

rapprochements des bords de la plaie est égale, uniforme dans toute leur longueur, et doit produire une coaptation plus exacte; et cette double pression produit son effet autant et plus même sur les parties profondes que sur les parties superficielles, à quoi il faut ajouter que, dans la suture enchevillée, il n'y a point d'étreinte, constriction des bords de la plaie; ces bords sont seulement attirés de loin, poussés, pressés l'un contre l'autre et tout à fait libres à l'extérieur: dès lors ils sont moins susceptibles d'être coupés ou déchirés par des points de suture qui seraient trop longtemps en place. Et, chose non moins importante, tout passage de liquides entre les surfaces rapprochées mises en contact doit être impossible; toute communication entre le fond de la plaie et l'extérieur doit être interceptée. Voilà par quels raisonnements, ajoute-t-il, je parvins à me persuader qu'il y avait plus de chances de succès, en appliquant la suture enchevillée à une division, et surtout à une division complète du périnée, qu'en pratiquant la suture entortillée. »

§ VI. — Mais ce moyen lui-même, tout puissant qu'il est, deviendrait inefficace si l'on ne prenait certaines précautions. D'abord on ne doit jamais opérer aussitôt après l'accouchement; car, sans parler de l'ébranlement général, et de certaines maladies internes auxquelles expose la parturition, croit-on que ces parties, qui viennent d'être distendues, meurtries, déchirées, qui par conséquent doivent devenir le siège d'une vive inflammation, et de plus vont être continuellement inondées par l'écoulement lochial; croit-on, dis-je, qu'il y ait beaucoup de chances pour qu'elles se réunissent? La compression des ligatures, en s'opposant au gonflement inflammatoire, ne pourra-t-elle pas déterminer la gangrène, ou au moins activer l'inflammation au point qu'il sera difficile d'arrêter ses ravages et de prévoir ses résultats? Il faut attendre, se contenter de faire coucher la malade sur le côté, de tenir les cuisses rapprochées par un lien qu'on ne détache au besoin qu'avec la plus grande circonspection; on entretiendra la propreté des parties au moyen d'injections émollientes, des lotions balsamiques, suivant les cas. On laissera ainsi la plaie suppurer; ses bords se dégorgent, se cicatrisent séparément, et ce n'est que lorsque tout sera rentré dans l'ordre que les parties auront recouvré leur souplesse et leur extensibilité naturelles, qu'on pourra recourir à l'opération (1).

Il peut se présenter une circonstance dont il est bon de dire quelques mots. Il peut se faire, et il est inutile de dire comment, que la déchirure du péri-

(1) Ce précepte est de la plus haute importance. On trouve il est vrai, dans la Gazette médicale (1835), une observation de M. Convers fils, où l'opération pratiquée assez peu de temps après l'accouchement, d'après le procédé de M. Roux, fut suivie d'un résultat satisfaisant; mais, d'une autre part, j'ai entendu parler d'une opération du même genre faite aussitôt après l'accident, et bientôt suivie de la mort. D'ailleurs, à l'aide des seuls moyens qu'indique ici le professeur, on a encore quelques chances de guérison. C'est ainsi que Trainel a obtenu la réunion d'une déchirure complète du périnée en onze jours. (Journ. gén. de méd., t. IV, p. 427.)

née soit accompagnée d'une destruction plus ou moins grande de la cloison vésico-vaginale. On a pu en voir un exemple, l'année dernière, à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu (1). Indépendamment de la gravité de cette dernière maladie considérée en elle-même, c'est encore pour la déchirure du périnée une fâcheuse complication; car comment espérer réunir une plaie que l'urine baigne continuellement? On n'a réellement pas assez de chances de succès pour tenter l'opération tant que la fistule ne sera pas oblitérée, et chacun sait combien il est difficile d'y parvenir.

Quoi qu'il en soit, lorsque l'opération est décidée, il est quelques soins à prendre dont on ne pourrait se dispenser sans compromettre sciemment les résultats. Il est évident que, pour réunir immédiatement deux surfaces mises à l'état de cruentation, la première condition est la persistance incessante des rapports, l'immobilité pendant un temps suffisant. On tâchera donc de prévenir la réplétion trop rapide du rectum et les tiraillements qu'exige leur expulsion, en mettant quelques jours d'avance la malade à un régime très-sévère, en lui faisant prendre des boissons laxatives, des lavements, en administrant même un léger purgatif la veille de l'opération, afin de vider autant que possible le canal intestinal des matières qu'il contient. Mais si l'on a recours à ce dernier moyen, il faudra avoir bien soin de ne pratiquer la suture qu'autant qu'il aura complètement cessé d'agir.

Ces précautions sont de toute rigueur: on est de suite frappé de leur importance; mais quand l'opération est faite, la marche à suivre n'est pas aussi nettement tracée. Faut-il en effet laisser les matières s'accumuler aussi longtemps que possible pour les chasser plus tard, ou bien les faire écouler presque d'elles-mêmes, et à mesure qu'elles se présentent? J'ai dit que la première femme opérée par M. Roux pouvait se constiper pendant dix, douze et même quinze jours, en faisant usage d'opium. Le chirurgien mit à profit cette faculté: après la première opération, il débarrassa le rectum peu de temps après, parce qu'il vit de suite quel devait être le résultat; mais il s'en garda bien après la seconde, et ce n'est que le vingt-deuxième jour que la malade eut besoin d'aller à la garde-robe. Les matières qui formaient alors une masse considérable et avaient acquis une grande consistance, ne sortirent qu'avec beaucoup de peine, et il fallut même y aider par des pressions exercées de haut en bas avec un doigt introduit dans le vagin. Toutefois, à l'époque dont il s'agit, une défécation encore plus laborieuse n'aurait pu rompre des parties entre lesquelles s'était opérée la réunion la plus intime, et dont la continuité était parfaitement notable. Mais, sous ce rapport, serait-on toujours également favorisé? ne s'exposerait-on pas à voir s'anéantir en un instant le fruit de bien des peines, si, après avoir laissé les matières s'accumuler et s'endurcir, la malade venait à être prise tout à coup d'un besoin irrésistible de les rendre? D'une autre part, si aussitôt après l'opération on favorisait l'expulsion des matières à mesure qu'elles se présentent,

(1) Journ. des Conn. médico-chir., sept. 1836.

en augmentant leur liquidité, ne pourraient-elles pas se filtrer pour ainsi dire entre les surfaces rapprochées, et empêcher leur agglutination? J'omets encore volontairement quelques inconvénients graves attachés à cette méthode. Voici comment M. Roux agit ordinairement. Pendant les premiers jours qui suivent l'opération, il tient la malade à une diète absolue, et lui fait prendre en boisson une légère décoction de riz. Le sixième ou même le septième jour, il lui donne un minoratif pour vider le rectum, avant d'enlever les moyens de constriction; le lendemain il ôte les fils, puis il revient aux boissons légèrement astringentes, et renouvelle plusieurs fois le minoratif à des intervalles convenables.

Il est inutile de dire qu'on doit ordonner l'immobilité absolue, le décubitus sur le dos; que les cuisses doivent être rapprochées et réunies par un lien pour prévenir tout mouvement involontaire. Si la malade avait auprès d'elle une personne qui eût l'habitude de pratiquer le cathétérisme, on la sonderait chaque fois qu'elle éprouverait le besoin d'uriner; mais cette opération, toute simple qu'elle est ordinairement, ne se fait souvent dans ces cas qu'avec quelque difficulté: aussi vaut-il mieux prendre pour règle générale de mettre une sonde à demeure pendant les sept ou huit premiers jours. A partir du moment où on a ôté les ligatures, on lave plusieurs fois par jour le périnée et les parties voisines avec de l'eau blanche, et ce soin est surtout nécessaire lorsque la malade ne peut uriner sans qu'il ne tombe quelques gouttes d'urine sur les parties récemment cicatrisées; dans ce dernier cas, il serait encore bon d'enduire ces parties d'un corps gras tel que le cérat. Enfin, j'ajouterai une petite recommandation qui n'est pas sans quelque importance: c'est lorsqu'on a besoin d'examiner l'état des parties ou de les laver, de ne pas écarter les cuisses, mais de les fléchir sur le bassin; si alors on élève les jambes, le périnée apparaît dans toute son étendue.

§ VII. — Passons maintenant aux résultats et laissons le professeur les exposer lui-même. « J'ai pratiqué cette opération sur onze femmes. Dans tous les cas, l'inflammation n'est survenue dans les parties sur lesquelles j'avais agi qu'au degré bien strictement nécessaire pour la réunion que je voulais obtenir; jamais elle n'a pris le caractère d'un accident grave. Toutefois, quelques phénomènes particuliers ont eu lieu, dont il est bon de prévenir. Toujours le vagin a été le siège d'un flux puriforme assez abondant; j'en ai modéré les effets et prévenu la stagnation des mucosités purulentes par l'injection souvent répétée d'un liquide émollient. Chose assez remarquable dans tous les cas, soit par l'effet du rapprochement exact des cuisses, soit, et plus vraisemblablement, à cause de la fluxion étendue à toute la vulve et du boursoufflement des parties circonvoisines du méat urinaire ou de ce méat lui-même, il y a pendant quelques jours impossibilité de l'émission spontanée de l'urine: c'est une des raisons pour lesquelles je conseille de placer une sonde à demeure dans l'urèthre. Dans tous les cas aussi, les points de suture étant enlevés, et bien qu'après très-peu de temps la consolidation dut être parfaite, les bords de la division étaient désunis, ou plutôt séparés près de l'anus. Vers ce point, la plaie était un peu

béante: il y avait là une petite fente comme celle qui aurait pu résulter d'une opération faite pour une fistule à l'anus, qui aurait eu son siège en avant; mais constamment cette petite fente a disparu, et l'anus, dans lequel j'avais soin de placer une petite mèche enduite de cérat, a repris promptement sa disposition naturelle; constamment enfin, et malgré le soin que j'avais pu prendre, dans l'opération, d'agir sur le petit bord libre ou sur l'éperon de la cloison recto-vaginale, de l'éviter ou de traverser cette cloison avec l'un des fils de la suture pour la rapprocher des parties molles du périnée proprement dit, il a fallu un temps assez long pour que toute communication cessât entre le rectum et le vagin; toujours des gaz intestinaux et des matières excrémentielles, seulement à la vérité quand elles étaient liquides, ont passé par le vagin, et cela lorsque le périnée était déjà bien solide; mais insensiblement l'ouverture de la cloison s'est resserrée: elle a fini par s'oblitérer tout à fait, ou par devenir si étroite qu'elle ne livrait passage, et de temps à autre seulement, qu'à une très-petite quantité de gaz. »

Sur les onze opérées dont il vient d'être question, sept ont guéri par la première opération. Chez une autre, l'opération, inutile la première fois, eut un succès complet la seconde; et il ne s'agit pas de celle chez qui fut d'abord pratiquée la suture entortillée, je l'ai rangée dans la première catégorie. Deux sont mortes, l'une à la suite de phlébite ou de résorption purulente; l'autre, dont la déchirure périnéale était compliquée d'un renversement du rectum et du vagin, a succombé à la recrudescence d'une entérite chronique dont elle était affectée depuis longtemps (1). Enfin, chez une dame opérée dernièrement par M. Roux, tout se passa parfaitement bien jusqu'au quatorzième jour, époque où le besoin de la défécation s'étant fait sentir tout à coup, l'adhésion se rompit. Cependant cette lueur de succès ne fut pas inutile; la malade est pleine de courage, et a, ainsi que le chirurgien, la ferme espérance qu'une seconde tentative sera plus heureuse.

§ VIII. — Il ne me reste plus qu'à dire quelques mots sur les déchirures de la cloison recto-vaginale. Le professeur n'ayant fait qu'effleurer ce sujet, je tâcherai de suppléer quelque peu à son silence en rappelant brièvement quelques faits et les résultats auxquels sont arrivés ceux qui les observèrent. Nous avons déjà vu que ces lésions sont bien moins graves que celles dont nous venons de nous occuper, et que presque toujours alors la nature se suffit à elle-même pour en opérer l'oblitération. C'est ainsi que se fermèrent les petites fistules qui persistèrent pendant quelque temps chez les femmes guéries d'une

(1) Les chutes du rectum et du vagin sont une fâcheuse complication. La pression continue que la suture en éprouve est un grand obstacle à ce qu'elle réussisse. Une femme déjà âgée, qui vint l'an passé à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, avait une chute de matrice hors de la vulve. M. Roux essaya de diminuer l'ouverture de celle-ci au moyen de quelques points de suture enchevillée, dans l'intention de s'opposer autant que possible à la procidence utérine; mais la matrice, venant continuellement heurter contre la suture, ne tarda pas à la détruire.

déchirure du périnée par M. Roux. M. Sédillot a obtenu en dix jours la réunion d'une plaie de cette cloison, d'un pouce et demi d'étendue, par le simple usage d'injections émollientes pour empêcher la stagnation des lochies et des lavements administrés toutes les vingt-quatre heures (1). Cependant il n'est pas rare de voir une déchirure aussi étendue persister. J'ai déjà parlé d'une femme qu'on a pu voir, il n'y a pas longtemps, au n° 11 de la salle Saint-Jean. L'observation, communiquée par Saucerotte à la Société de médecine de Paris en 1798, offre un fait de ce genre. La femme qui en fait le sujet avait eu le périnée déchiré par un accouchement laborieux, ainsi que la cloison recto-vaginale dans un pouce et demi d'étendue, le sphincter seul restant intact. Le repos et une situation favorable furent employés inutilement; ce fut en vain qu'on favorisa la constipation. Trois mois et vingt jours après l'accident, Saucerotte aviva les bords de la déchirure de la cloison, et les réunit par six points de suture à surjet. Il plaça dans le vagin un linge enduit de baume du Pérou, et dans le rectum une canule accommodée à cet usage; la constipation fut favorisée par une diète sévère. Au onzième jour, épreintes violentes; on ôta la canule. Il sortit avec de vives douleurs et effusion de sang, des matières qui déchirèrent les trois points inférieurs et passèrent presque toutes par le vagin. La plaie était cependant réduite de moitié. Un mois après, on coupa le sphincter, on aviva de nouveau la plaie de la cloison, on pratiqua quatre points de suture. Cette fois on supprima la canule comme trop incommode, et on favorisa la liberté du ventre, et, trois mois après, la guérison fut complète (2). Ici on fut obligé de recourir à la suture qui réussit assez bien la première fois; mais remarquez bien qu'à la seconde elle n'eut qu'un succès assez éloigné pour qu'il soit permis de révoquer en doute son utilité. Une opération du même genre, pratiquée sur une petite fille de quatre ans par le docteur Portal, de Palerme, ne me paraît pas plus probante en faveur de la suture, puisque ce ne fut qu'au bout de soixante-dix-sept jours que la guérison fut accomplie (3). Si l'application des fils fut de quelque utilité, cela ne me paraît pas dépendre surtout de ce qu'ils provoquèrent dans les bords de la fistule un travail d'inflammation. M. Sédillot pense même que si Saucerotte se fût borné à aviver ces bords et à couper le sphincter pour rendre cet avivement plus facile et plus complet, que s'il n'eût pas fait de suture à la cloison, mais seulement au périnée, il eût obtenu un succès plus rapide, surtout en entretenant la liberté du ventre. L'observation recueillie par Noël, en 1794, vient à l'appui de cette assertion. Une femme avait une déchirure ancienne de tout le périnée, du sphincter de l'anus et de la cloison jusqu'à un pouce et demi d'étendue. Le chirurgien aviva exactement, refit le périnée au moyen de deux points de suture entortillée, l'un vers le rectum, et

(1) Rec. périod. de la Soc. de méd., t. 4.—Journ. gén. de méd., t. 56.

(2) Rec. périod. de la Soc. de méd. de Paris, t. 4.—Journ. gén. de méd., t. 56.

(3) Gaz. méd., 1835.

l'autre au niveau de la fourchette; il rapprocha les cuisses de la malade par un lien, et favorisa la liberté du ventre par des laxatifs. Le sixième jour, on ôta l'épingle la plus rapprochée du vagin, et toutes les matières passèrent par l'anus; la seconde épingle tomba le vingtième ou vingt-cinquième jour, et tout était cicatrisé (1).

On n'a peut-être pas assez essayé cette méthode; car la suture d'une cloison aussi mince, et dont il est si difficile de maintenir les bords en rapport, ne me paraît pas devoir conduire à des résultats bien avantageux. Cette femme que j'ai observée, et qui se trouvait dans les mêmes conditions que celle de Saucerotte, avait déjà été opérée inutilement à Clermont, quelques années avant son entrée à l'Hôtel-Dieu. M. Roux après avoir parfaitement avivé les bords, y fit quatre points de suture simple. Deux jours après, des gaz s'échappèrent par le vagin, et le quatrième ou cinquième jour, la désunion était complète. Peut-être aurait-on été plus heureux si on eût agi comme le conseille M. Sédillot.

Comme méthode opératoire, je ne dois pas oublier celle qui consiste à fermer l'ouverture préalablement avivée au moyen d'un lambeau disséqué sur les parties voisines, les fesses ou la partie supérieure et interne des cuisses; lambeau, qui, adhérant encore par une de ses extrémités qu'on n'a pas coupée, est renversé par l'autre dans la fistule, et y est maintenu par la suture, jusqu'à ce que sa surface sanglante, mise en contact avec les bords avivés, ait eu le temps de contracter des adhésions. Mais cette méthode est difficile dans son exécution, et je crains bien qu'on n'en obtienne pas de grands avantages; car l'autoplastie n'a pas, pour l'oblitération des fistules, donné jusqu'à présent d'aussi beaux résultats qu'elle semblait le promettre.

Si la nature ne paraissait plus rien faire pour la cicatrisation d'une déchirure de la cloison recto-vaginale, je pense qu'on devrait avoir recours à un moyen de traitement que M. J. Cloquet employa dernièrement avec succès. Une femme, m'a-t-on dit, avait depuis longtemps une rupture complète du périnée, et s'étendant jusqu'à plus d'un pouce sur la cloison. Ce chirurgien cautérisa à plusieurs reprises l'angle le plus élevé de cette déchirure, et parvint ainsi peu à peu à rendre à ces parties non pas une régularité parfaite, mais une conformation voisine de l'état naturel. Ce traitement pour une déchirure aussi étendue dut être et fut en effet bien long: aussi je ne pense pas qu'on doive l'employer dans un cas semblable, maintenant qu'on a un moyen si facile et si prompt de restaurer le périnée; mais pour une simple déchirure de la cloison, ce moyen me semble une ressource fort utile.

Je résume les conséquences qui découlent des faits que je viens d'exposer. Si une déchirure de la cloison est récente, on devra attendre quelque temps ce qui résultera des efforts de la nature: on attendra également, si la fistule, quoique ancienne est de peu d'étendue, parce qu'il est presque certain qu'elle se fermera soit spontanément,

(1) Rec. périod. de la Soc. de méd. de Paris, t. 7, p. 187. Journ. gén. de méd., t. 56.

soit sous l'influence de quelques cautérisations. Si la déchirure est ancienne et très-étendue, on emploiera la cautérisation de ses angles, à la manière de M. Cloquet; si en même temps le périnée est déchiré, le sphincter seul restant intact, on coupera celui-ci et on restaurera le périnée suivant le procédé de M. Roux. Enfin, ce n'est que quand on n'aura pas d'autre ressource qu'on aura recours à la suture et à l'autoplastie.

Il résulte encore des faits que, dans tous les cas, il faut par-dessus tout favoriser la liberté du ventre. Lorsqu'on a fait la suture du périnée, il est bon, il est nécessaire même d'empêcher les matières stercorales de passer trop tôt par l'anus; mais puisque nous ne pouvons nous opposer à leur abord dans le rectum après les opérations pratiquées sur la cloison, il faudra au moins prévenir la distension de cette partie, l'écartement des bords de sa division, en facilitant autant qu'il est possible l'écoulement des matières qui y arrivent (1).

MERCIER.

HÔPITAL MILITAIRE DE LA MOSQUÉE A ORAN.

Observation de tétanos dit spontané.—Guérison.

Martreau, Antoine, simple chasseur, né en Auvergne et âgé de vingt-cinq ans; c'est un homme d'une constitution athlétique dans toute la force du terme, d'une taille moyenne et ramassée, aux muscles saillants et prononcés, à la tête volumineuse, aux épaules et à la poitrine larges et carrées, un véritable hercule enfin, aussi fort au moral qu'au physique, nullement affecté, se plaignant très-peu et dans les meilleures conditions possibles.

Quatre jours auparavant il s'était fait porter malade, n'accusant seulement qu'un mal de gorge et de la difficulté pour avaler. M. Laeger l'ayant visité ne reconnut qu'une phlogose, assez légère du reste, de toute l'arrière bouche, avec gonflement des amygdales, dont la droite ulcérée laisse suinter un peu de pus.

L'état qu'il présentait lorsque nous le vîmes pour la première fois était le suivant: décubitus sur le dos; renversement opisthotonique, mais à arc peu marqué; trismus considérable; les mâchoires sont tellement serrées l'une contre l'autre, que nous ne pouvons voir la langue, et lui faire prendre quelques gouttes de boissons, qu'en les introduisant par

les interstices qu'offrent ses dents mal rangées; déglutition difficile, spasmodique et convulsive; roideur générale et tellement marquée, que les talons servent de point d'appui; si nous avions essayé de soulever la tête, tout le corps aurait quitté le lit; le ventre est plat sans être déprimé, et les muscles qui en forment les parois sont si durs et si tendus, qu'ils résonnent par la percussion, et ne cèdent rien à la pression; le regard est fixe; la pupille immobile sans être dilatée; le pouls lent, plein et concentré; le malade urine difficilement, et n'est pas allé à la selle depuis deux jours.

Prescription à onze heures du matin: infusion de tilleul miellée; potion avec infusion de feuilles d'orange et eau de menthe, de chaque deux onces; sirop simple, une once; liqueur anodine d'Hoffmann, gouttes xxxvj; extrait aq. d'opium, grains vj; musc, grains iij; lavement purgatif avec addition de six grains d'émétique; saignée de deux livres; bain tiède de quatre heures de durée.

A quatre heures de l'après-midi, le malade ayant eu une selle dans le bain, provoquée par le lavement purgatif, et les gros intestins étant en grande partie vides, je fais administrer, pour être gardé le plus longtemps possible, le demi-lavement antispasmodique suivant: prenez racine de valériane et graine de lin, demi-once de chaque; liqueur d'Hoffmann, demi-gros; opium, six grains; large cataplasme, arrosé d'huile opiacée chaude sur le ventre; seconde saignée de deux livres.

Le samedi 8, pas d'amélioration, même état, même souffrance; le malade a uriné dans son lit; il n'a pu boire, et n'a pris que quelques cuillerées de sa potion. Pensant que la présence des vers, quoique rien ne l'indiquât, pourrait bien être la cause de la maladie, je modifiai la prescription de la manière suivante: mêmes boissons; potion avec eau de menthe et huile d'olive (n'en ayant de ricin), deux onces de chaque; musc, trois grains; opium, six; liqueur d'Hoffmann, demi-gros; demi-lavement fait avec racine de valériane, demi-once; semence et follicule de séné, deux gros de chaque, ammoniac quinze gouttes; éther, trente-six; troisième saignée de trente onces; embrocation avec le liniment ammoniacal, et cataplasme sur l'abdomen; bains de quatre heures de durée.

Le dimanche 9, pendant la nuit le malade a rendu par la bouche un lombric de six pouces de longueur à peu près; il dit se sentir un peu mieux; la roideur des membres thoraciques ainsi que celle de la jambe droite, semblent être moins fortes; du reste, même difficulté dans la déglutition; le trismus est à très-peu de différence près tout aussi prononcé, et le malade n'a pu prendre que quelques cuillerées de ses boissons; même tension dans les muscles abdominaux. Je fais saigner le malade pour la quatrième fois, toujours la même quantité de sang, trente onces; continuation du bain tiède prolongé et de toutes les autres prescriptions.

Le lundi 10, le malade rend encore un lombric par la bouche, mais de moindre longueur que le premier; les bras sont beaucoup plus libres, il commence à fléchir la jambe droite, et dit encore se trouver mieux; dès ce moment je commence moi-même à avoir quelque espoir de le sauver. Pensant

(1) Peut-être dans les opérations de suture ou d'autoplastie faites sur la cloison, et même dans certains cas de périnéraphie, serait-il bon de faire, en arrière de l'anus, une incision semblable à celle qu'on pratique dans les cas de fissure. L'innocuité de cette incision, la facilité avec laquelle elle guérit, le relâchement du sphincter qu'elle produirait, l'écoulement facile qu'elle donnerait aux gaz et aux matières fécales pendant les premiers temps qui suivent l'opération, la rendent rationnelle à mes yeux. Je livre à la sagacité des praticiens cette idée qui me semble nouvelle.

qu'il pourrait bien y avoir encore quelques vers dans les premières voies, je prescrivis la même médication : potion avec un grain de musc seulement, et les autres ingrédients; demi-lavement, le même sans les feuilles de séné; cinquième saignée de trente onces; bain tiède; cataplasme émollient, et embrocation avec l'huile opiacée sur le ventre.

Le mardi 11, le malade n'a pas rendu d'autre lombric, et dit se trouver beaucoup mieux; la flexion de la jambe droite continue, celle de la jambe gauche commence; l'abdomen est toujours aussi dur que les premiers jours; le trismus a diminué un peu, l'écartement des mâchoires est de trois lignes à peu près, et permet d'apercevoir la langue, qui est blanchâtre. Comme rien n'annonce qu'il y ait encore des vers, et que je crains qu'une médication aussi active que celle que j'ai employée jusqu' alors, ne finisse par fatiguer le malade et déterminer l'inflammation du gros intestin, je supprime dans le demi-lavement la valériane et le semen-contra, et les remplace par l'huile et l'opium : bain; même potion; même application sur le ventre.

Le mercredi 12, il n'y a presque pas de changement dans l'état général du malade; il n'a pu rester que deux heures dans son bain, et peut tirer la langue d'un demi-pouce; l'abdomen est toujours tendu et dur comme une planche; la roideur des membres abdominaux persiste. Je fais renouveler la saignée de trente onces, pour la sixième fois, et prescrivis en outre quarante sangsues sur toute la surface abdominale; même potion, même application.

Le jeudi 13, peu de changement, presque pas d'amélioration; la langue cependant, que jusqu' alors on n'avait fait qu'apercevoir, sort d'un pouce; la rigidité des membres abdominaux, ainsi que celle de l'abdomen, sont les mêmes; les sangsues n'ont presque pas donné de sang.

Fatigué de voir les choses marcher d'une manière aussi lente, je cesse le bain et la saignée, que contre-indique d'ailleurs la faiblesse du malade, et tente un nouveau genre de traitement. Après avoir fait appliquer trois petits emplâtres de pommade de Gondret, de la largeur d'une pièce de vingt sous sur le trajet du rachis, un à la région cervicale, l'autre à la dorsale, et le troisième à la région lombaire, l'épiderme étant enlevé, je fais saupoudrer chacune des plaies avec un grain de sulfate de morphine, et dans l'intention de modifier ou de déplacer l'irritation fixée sur le système musculaire, ou plutôt, et bien un peu, à parler franchement, parce que je ne sais plus que faire, que je veux déterminer une crise quelconque, et que je me rappelle l'emploi qu'en ont fait certains praticiens, comme sédatif dans le cas de péritonite aiguë, je prescrivis une demi-once de pommade mercurielle double en friction sur le ventre; potion aromatique huileuse opiacée et musquée, large cataplasme très-chaud sur le ventre après la friction.

Le vendredi 14, toujours à peu près le même état: l'abdomen est toujours aussi tendu; le malade a éprouvé plus de sommeil qu'à l'ordinaire, par suite de l'action de la morphine, la soif étant très-grande je substitue la limonade citrique légère à l'infusion de tilleul, et accorde une orange. Sulfate de morphine trois grains; pommade mercurielle,

une demi-once; même potion, mais sans huile.

Le samedi 15, l'absence du bain, que j'avais cru devoir supprimer pendant le temps que j'emploierais la morphine par la méthode endermique paraît être cause d'un peu plus de roideur dans les muscles de la mâchoire et des membres. Le malade se plaint de ne pas être aussi bien que la veille; je continue cependant la morphine et la pommade mercurielle; lavement purgatif; suppression de la potion antispasmodique.

Le dimanche 16, même état, même médication; morphine, trois grains; pommade mercurielle, demi-once; lavement huileux; bains. Le malade prend un peu de boisson.

Le lundi 17, la salivation, qui s'annonçait hier, par un léger gonflement de la langue, ne s'est cependant pas encore manifestée, malgré l'emploi de deux onces de pommade mercurielle; j'en prescrivis encore une demi-once aujourd'hui; bain tiède de quatre heures de durée.

Le malade a absorbé par la méthode endermique douze grains de morphine, sans amélioration bien marquée; il va cependant mieux. Les excoriations qu'on est obligé d'entretenir le long du rachis l'empêchent de se coucher sur le dos, position qu'il préfère; je les fais sécher et supprimer par conséquent l'administration du calmant. On dirait que les muscles abdominaux sont moins tendus; les jambes se meuvent avec plus de facilité.

Le mardi 18, je continue la pommade mercurielle, toujours à la dose d'une demi-once; pas de salivation encore; amélioration. Dans l'intention de déterminer des sueurs abondantes, le malade est couché à la sortie du bain qu'il a pris plus chaud que de coutume, entre deux couvertures en laine; la chaleur atmosphérique était de 27° dans la salle: infusion de sureau chaude simplement.

Le mercredi 19, le malade me demande à manger, et pour une preuve qu'il va beaucoup mieux, après bien des difficultés, se lève seul sur son lit; je lui accorde une semouille, et continue du reste tous les autres moyens, la pommade mercurielle comprise.

Le jeudi 20, malgré la tension du ventre, qui est encore très-forte, et la roideur des membres abdominaux, le malade descend seul de son lit, se dit être bien et avoir appétit; il a absorbé, ou plutôt on l'a frictionné avec une demi-once de pommade mercurielle double, pendant sept jours, ce qui fait trois onces et demie, sans qu'il se soit manifesté le plus léger ptialisme; la bouche ne s'ouvre guère qu'à moitié.

Le vendredi 21, à partir de ce jour, malgré que la roideur tétanique existe encore à un point très-marqué, que le ventre soit toujours dur, les articulations de la mâchoire, du cou et des membres pelviens roides et comme rouillées, le malade se dit être si bien, et je suis moi-même tellement fatigué de le droguer, que je cesse toute médication proprement dite; je lui donne simplement de la limonade gommée, ne le fais plus coucher dans la laine, et continue le bain, mais d'une heure de durée seulement. Aujourd'hui il mange une soupe de pain, un œuf et un vermicelle au lait.

Le 25. Il mange le quart, et vient jusque chez moi.

Le 24. La roideur tétanique n'a pas encore entièrement disparu; le ventre est toujours dur; le malade dit être très-bien, il sort seul, va faire un tour de promenade; mais sa marche et tous ses mouvements sont saccadés, et ont quelque chose de l'automate, qui est vraiment risible. Je cesse de prendre des notes journalières sur son état.

SOUCELYER.

Histoire d'une occlusion du col utérin dans un cas d'accouchement.

Madame D....., primipare à l'âge de trente-six ans, ressentit les premières douleurs de la puration dans la journée du 12 juillet 1837, et me fit appeler le soir de ce même jour. En arrivant auprès d'elle, j'appris que les *eaux* s'étaient écoulées, non pas brusquement et d'un seul flot, mais par fractions et à chacune des douleurs. Celles-ci du reste revenaient à de longues distances et étaient encore légères.

Je touchai néanmoins et je trouvai le col de l'utérus ramolli, sans doute, mais beaucoup plus saillant qu'il ne l'est habituellement à la fin du neuvième mois de la grossesse. Il n'y avait aucune dilatation; bien mieux, je ne pus trouver aucune trace d'orifice.

Je crus que cette circonstance tenait à la brièveté d'un premier examen, en d'autres termes que j'avais mal jugé et que des recherches ultérieures me feraient découvrir cet orifice jusqu' alors introuvable. Du reste, je pensai que l'accouchement n'était pas encore sur le point de se faire et je me retirai; il était dix heures du soir.

Dans la nuit, les douleurs devinrent plus vives et plus fréquentes, et je fus rappelé vers cinq heures du matin. Je touchai de nouveau; le col utérin était effacé, mais je cherchai vainement son orifice.

Je distinguais fort bien une masse arrondie, lisse, volumineuse, qui plongeait dans l'excavation pelvienne, mais c'était tout.

J'avoue que je fus un moment interdit de cette conformation particulière, car, notez-le bien, la présence du col trouvé la veille éloignait toute idée d'antéversion du corps de l'utérus, et d'ailleurs chez une femme primipare, la résistance des parois abdominales ne se prête guère à ce genre de déplacement.

Cependant aucun accident ne se manifestant, je crus pouvoir temporiser et j'attendis que la tumeur arrondie que je distinguais se fût un peu abaissée, pour la mieux juger. Elle descendit en effet, et je pus reconnaître la tête, mais la tête coiffée par les parois de la matrice.

Ce fut du moins là ma conclusion, car les caractères physiques qui distinguent cette présentation étaient beaucoup moins tranchés que dans ses cas ordinaires, et d'autre part le toucher ne me donnait la sensation que d'une masse lisse, arrondie, résistante, se terminant au cul-de-sac du vagin, dans tous les points où je pouvais y atteindre, sans rencontrer aucun rebord qui pût être pris pour les lèvres du col de la matrice, appliquées sur le fœtus.

Cette circonstance, jointe aux signes que m'avait fournis le toucher de la veille, ne me laissa plus de doute; il y avait absence d'orifice utérin; il fallait pratiquer l'opération césarienne vaginale.

Toutefois, avant de porter l'instrument tranchant sur l'utérus, je m'livrai à des recherches minutieuses dans le but d'arriver au moins au pertuis par lequel la conception d'abord et plus récemment l'écoulement des eaux avaient pu se faire. Je sentis un point un peu moins résistant que les autres, et j'y portai une sonde de femme en la guidant du doigt. En pressant légèrement, elle pénétra et j'y substituai aussitôt le doigt qui lui avait servi de conducteur. Je sentis alors une membrane mince qui se rompait et dont je comparai la sensation à celle que produit la déchirure des membranes fœtales, quand, après les avoir percées à l'aide d'un instrument, on introduit le doigt dans l'ouverture pour l'agrandir.

Aussitôt la dilatation du col de l'utérus se fit. Je constatai tous les signes qui caractérisent une première position de la tête, et une demi-heure après l'accouchement se terminait naturellement.

FÉLIX HATIN.

Cas de fièvre typhoïde ou fièvre continue commune de la Nouvelle-Angleterre, observés à l'hôpital-général de Massachussets, depuis 1821 jusqu'à la fin de 1835, par le D. JACKSON.

Ce mémoire a été fait sur trois cents cas de fièvre typhoïde. L'auteur rapporte à cette affection les lésions anatomiques que nous lui reconnaissons. Il ne pense cependant pas que toute fièvre continue doive être rangée parmi les fièvres typhoïdes; ainsi il en éloigne une fièvre bilieuse rémittente propre à l'Amérique du nord. Nous ne rapportons pas tous les détails statistiques qu'il donne à ce sujet; nous dirons seulement qu'il y eut quarante-trois morts sur trois cent quarante-cinq cas. Les taches rosées et les *sudamina* lui ont paru d'un augure favorable. Voici les règles de traitement qu'il a adoptées :

1° Dès le début, repos, aliments liquides; tartrate antimonié de potasse en vomitif, après lequel il fait prendre un cathartique actif. S'il n'y a pas d'amélioration notable, saignée, à moins que le malade soit très-faible ou la maladie légère.

2° Si, à la suite de la médication précédente, la maladie ne prend pas une tournure favorable, il donne le tartrate antimonié de potasse, d'abord, à la dose d'un huitième de grain; il augmente ensuite chaque dose d'un huitième de grain, jusqu'à concurrence de trois et même quatre grains.

3° Si le malade va bien après un traitement actif, il ne permet cependant des aliments solides que lorsque l'appétit est prononcé depuis plusieurs jours.

4° Les vomitifs et les purgatifs conviennent encore pendant le second septenaire; mais, cette époque passée, M. Jackson s'interdit tout traitement actif.

(The American Journal.)

Efficacité de l'actœa ramosa dans le traitement de la chorée; par le D. HARVEY LINDSLY, de Washington.

Une jeune personne de cinq ans était affectée de chorée depuis deux mois. Le 5 mars 1856, elle perdit la faculté d'articuler les mots, et fut réduite à pouvoir à peine faire entendre les mots de *oui* et *non*. Sa marche était incertaine et chancelante; la mastication et la déglutition étaient fort difficiles; elle ne pouvait même pas porter à sa bouche ses mains, qui étaient dans un tremblement continu. On eut d'abord inutilement recours au calomel, à la rhubarbe, aux ferrugineux et aux vésicatoires à la nuque. Lorsqu'elle fut amenée à Washington à

M. Lindsly, il lui prescrivit, conjointement avec plusieurs médecins, un régime tonique, mais non excitant, des exercices en plein air, des frictions sèches, des liniments stimulants le long du rachis et aux extrémités inférieures, de la rhubarbe et de la magnésie, mais seulement dans les cas de constipation, et trois fois par jour une cuillerée à thé de la poudre de racine d'*actœa ramosa*. Pendant les quinze premiers jours, elle ne prit que ce seul médicament: on lui adjoignit ensuite deux à quatre grains de carbonate de fer. Son état s'améliora rapidement. Lorsqu'elle quitta Washington, au bout de deux mois, elle était presque entièrement rétablie. L'auteur apprit à la fin de l'année que l'enfant continuait à jouir d'une parfaite santé. (*Ibidem.*)

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

FÉVRIER ET MARS 1859.

Restauration des lèvres ou chéiloplastique; par M. le docteur PAVAN, chirurgien à l'hôpital d'Aix (Bouches-du-Rhône).

Observations de restauration des lèvres (chéiloplastique); réflexions pratiques sur ce genre d'opérations. — Beaucoup de travaux ont été faits dans ces derniers temps sur l'autoplastique chirurgicale, ou sur l'art de restaurer les parties mutilées ou perdues d'une manière quelconque; et c'est de l'autoplastique relative à la face qu'on s'est principalement occupé. Les chirurgiens, qui ont eu l'occasion de rencontrer dans leur pratique des pertes de substance réparable, n'ont pas manqué de profiter de ces circonstances pour recourir aux ressources que leur offrait l'autoplastique; et plusieurs de leurs belles opérations, qui constatent l'heureuse hardiesse de l'art chirurgical et sa haute puissance, sont déjà connues du public par le moyen de la presse médicale. Ayant été moi-même assez favorisé déjà par les circonstances pour avoir eu à pratiquer plusieurs fois la chéiloplastique ou la restauration des lèvres, afin de réparer ces organes si essentiels aux fonctions de la bouche, et ayant employé à cet effet un procédé peu répandu encore, quoique infiniment plus avantageux que les méthodes auxquelles on avait eu recours dans ces derniers temps, j'ai cru devoir faire connaître au public les résultats avantageux que j'ai obtenus, ainsi que les réflexions pratiques que ces opérations m'ont suggérées.

Obs. I. — *Lésion grave de la face avec perte de substance; ablation de la lèvre inférieure; chéiloplastique; guérison.* — Un paysan des environs d'Aix, le nommé Matheron, s'amusait avec d'autres villageois, dans une fête patronale, à tirer des boîtes (petits mortiers fort usités en Provence). Une de ces boîtes ne partant pas assez tôt à son gré, Matheron veut s'en approcher, lorsque tout à coup l'explosion s'opère sur la figure de notre imprudent et la blesse gravement. Après qu'on lui eût donné les premiers soins que pouvait comporter son état, on se décida à transporter le blessé à l'hôpital d'Aix; et ce fut trente heures après l'accident que nous l'y vîmes arriver dans la journée du 30 octobre 1856, et voici dans quel état: la figure du malade est noircie par la poudre et couverte de sang coagulé; les yeux brillants et rouges, mais sans altération notable de la vue. La mâchoire inférieure, ayant subi le premier et le principal choc, est horriblement mutilée dans ses deux tiers antérieurs. Ainsi, les parties

molles du menton sont toutes meurtries, et la lèvre inférieure manque en totalité, l'explosion l'ayant emportée. Plusieurs fractures se reconnaissent au maxillaire inférieur: c'est ainsi que la portion osseuse qui supporte les dents incisives et canines inférieures a été détachée, et une solution de continuité verticale existe encore à l'os sur sa symphyse: nous croyons aussi remarquer une fracture du col du condyle maxillaire droit. Ajoutons encore qu'une partie de la face externe du corps de l'os maxillaire inférieur est à nu, dépouillée même de son périoste. Les dents antérieures de la mâchoire supérieure ont été cassées vers leur collet, et la lèvre supérieure a été aussi un peu échancrée près de la commissure droite. Quoique le malade ait perdu assez de sang, à ce qu'on nous dit, nous le trouvons encore assez fort pour espérer, malgré la gravité de sa blessure, que les bords de cette vaste solution de continuité se cicatriseront, et que les fractures se consolideront. Aussi avons-nous soin de rassurer son moral fortement affecté en lui promettant sa guérison prochaine. Nous faisons faire des fomentations émollientes sur la figure.

Quelques jours après, la détente inflammatoire s'opérant et les solutions de continuité donnant de la suppuration, au lieu des fomentations, nous les recouvrons d'une compresse fenêtrée et de gâteaux de charpie maintenus par des compresses et une fronde du menton.

Le malade fut pansé à peu près ainsi jusqu'à parfaite cicatrisation des plaies et consolidation des points fracturés, c'est-à-dire jusque vers la fin de décembre. Pendant tout ce temps, il avait été nourri avec des aliments liquides qu'on ingérait profondément dans la bouche à l'aide d'un biberon à long bec.

Malgré ce premier résultat obtenu, il n'en restait pas moins à la figure de cet homme une désagréable et pernicieuse difformité, à cause de la perte de la lèvre inférieure et de la portion osseuse qui supportait les dents incisives et canines inférieures. De là, en effet, résultait une déperdition continuelle de salive et un reflux hors de la bouche d'une partie des aliments liquides qui constituaient son unique nourriture. D'un autre côté, le point qui correspondait aux commissures, ou si vous voulez les extrémités du bord inférieur de la lèvre supérieure s'étant abaissés par suite du travail de cicatrisation et mis au niveau du sillon mento-labial, il résultait de cette disposition une concavité prononcée dans la direction du bord libre de la lèvre, laquelle était ainsi tirillée et pres-