

distinctement sous la forme de raclures d'intestins particulières à ce genre de maladie. Ici encore dans la membrane muqueuse, comme là dans le tissu cutané, a lieu un processus de régénération dont les phases particulières, en raison de la position cachée de la membrane, ne nous sont naturellement pas aussi bien connues que les diverses modifications de la desquamation.

Ad d. Enfin, quant à la forme déterminée de la formation dans des fièvres déterminées, que M. Albers exige encore des énanthèmes, malheureusement l'histoire naturelle de cette branche de la médecine n'a pas encore acquis assez de développement pour que je puisse indiquer d'une manière positive les formes diverses sous lesquelles ces efflorescences apparaissent sur la membrane muqueuse, ni de les ranger par groupes de symptômes déterminés. Cela ne saurait guère non plus être raisonnablement exigé, ces examens étant encore trop récents et leur exécution présentant de grandes difficultés. Mais je ne pourrais être d'accord avec cet estimable écrivain, quand il croit que les efflorescences énanthématiques de la membrane muqueuse, ne sont dans tous les cas que des formations semblables à la petite-vérole. De même que sur l'épiderme, il se présente sur la membrane muqueuse de l'intestin des efflorescences de formes différentes, telles que des taches, des vésicules, des pustules, des tubercules, etc., bien que le manque de membrane muqueuse, plus sensible à la stratis qu'à la cutis, mette des bornes à la variété des configurations. C'est pourquoi la conséquence que nous sommes quelquefois en droit de tirer, d'après certains caractères de cicatrices, de la préexistence de varioles, de varicelles ou de varicelles; d'une bonne ou d'une mauvaise vaccine, de même que d'après tel ou tel mode de desquamation, nous jugeons qu'il y a eu rougeole ou pourpre, nous permet souvent aussi, dans les énanthèmes cachés dans l'intérieur du corps, de juger, sur la diversité de formes des résidus anatomiques de la maladie, de la diversité des processus énanthématiques qui ont eu lieu. C'est en effet aussi ce qui a lieu, mais la différence dans la forme des abcès de la membrane muqueuse après divers états de maladies, peut échapper à l'observateur intelligent. Que l'on place à côté l'un de l'autre les intestins de personnes mortes du typhus abdominal, de la fièvre pituitaire muqueuse, de la dysenterie, etc., et l'on ne reconnaîtra pas dans les lésions intestinales de différences moindres que celles qui, d'après l'apparence extérieure des affections cutanées, nous font conclure à un caractère dyscrasique. M. le professeur Wagner, de Vienne, mort trop tôt pour la science, nous a fait souvent remarquer ces différences, et l'on trouve encore dans le musée pathologico-anatomique de l'hôpital de Vienne, des collections extrêmement instructives provenant des recherches de ce savant laborieux, sur ces diverses lésions de la membrane muqueuse. Il les a aussi supérieurement décrites dans les *Annales autrichiennes*.

Après avoir cherché à réfuter la deuxième partie de l'assertion d'Albers, et avoir démontré que les énanthèmes se caractérisent indubitablement par une maladie locale ressemblant dans ses symptômes principaux aux énanthèmes, nous arrivons

au dernier argument de cet honorable écrivain :

« Les causes de l'origine de l'énanthème doivent être semblables à celles qui produisent les énanthèmes. »

Mais, dit M. le professeur Albers, les énanthèmes principaux se présentent épidémiquement, et ce n'est que sporadiquement qu'apparaissent les principaux énanthèmes; les premiers se répandent le plus ordinairement au moyen d'une matière contagieuse, et cela n'a lieu dans les derniers que quand ils sont joints à des maladies contagieuses, et alors ce n'est point l'énanthème qui se transmet, mais bien cette maladie; les énanthèmes sont plus épidémiques, les énanthèmes plus endémiques; les énanthèmes naissent au lieu où la contagion s'est communiquée, ce qui, selon lui, dans les énanthèmes est absolument impossible.

Les recherches dont on nous a fait part, et qui ont eu lieu en Allemagne, en France et en Angleterre, sont contraires à cette opinion: que les énanthèmes ne se présentent que sporadiquement. Ce n'est que fort rarement que nous avons vu se présenter séparément des maladies typhoïdes, ni même le typhus abdominal désigné sous le nom de sporadique; bien que les épidémies de ce dernier n'affectent pas un aussi grand nombre d'individus que celles de la rougeole, du pourpre, de la petite-vérole, il n'en est pas moins vrai que l'on ne saurait désigner uniquement sous la dénomination de sporadiques, les maladies énanthématiques. Les archives de la science contiennent sur ces épidémies des rapports judicieux en assez grand nombre pour que nous ne croyions pas devoir nous arrêter plus longtemps sur ce point. L'apparition de l'épidémie de ces espèces de maladies ne diffère en rien des énanthèmes; on sait, par exemple, que le pourpre se naturalise durant de longues années dans certaines contrées, et disparaît ensuite pour longtemps.

Que les formes de maladies dont il est ici question se communiquent ou non par contagion, c'est ce que nous ne nous hasarderons pas d'assurer avec autant d'assurance que M. Albers; nous dirons seulement qu'il est des cas notoirement connus qui prouvent la communication par contagion. Mais jusqu'à présent personne ne sait au moyen de quels fluides, de quels produits absorbants la matière contagieuse se transmet, car on n'a pas encore, autant que je sache du moins, fait de tentative d'inoculation. Je ne me ferai donc pas scrupule d'élever des doutes sur l'exactitude de cette assertion: « que la contagion, dans les maladies énanthématiques, ne provient pas de l'énanthème même, mais bien d'une maladie coexistante. » Je ne saurais non plus approuver cette deuxième assertion: « que les énanthèmes paraissent toujours au lieu sur lequel la contagion s'est portée, et qu'en cela ils se distinguent des énanthèmes. » Car, ne pourrait-on pas aussi bien supposer que la première invasion et le germe de la contagion énanthématique, ordinairement volatile, se développent dans ces organes, qui réagissent d'abord contre cette invasion dans l'organisme, et produisent les premiers symptômes de la maladie: cette base est la membrane muqueuse de la gorge dans la fièvre scarlatine, celle des voies respiratoires dans la rougeole, etc.

Nous croyons avoir démontré que la ressemblance entre les formes de maladies énanthématiques et énanthématiques, selon les arguments mêmes de M. le professeur Albers, n'est pas tout à fait sans fondement; que

1° Dans les formes énanthématiques, comme dans les énanthématiques, il y a une maladie générale qui dans ses caractères présente de l'analogie;

2° Que la maladie locale, dans les énanthèmes, d'après les symptômes principaux est la même que dans les énanthèmes;

3° Qu'aussi en ce qui concerne les causes prédisposantes, cette ressemblance peut à peine être méconnue.

(N° XL et XLI, 1858.)

Du bruit de cuir neuf comme signe diagnostique dans les affections abdominales; par M. J.-B. KYLL, docteur en médecine, à Cologne.

Le bruit de cuir neuf, nommé *lederknarren* par les Allemands, *leather creak* par les Anglais, est un symptôme important qui se présente dans les maladies de l'abdomen. Ce symptôme acquiert, sous le rapport diagnostique, d'autant plus d'importance qu'il se présente dans l'ascite, et que dans certains cas, c'est à son aide que l'on constate la cause prédisposante, qui nous échappe si souvent. On a cru jusqu'à présent avoir remarqué ce signe dans des maladies de nature bien différente. M. Récamier cherche la cause de ce bruit dans la présence d'acéphalocystes de Laënnec; M. Piorry, dans une grande quantité d'hydatides qui se touchent dans une cavité commune; Bright prétend l'avoir remarqué dans les affections du péritoine et des organes abdominaux, et le regarde en cela comme signe diagnostique. Il dit « qu'en pressant du doigt sur l'endroit où existe la lésion, on y remarque une sensation particulière, qui tient le milieu entre le craquement que cause un emphysème, et la sensation que l'on éprouve dans la main en pliant un morceau de cuir neuf. » On le reconnaît encore, selon lui, par une sensation semblable à celle que cause le frottement, avec le doigt ou la main, sur un verre humide. Il rapporte divers cas dans lesquels il a reconnu ces particularités, et qui, lors de la dissection, présentèrent des lésions du péritoine abdominal. Beatty l'attribue au frottement de deux surfaces rudes, couvertes de lymphes produites par l'exhalation. Corrigan, se rangeant à cette opinion, raconte qu'il s'est convaincu que ce n'est que le *diapédésis* (*Ausschwitzung*) qui se présente dans tout le cours de la maladie qui occasionna ce bruit, que l'on put, depuis le commencement jusqu'à la fin de la maladie, reconnaître plus ou moins distinctement. Mais lorsqu'il y a des adhésions, cela n'a, au contraire, été remarqué que dans le temps qu'elles se développaient et que la lymphes était encore molle, ainsi que vers la fin de la maladie, lors de la complète formation des adhésions. Dans le cas que rapporte Corrigan, il ne se trouva ni hydatides libres, ni adhésions. Un cas que j'ai remarqué

moi-même, et que je communiquerai plus bas, me fait adopter la manière de voir de Beatty et de Corrigan; car je ne trouvai non plus ni tuméfaction, ni hydatides.

C'est avec le craquement d'un morceau de cuir neuf que ce signe a le plus de rapport, et l'on doit préférer cette comparaison à celle du doigt ou de la main que l'on frotterait sur un verre mouillé. Quand on veut observer ce signe, il faut du doigt presser modérément sur l'endroit où a lieu le bruit, car si la pression est plus forte, il se perd. Ce bruit se communique au doigt et paraît être transmis à l'oreille, mais il peut être entendu par celle-ci, lorsque l'on pose le stéthoscope à cet endroit, en pressant promptement et exactement, mais avec modération, les deux côtés du ventre. Le toucher seul nous indique que ce bruit n'a pas son siège dans la profondeur du ventre, mais qu'il doit être très-près des muscles abdominaux, parce qu'il n'est que fort superficiel. Selon la position anatomique, ce ne pourrait être que le péritoine qui tapisse la paroi abdominale, et il m'importait de démontrer au moyen de dissections dans quels états malades ce bruit se fait entendre, afin qu'il puisse être reçu comme signe diagnostique de cette maladie.

Le cas que j'ai observé s'accorde avec ce que rapportent Beatty et Corrigan; il ne s'y trouvait ni difformités, ni hydatides libres, mais le péritoine était recouvert d'une pseudo-membrane produite par l'exhalation d'une lymphes plastique. Ainsi l'on ne doit regarder que comme accidentelles et comme n'appartenant pas à ce symptôme, les lésions du péritoine jointes à d'autres organes ou à des hydatides, car ce n'est que cette membrane avec la lymphes qui la recouvre, qui produit ce bruit. Cela ne peut donc être regardé que comme signe d'une inflammation préexistante qu'une couche de lymphes recouvre. Sous ce rapport, c'est un symptôme important pour reconnaître la cause prédisposante dans beaucoup de cas d'ascite. Jusqu'à présent, toutes les fois que cela a été remarqué, il y avait toujours ascite; conséquemment on ne saurait encore dire si ce bruit a lieu aussi dans les inflammations chroniques du péritoine avant que l'ascite se soit formée, et si ce symptôme se présente également lors de la péritonite dans la fièvre puerpérale, si cette fièvre a occasionné la sécrétion de la couche de lymphes. Sous le rapport pratique, cela serait d'une haute importance, en ce que, si cela avait réellement lieu, nous aurions un signe certain de l'inflammation chronique du péritoine, dont les symptômes acquerraient par là plus de certitude, et nous mettraient à même d'employer, à temps des remèdes pour combattre cette inflammation, avant qu'elle ne dégénérât en ascite, qui dans ces cas devient presque toujours mortelle. Cela mérite assurément toute l'attention des praticiens, et mon but est de les engager à s'occuper de ce point important. Dans le cas que j'ai eu occasion d'observer, le malade ne s'adressa aussi à moi que quand l'ascite s'était déjà formée. J'entendis le bruit dès la première inspection du ventre, et il en fut de même jusqu'au moment de la mort. La paracentèse fut faite trois fois, et après chaque évacuation de l'eau, le bruit, ainsi que dans le cas de Corrigan, devenait plus fort. Lorsque le ventre était fort distendu par

le liquide, il était moins distinct et parfois on ne pouvait l'entendre. Cela provient probablement de ce que, dans une grande extension du ventre par l'eau, celle-ci presse trop fort contre la peau, qui s'étend aussi outre mesure. Corrigan essaya de placer l'un sur l'autre deux morceaux du péritoine coupés après la mort et dont la surface était recouverte de lymphes; il les pressa, les frotta et le bruit se fit entendre; cet essai réussit même les deux morceaux étant placés sous l'eau.

Un homme de 47 ans, dont le métier était de chauffer les poêles dans un collège royal, était affecté d'ascite depuis deux ans; il éprouvait de temps en temps dans l'abdomen des douleurs piquantes partant de la superficie; il avait la langue blanche et chargée, l'appétit diminué, la bouche sèche, de la constipation; ses forces diminuaient; il y avait tension avec des picotements qui allaient d'une hanche à l'autre à travers l'abdomen. Plusieurs médecins que l'on consulta sur la nature du mal, furent d'avis différents: l'un d'eux prétendit que c'était un rhumatisme et le traita en conséquence; un autre dit que c'était une affection hémorrhoidale; un troisième déclara que c'était une faiblesse dans la digestion. Lorsque j'examinai le malade, sa mine était pâle, terreuse, blafarde; ses forces étaient affaiblies; sa langue constamment chargée, le bord plus rouge qu'à l'ordinaire, la bouche sèche; il avait des dispositions à l'obstruction, de la maigreur; il ne pouvait marcher un moment sans se fatiguer; il inclinait ordinairement un peu le corps en avant, voulant par là diminuer la tension douloureuse de l'abdomen. Le canal de l'urètre était rétréci et l'urine d'une teinte foncée. La peau était sèche; il n'avait pas de fièvre. Tout le corps était tuméfié, et l'on pouvait, dans sa partie inférieure, entendre la fluctuation de l'eau; l'abdomen était douloureux au toucher; dans la ligne blanche, la largeur de la main au-dessus du nombril jusques vers cette dernière partie, on entendait le bruit de cuir neuf, qui, dans toutes les positions, était bien distinct. D'après ces symptômes, je jugeai qu'il y avait inflammation chronique du péritoine avec épanchement de lymphes, et ascite. C'étaient probablement les occupations de cet homme qui avaient causé la maladie, car il avait beaucoup de poêles à chauffer; il allait chercher le charbon dans une cave profonde, il le portait devant lui dans un panier appuyé contre son ventre, ce qui causait journellement aux organes abdominaux une forte pression. Des sangsues, des ventouses sur le ventre, des vésicatoires souvent réitérés et maintenus en suppuration, du calomel avec la digitale ne produisirent aucun changement; l'accumulation du liquide dans l'abdomen devint toujours plus forte, et les pieds commencèrent à s'enfler. Pour lui procurer du soulagement, je fis la paracenthèse, et je retirai un demi seau d'eau. Après cette opération, le bruit de cuir, que, lors de la grande extension du ventre, on pouvait à peine entendre, était redevenu tout à fait distinct. Ce ne fut que pour fort peu de temps que la paracenthèse procura du soulagement; six semaines après, le ventre était aussi enflé qu'au paravant. L'œdème des pieds avança davantage; il y eut des accidents de suffocation, et fièvre hectique. Je réitérai la paracenthèse, pour lui rendre moins à

charge les derniers instants de sa vie. On retira encore une quantité presque aussi grande d'eau. Après cette évacuation, les accidents de suffocation cessèrent, mais les forces diminuèrent de plus en plus, et le liquide revint promptement. Au bout de trois semaines, le malade fut en danger de suffoquer, et à son instant prière, je dus entreprendre la paracenthèse pour la troisième fois. L'évacuation fut plus minime, mais le bruit de cuir plus fort. Peu de temps après, le malade tomba dans la stupeur, et il mourut dans des attaques d'apoplexie.

Lors de la nécropsie, on trouva le cadavre maigre, les extrémités inférieures gonflées, le ventre enflé, et l'on entendait encore le bruit de cuir au même endroit. On ne trouva ni pendant la vie, ni après la mort, nulle inégalité, nulle tumeur particulière dans le ventre. Dans la cavité du crâne, les sinus et les veines étaient remplis d'un sang noir; il y avait dans la cavité de la poitrine un épanchement d'eau, ce qui occasionnait aux poumons une pression vers la colonne vertébrale; les poumons et le cœur étaient sains et contenaient beaucoup de sang noir. Après l'ouverture de la cavité abdominale, le péritoine dans les environs des muscles de cette partie, c'est-à-dire depuis le colon transverse jusqu'à quelques pouces au-dessous du nombril, dans une largeur de 4 pouces, se trouvait lâche, considérablement épaissi par une substance membraneuse à son côté interne, et difficilement déchirable. Il n'y avait d'adhésions ni avec l'épiploon, ni avec l'enveloppe externe des intestins. Après que l'on eut repoussé la coiffe, on reconnut une tumeur de la grosseur des deux poings, entre les intestins grêles, précisément vis-à-vis de l'endroit malade du péritoine. Cette tumeur avait son siège sur le mésentère de l'intestin grêle, près de la colonne vertébrale, et c'était un *fungus medullaris*. La surface de cette tumeur était inégale, raboteuse, molle, plus étroite à sa base, ressemblant en couleur à la substance du cerveau. Lors de l'incision, la substance cellulaire, parenchymateuse de cette tumeur avait la consistance d'un pus épais; un tiers en était, près de la périphérie, rougeâtre et riche en vaisseaux sanguins; la partie centrale avait l'apparence du phlegmon. Elle se trouvait sur le mésentère, dont les vaisseaux sanguins, dans le voisinage de cette tumeur, étaient dilatés; les veines se distinguaient particulièrement par leur épaisseur et par une teinte noire prononcée. Près de cette tumeur, il se trouvait des rangées entières de glandes mésentériques durcies. Tous les autres organes abdominaux étaient à l'état normal.

Bien que cette tumeur eût une grosseur considérable et s'étendit jusqu'à la paroi abdominale, on n'aurait pu, néanmoins, ni durant la vie, ni après la mort, la découvrir par le toucher avant que la cavité du ventre ne fût ouverte. C'était assurément à cause de sa substance molle, fluctuante, qu'on ne pouvait la découvrir, car si c'eût été à cause de l'eau, on aurait, au moins après la paracenthèse, pu la sentir. On ne saurait décider si l'inflammation chronique du péritoine provenait de la pression causée par cette tumeur, ou si c'était une maladie indépendante de cette dernière, ou bien encore si toutes les deux n'avaient qu'un rapport causal.

(N° XLV, 1858.)

BERLINER

MEDICINISCHE CENTRAL-ZEITUNG

Von Dr. J.-J. SACHS.

Huile de croton tiglium, employée comme spécifique dans l'otalgie rhumatismale et l'otalgie; par le chirurgien GUNTHER, de Kayne, près de Zeitz.

L'auteur prétend que cette huile est un véritable spécifique contre les douleurs rhumatismales des dents. Il l'avait d'abord employée extérieurement dans la coqueluche. A la vérité, les accès diminuèrent bientôt, mais dans aucun cas, la toux ne discontinua. Peu de temps après, en faisant usage de ce remède d'abord sur lui-même, puis dans beaucoup de cas sur d'autres, pendant 4 ans, contre les douleurs rhumatismales des dents, Gunther apprit à en connaître l'effet extraordinaire. Si la carie d'une dent est la cause du mal, le succès n'est pas certain, mais il est complet toutes les fois que le mal est causé par une irritation rhumatismale des nerfs dentaires, même des dents cariées. Ce résultat extraordinaire engagea Gunther à employer aussi l'huile de croton dans les cas non moins fréquents d'otalgie, et cela a été pour lui le plus sûr moyen d'empêcher l'otalgie de dégénérer en otite. Parmi les cas nombreux qu'il traita au moyen de cette huile dans l'espace de 5 ans, nul ne vint à l'état d'otorrhée, quoique le mal eût souvent duré deux ou plusieurs jours, et même lorsque le troisième stade, le stade de l'écoulement, a paru, ce qui a lieu surtout chez les enfants, où le mal n'est le plus souvent reconnu que quand l'écoulement commence, on voit encore l'action salutaire de l'huile employée en frictions devant ou derrière les apophyses mastoïdes. Il faut réitérer quelquefois, tous les 4 ou 6 jours, les frictions. On donne aussi deux ou trois fois par jour au malade de l'*aq. kreosoti* de la manière suivante: *Rec. inf. chamon. vulg. e ʒj par ʒj. aq. kreos. ʒj. M. D. S.* quelques gouttes introduites dans l'oreille, en préservant celle-ci de l'air au moyen de coton. Ce traitement fait obtenir, souvent d'une manière fort prompte, non-seulement la suppression de l'écoulement, mais aussi une amélioration de l'ouïe. Pour arriver à ce résultat, il ne faut jamais se servir de l'huile de croton d'un jaune-brun, que l'on trouve également dans le commerce, mais bien de la belle huile d'un jaune-citron, et il ne faut jamais non plus laisser au malade lui-même l'emploi de ce remède. On procède ainsi qu'il suit: le malade se place de manière que le côté sain de la tête soit posé sur une base solide, un coussin de sofa, etc.; le médecin se tient à côté du malade de manière à pouvoir agir commodément, il fait tomber de 2 à 4 gouttes de pure et véritable huile de croton (selon la vulnérabilité de l'organe de la

peau), sur l'enfoncement qui se trouve entre le processus mastoïdeus et le cartilage du côté souffrant. Ensuite pour fixer la peau, on saisit d'une main le cartilage, pendant qu'avec le doigt médius de l'autre main, on frictionne soigneusement en mouvements circulaires, continuellement dans la même direction, l'huile instillée, 5 à 8 minutes durant, et cela comme si l'on voulait pénétrer avec le doigt frictionnant, sur lequel on place pour l'appuyer l'indicateur, dans l'espace triangulaire limitrophe du processus mastoïdeus, du rameau ascendant maxillaire inférieur et de la partie inférieure externe de la conque de l'oreille, mais en évitant avec soin de toucher l'oreille avec l'huile, et en faisant attention de ne pas étendre les mouvements circulaires au delà du diamètre d'une pièce d'un franc, car l'érythème qui en moins de deux heures se développe, s'étend déjà sur les parties environnantes. Il faut apporter l'attention la plus soutenue, comme si l'on voulait surabonder (*ueberstroemen*) la propre force des nerfs au moyen du doigt qui agit, à continuer ces mouvements circulaires dans une seule et même direction, conséquemment jamais à rebours, jusqu'à ce que toute l'huile ait disparu; ensuite on essuie exactement avec un mouchoir l'huile qui peut rester à l'entour, particulièrement à l'oreille, et l'on défend au malade de porter la main à cette partie et d'envelopper l'oreille d'un mouchoir noué par derrière et descendant au-dessous du menton. Pour éviter tout contact en cet endroit, on fait porter, durant quelques heures, un mouchoir de toile passant derrière l'oreille.

(N° du 19 novembre 1858.)

Nouvelle méthode d'enlever la cataracte; par M. PAULI, docteur en médecine à Landau.

M. Pauli a opéré sur 25 individus 44 yeux affectés de cataracte; il n'y eut dans ce nombre que deux yeux qui ne recouvrèrent pas la lumière. Il a décrit sa méthode dans la *Gazette mensuelle de médecine*, d'Ammon, I. 2. p. 97; nous en extrayons ce qui suit:

L'aiguille dont il faut se servir doit être courbée et n'être pas trop fine, afin que la capsule ne se déchire pas au plus léger contact et puisse être ensuite retirée. L'élargissement des pupilles, la position du malade, celle de l'opérateur et de son aide sont les mêmes que dans la keratonyxis.

1. *L'incision à travers la cornée* se fait par le milieu de cette dernière, en tenant comme une plume à écrire l'aiguille courbée, dirigeant la convexité en haut, les bords aigus vers l'intérieur et l'extérieur. Dès que l'aiguille a pénétré vivement à travers la cornée, il faut un peu abaisser le manche, afin que le côté convexe reste dirigé vers la lentille et que la capsule ne soit pas percée de part en part.

2. *Incision dans le corps vitré.* Lorsque l'on a dépassé le bord lenticulaire, on fait faire à l'aiguille un demi-tour sur son axe, de telle sorte que la concavité se trouve alors vers le bas sur le bord lenticulaire, la convexité vers le haut, on baisse le manche encore un peu plus vers la joue et l'on fait

sur ce bord, dans le corps vitré, au moyen du tranchant de l'aiguille, une entaille presque semi-circulaire vers le haut et le bas, en pénétrant un peu, de droite à gauche ou de gauche à droite. Cette entaille dans le corps vitré doit avoir au moins le diamètre de la lentille, ou mieux encore être un peu plus grande, pour que la lentille puisse passer librement à travers la division de la membrane hyaloïde. Le corps ciliaire, placé sur le corps vitré dans la capsule, lequel lors de la dépression est toujours offensé, échappe en ce cas à une lésion, à une meurtrissure; car lorsque l'on sépare la capsule du corps ciliaire les vaisseaux de la première n'en sont pas précisément déchirés.

5. *Enlèvement de la lentille.* Après l'hyalotomie, on retire dans la chambre antérieure de l'œil, la lentille dans la dernière des directions que nous venons de déterminer, sans endommager la capsule de la lentille, et ensuite, en relevant le manche, on fait avancer avec soin la pointe sous le bord inférieur de la lentille, afin de ne pas léser la capsule. Lorsque la pointe de l'aiguille a passé le bord inférieur de la lentille, la plus forte largeur de l'aiguille étant dirigée sur sa partie inférieure et externe, on presse cette dernière pour la faire remonter vers le corps vitré, en inclinant par en haut et vers l'intérieur le manche de l'aiguille. On fait facilement remonter la lentille ainsi que sa capsule, s'il n'existe pas d'adhésions particulières. (Les adhésions à la paroi antérieure de la capsule se séparent en tournant, avant de diviser le corps vitré, l'aiguille par son côté tranchant, circulairement autour de la lentille, néanmoins toujours sans endommager la capsule, dirigeant pour cela la surface convexe vers la lentille. Cependant s'il se trouvait des adhésions anormales dans le groupe hémisphérique, ce que l'on n'apprend que quand on ne réussit pas en voulant faire remonter la lentille, il faut, lorsque la pointe de l'aiguille est parvenue au bord inférieur de cette dernière, faire faire à l'aiguille un demi-tour sur son axe, pour que sa surface concave repose sur le bord de la lentille et que sa pointe se trouve derrière, et dans cette direction, remuer circulairement l'aiguille autour de la lentille; par ce moyen l'instrument sépare la plus forte partie des adhésions, car celles-ci se trouvent plutôt à la périphérie de la capsule postérieure que dans son centre).

4. *L'extraction de l'aiguille hors de l'œil* se fait lentement et de telle sorte que l'on en suive la courbure en abaissant le manche; lorsque la plus grande largeur de la surface de l'aiguille est parvenue dans la cornée, au moyen d'une douce pression de côté, la blessure de cette dernière. Alors, après que l'aiguille est entièrement retirée, l'humour aqueux s'écoule en quantité. On ne dit pas qu'après l'opération il faille placer dans une position particulière la personne que l'on a opérée. — Le but principal de ce procédé est d'entreprendre la dislocation de la lentille, sans meurtrir ou déchirer la membrane hyaloïde, ainsi que cela a lieu lors de la dépression et de la réclination, et de produire de cette manière un moindre degré d'inflammation.

(N° du 14 septembre 1858.)

La rougeole avec diverses complications. — Vomissement et perte de sang chez un enfant nouveau-né. — Poux d'une nouvelle espèce; communiqué par M. le professeur MARTIN, médecin à Jena.

Depuis le mois de septembre 1857 jusqu'au commencement de juillet 1858, il régna ici une épidémie de rougeole, à laquelle s'était jointe la coqueluche; parmi les 112 malades que j'eus à soigner, il se présenta six cas de complication avec l'angyna laryngea et trachealis; et 7 cas d'affection (exclusive et préexistante, même avec exanthème) de la membrane muqueuse du canal intestinal, particulièrement des gros intestins et du rectum. Ces deux formes de rougeole des membranes muqueuses présentèrent des particularités qu'il pourra être utile de faire connaître. Des six premiers cas, qui tous se présentèrent lors du froid extrêmement rigoureux de janvier et de février 1858, il y en eut 5 avec symptômes de croup (un chez un garçon de 5 ans, le second chez un garçon de 14 ans, et le troisième chez une fille de 15 ans non encore nubile), et dans ces deux derniers cas, l'affection de la membrane muqueuse du larynx précéda immédiatement l'éruption; chez le plus jeune enfant, cette affection, produite par un refroidissement, succéda à l'exanthème. Je donnai comme émétique au garçon de 14 ans *cuprum sulphur.*; les deux autres malades furent bientôt délivrés de tout danger au moyen de *hepar sulphuric. calc. gr. 1/25* et alternativement *R. Spong. mar. tost. 2 gutt.* Je remarquai, en même temps que les efflorescences de l'exanthème, les 5 autres cas de rougeole du larynx et des voies respiratoires, chez deux jeunes gens de 22 et de 25 ans, et chez une femme de 56. Dans ces trois derniers cas, les symptômes étaient: enrouement jusqu'à extinction de voix, une toux courte, sèche au commencement, douloureuse, avec une grande difficulté dans la respiration, difficulté qui, dans la nuit, allait presque jusqu'à la suffocation; une fièvre violente, du délire; la membrane muqueuse de la bouche et du nez était rouge et se détachait, dans les 5 ou 6 jours suivants, en lambeaux plus ou moins grands; la toux fit rejeter peu à peu des crachats puriformes et elle dura jusqu'à l'entière desquamation de la peau. Dans un autre cas semblable (chez un homme de 58 ans), où les précurseurs du catarrhe étaient joints à des défaillances, et où une éruption blanche du purpura se présenta sur tout le corps le 7^e jour de la maladie, après que l'exanthème de la rougeole eût pâli et avec les symptômes ordinaires de grande anxiété, la desquamation de la membrane muqueuse menaça de passer à l'état de blennorrhée des poumons. Tous ces cas, sans qu'il fût nécessaire de tirer du sang, eurent une issue parfaitement heureuse, bien que les symptômes eussent pu paraître dangereux; chez l'homme de 58 ans, dans la quatrième semaine de la maladie, il se présenta successivement plusieurs abcès. Nous devons encore faire observer que dans l'épidémie dont il est ici question, on remarqua très-fréquemment chez les malades une difficulté douloureuse d'avalier, et une affection de la membrane muqueuse de la gorge. L'affection des voies respiratoires par la rougeole était bien plus

commune que celle de la membrane muqueuse intestinale des cas que nous avons décrits plus haut; cette dernière affection avait précédé la rougeole et même dans deux cas, elle se borna à cette membrane; chez un très-grand nombre de malades, on en trouva, à la vérité, l'induction au moyen des fréquentes évacuations brunâtres qui avaient lieu avec un résultat favorable vers le 6^e ou le 7^e jour de la maladie; chez plusieurs autres, il y avait de très-fréquentes envies d'aller à la selle avec de faibles évacuations, même jusqu'au *prolapsus ani*; alors la membrane muqueuse paraissait d'un rouge vif. Dans ces deux cas, l'exanthème se passa sur la peau d'une manière tout à fait normale, néanmoins à un degré médiocre; il y manquait tous les précurseurs de l'irritation catarrhale des yeux et du nez; par contre, il se montrait des incommodités dans le bas-ventre, manque d'appétit, une diarrhée à la suite de douleurs; plus tard même, principalement chez l'un des deux malades, homme vigoureux de 56 ans, des évacuations mêlées de sang et d'une odeur extrêmement fétide. Cette rougeole du gros intestin et du rectum existait sans affection sensible de l'estomac, de sorte que les malades avaient de l'appétit; l'issac, dans les deux cas, fut favorable; la coqueluche, qui se présenta ici en même temps que la rougeole, traîna pourtant bien plus en longueur, et dans quelques cas elle fut extrêmement opiniâtre; ne serait-ce qu'à cause de cette longue durée, je ne saurais partager l'opinion, émise dans ces derniers temps, qu'elle provient de la rougeole des voies respiratoires. Je ne dois pas passer sous silence que dans le courant de cette année (1858), on a remarqué une grande quantité de cas de furoncles, de purpura et de scorbut, une fois même avec une issue devenue subitement mortelle par une extravasation de sang dans les lobes gauches antérieurs du cerveau.

Je rapporterai également ici une observation faite dans la maison d'accouchement de cette ville. Un enfant vigoureux, fort pléthorique et par cette raison ayant une teinte rouge-bleuâtre, qui ne manqua pas néanmoins de crier aussitôt après sa naissance et qui respirait convenablement, rendit, après 6 heures d'un sommeil paisible, à diverses reprises une quantité considérable de sang rouge liquide, et dans les 6 heures suivantes, il perdit encore tant de sang noir par l'anus, que le tout dépassait une demi-livre. Lors du premier vomissement, cet enfant n'avait pas encore pris le sein de sa mère, qui était parfaitement saine, et après cette perte de sang, il n'éprouva, si l'on n'en excepte la pâleur de la peau, aucune incommodité remarquable, et 15 jours après, il sortit bien portant avec sa mère.

La semaine passée, j'ai eu occasion d'observer et de traiter une phthiriasis; je n'en dirai ici que quelques mots, me réservant d'entrer une autre fois dans des détails plus circonstanciés. Une Irlandaise, qui avait vécu aux Indes-orientales depuis ses premières années, conçut et mit au monde en Allemagne un garçon bien constitué, qui fut sévré au bout de 15 semaines à cause de l'irritabilité nerveuse de la mère; il se trouva bien du lait de vache jusqu'au commencement d'août. A cette époque, il se montra de petits bourgeons rouges au cou, aux bras et à la partie velue de la peau de la tête; néanmoins l'enfant se

portait toujours de mieux en mieux; en le lavant, le 27 août, la mère remarqua des petits points rouges au bout de plusieurs des bourgeons, et à une crevasse du coude gauche un amas de 10 ou 15 de ces pointicules d'un rouge orangé. En les examinant plus attentivement, on remarqua que quelques-uns se remuaient, et sous la loupe, de même qu'à l'aide du microscope, on reconnut que ces animalcules étaient une sorte particulière de poux, avec 5 paires de jambes, une petite trompe et un ventre rond ovale, uni et soyeux; la teinte rouge, qui provenait probablement de deux points de même couleur au sommet de la tête, paraissait caractéristique. Un de mes amis, M. le professeur Koch, pense que cette espèce de poux n'a pas encore été décrite. Des recherches soigneuses dans l'entourage de l'enfant donnèrent la certitude que ces animalcules ne pouvaient provenir que de la peau, et c'est une nouvelle preuve qui vient à l'appui de la *generatio æquivoca*. Je dois ajouter que cette engance diminua promptement dans les jours suivants, de sorte que présentement, en faisant prendre à l'enfant de simples bains de farine d'amandes, on trouve à peine chaque jour un de ces poux.

(N° du 2 novembre 1858.)

De l'emploi du lactucarium dans les ophthalmies catarrhales; par le Dr RAU, de Berlin.

J'ai employé le lactucarium avec une utilité incontestable dans les nombreuses ophthalmies catarrhales que j'ai traitées.

Les inflammations catarrhales de la conjonctive chez les personnes jeunes, éréthiques, ayant les cheveux blonds et les yeux bleus, mais particulièrement chez les enfants et les femmes, sont celles que le lactucarium peut combattre le plus sûrement. Dans les degrés médiocres, le mal forme évidemment ici un *terminus medius* entre la congestion et la véritable inflammation accompagnée d'un état éréthique des nerfs de l'œil. C'est de là que provient l'extrême sensibilité de l'œil, qui se trouve souvent sans aucun rapport avec le degré d'injection des vaisseaux, qui à la vérité ne dégénère pas en une aussi vive crainte de la lumière que dans la complication scrofuleuse, mais qui est toujours fort à charge, dure surtout longtemps le soir à l'aspect de la chandelle allumée, même ne disparaît pas toujours à l'apparition de la sécrétion de la viscosité, et au contraire accompagne fort souvent la maladie jusqu'à sa fin.

Dans ces circonstances, on emploie ordinairement des collyres de sulfate de zinc, de sublimé, etc., avec ou sans addition d'opium et de teinture d'opium, mais cela ne produit guère d'effet. Après des tentatives infructueuses, on laisse ce remède de côté, on tourmente le malade au moyen de vésicatoires, et l'on voit, dans les cas les plus heureux, la maladie avancer lentement vers son terme.

Nous possédons dans le lactucarium, dont les effets se distinguent avantageusement de ceux de l'opium par une influence locale moins irritante, un remède qui, en ramenant à l'état normal l'éréthisme des