idées devaient assurément nous paraître fort étranges ; il faut dire qu'elles ont été plutôt du goût des naturalistes que des médecins.

Ces naturalistes, généralisant leurs idées, ont été jusqu'à considérer l'homme, non plus comme un individu simple, mais comme une agglomération d'un nombre considérable d'individus *fixes* ou *mobiles* ; fixes, en tant qu'ils composent les solides de l'économie ; mobiles, en tant qu'ils sont errants, qu'ils circulent dans l'épaisseur des tissus.

Mais avant d'arriver à cette singulière généralisation de faits physiologiques et de faits pathologiques, généralisations qui ne tendraient à rien moins qu'à nous *désindividualiser*, qu'à nous faire perdre tout caractère d'*unité*, il aurait fallu préalablement indiquer par des faits bien positifs, que les globules fixes ou mobiles qui entrent dans la composition de nos organes ont une vie *propre* et non une *part* de vie, qu'ils vivent par eux-mêmes, pour eux-mêmes, et non par *emprunt* et pour fonctionner dans un but *unitaire*.

Or, jusqu'à présent, on n'a guère pu reconnaître des caractères de vie individuelle que dans les ani-