

Ce journal paraît trois fois par semaine :

LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADEMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandat de poste ou en trésor à Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a instillé au favor de la Gazette un fonds de 3.000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7.000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

SOMMAIRE. — Paris. Sur la sécheresse de l'Académie de médecine. — Hôpital-Dieu. — Hôpital-Dieu d'Orléans (M. Vallet). Application de l'enterotome dans un cas de plante profonde longeant le rectum ; guérison. — Sur le développement et la structure des dents humaines. — Mésange céphalique : de l'emploi de l'huile de croton dans cette affection. — Corps étranger mobile dans l'articulation du genou droit. — Académie de médecine, séance du 9 mars. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 10 MARS 1858.

Séance de l'Académie de médecine.

La discussion sur la fièvre puercale, à raison d'un orateur par semaine, menace de conduire loin. Ce ne sera qu'un médiocre inconveniient, s'il ne ressort quelque chose d'utile. Nous ne saurions dire encore si elle aura ce résultat, mais nous inclinons à la penser. La question, bien posée par M. Guérard, examinée sous presque tous ses aspects, déclarée en plusieurs points par M. Depaul, vient d'être placée par l'argumentation de M. Beau en plein terrain de la contradiction. C'est de ce choc d'opinions que nous attendons justement quelque lumière. Mais nous sommes loin du terme. Sachons donc attendre que les principales opinions dissidentes et les doctrines qu'elles impliquent se soient fait jour jusqu'à la tribune.

Dans la deuxième partie de la séance M. Verneuil a lu un travail historique et critique sur l'abutoplastie, qui a été écouté avec un vif intérêt. La nature de ce travail n'écompte aucune analyse. Dans l'impossibilité où nous sommes de le publier intégralement, nous en reproduisons dans le compte rendu un rapide résumé. — Dr Brochon.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Du sevrage et de ses rapports avec le choléra infantile (1).

Lorsqu'un enfant, dans ces mauvaises conditions de sevrage hors de propos, prend la diarrhée, cette diarrhée n'inquiète généralement pas d'abord les familles; on l'attribue au travail de la dentition, et non-seulement sur ne s'en inquiète pas, mais encore on juge que c'est un phénomène favorable. C'est là un déplorable préjugé. Depuis vingt ans, je m'deve, pour ma part, énergiquement contre lui, et plus j'avance dans la pratique, plus je le combat de toutes mes forces. Les enfants pris de diarrhée au moment du sevrage succombent très-souvent, ils sont du moins extrêmement malades; les accidents les plus sérieux en sont la conséquence, et il n'est pas jusqu'aux convulsions qui ne soient plus fréquentes chez les enfants dans ces conditions que chez eux qui ont de la constipation; non pas que je veuille dire que les convulsions ne doivent pas être combattues par les purgatifs, mais je tenais à établir un fait en contradiction avec l'opinion vulgaire que le médecin se voit souvent opposé dans sa pratique. Suivant cette opinion, la diarrhée est une chose utile aux enfants qui font des dents, tandis que l'expérience m'a prouvé, à moi et à d'autres, qu'il n'est autrement. En effet, en beaucoup de cas, les convulsions surviennent à l'occasion d'une indigestion. Or quelle cause plus favorable à l'indigestion qu'une diarrhée qui dure depuis quelque temps ? Un certain degré de constipation, pourvu qu'il ne dépasse pas certaines limites, car il ne faut pas aller d'un extrême à l'autre, un certain degré de constipation est donc chose avantageuse à l'époque de la dentition.

La sympathie existant entre les différentes parties du tube digestif, nous donne la raison des troubles éprouvés par l'estomac et l'intestin, lorsque la bouche est aussi malade qu'elle l'est chez les enfants, par le fait de l'évolution des dents. Le tube digestif ainsi disposé, l'indigestion se produit avec la plus grande facilité à la plus petite occasion. Si cette indigestion n'est pas l'inflammation, elle peut la produire lorsqu'elle se répète fréquemment. L'enfant prend donc de l'enterite; celle-ci se caractérise par des garde-robés diarrhéiques glaçurées, puis lientériques, le malade rendant dans ses selles des caillottes de lait indiquant que la digestion stomacale et intestinale ne s'opère plus, et que l'aliment, le lait, à travers le tube digestif sans avoir subi le travail qu'il devait subir. A cette diarrhée, à cette lientérite, s'ajoutent des vomissements, et si alors l'enfant subit l'influence de la constitution saisonnière que nous avons signalée, le choléra se déclare.

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

Le choléra éclate d'une manière soudaine et se présente avec les symptômes suivants :

La physionomie du malade a tout à coup changé. Jusque-là il était aimable, ses chaines étaient flasques, mais on ne constatait rien de plus. Alors les yeux sont profondément excavés; ce fait vous frappe, comme il avait frappé la famille; l'enfant pousse des cris incessants, souvent étouffés, car sa voix est altérée, comme elle l'est dans le choléra asiatique, à un moindre degré il est vrai.

Les vomissements, de nuls ou rares, sont devenus excessivement fréquents; le malade rejette toutes les boissons qu'on lui fait prendre; cependant il est tourmenté d'une soif vive, qui accuse par ses cris, son impatience, par le mouvement des lèvres qu'il ouvre et ferme alternativement comme pour humer un air plus frais, sorte de mimique qui trouve sa confirmation dans ce fait, qu'au contraire de l'adulte, il avale la soupe ou une boisson sans se préoccuper vers elle avec une véritable voracité. Les vomissements sont bilieux, verdâtres; les garde-robés ne sont plus lientériques, mais constitués par une sérosité verdâtre dans laquelle nagent comme de petites hachures d'épines ou d'osselets, que l'on retrouve sur les langes; en d'autres cas, ces hachures manquent; d'autres fois les selles ont la couleur d'une eau teintée par du jaune d'œuf. Toujours elles sont séreuses, mais jamais elles ne présentent, comme dans le choléra asiatique, cette apparence d'eau de riz, d'eau panachée caractéristique.

Ordinairement le ventre est profondément excavé; la peau est flasque, et, quand on la pince, elle conserve le pli qu'on a fait. Ce défaut de tonicité se retrouve sur toute la surface du tégument, aussi bien au tronc qu'aux membres.

A l'excavation de l'abdomen succède rapidement la tympanite. Ce ballonnement est une fléauze condition sur laquelle j'aurai à revenir.

Le pouls devient très-fréquent, les extrémités se refroidissent comme dans le choléra-morbus, aussi bien que le nez, le menton, la langue. Mais jamais on ne constate la cyanose cholérique, la sueur visqueuse froide. La peau reste sèche, et les ongles seuls prennent une teinte livide bleutée. La face est plombée, ses traits sont affaissés.

Lorsque l'enfant réiste, quelquefois il est bien rapidement levé; les vomissements semblent augmenter encore, et dans un grand nombre de cas la diarrhée s'arrête. Alors le ballonnement du ventre devient considérable, la température de la peau s'élève, la langue rougit et se secoue, les yeux s'infectent; en même temps que la chaleur, la tonicité revient à la peau, ses plis ne persistent plus comme auparavant. Le choléra infantile entre dans une nouvelle période, la période typhique, analogue à la période typhique du choléra-morbus, mais se révèle par des phénomènes particuliers qui se distinguent de ceux que l'on observe dans celui-ci. Dans quelques circonstances les vomissements cessent et les garde-robés repartissent; les selles ont alors une coloration bilieuse quelquefois très-foncé; le ballonnement du ventre diminue, et les vomissements cessent complètement, lorsque la diarrhée devient plus forte ou tout au moins continue.

Au moment où les accidents fébriles se manifestent, l'enfant est moins souvant; la stupeur dans laquelle il est plongé, ses yeux injectés et renversés lui donnent l'apparence d'un malade atteint de fièvre érébrale, apparence qu'augmente encore le cri plaintif que l'enfant ne pouvoit de temps en temps.

La maladie dure quelquefois très-peu de temps; quand la période algide se prolonge, l'enfant peut être enlevé en vingt, vingt-quatre, trente-six heures. Quand les évacuations se suspendent, la vie se prolonge; la période typhique peut durer trois, quatre, cinq, six, sept, huit jours. Les garde-robés séreuses peuvent devenir glaçurées, sanguinolentes; en quelques circonstances, elles sont purulentes et ressemblent à celles de la dysenterie épidémique.

Quelque grave que soit cette terrible maladie, on peut, lorsque l'enfant est placé dans des conditions hygiéniques favorables, en espérer la guérison, à l'aide des moyens que je vais indiquer.

On peut d'abord la prévenir, en luttant contre la diarrhée qui la précède, en empêchant surtout cet accident, en l'empêchant par l'alimentation, ou quand celui-ci doit être suspendu, par une alimentation convenable.

Lorsque le choléra est déclaré, il faut, avant tout, prescrire la diète, une diète absolue, ne donner à l'enfant que des boissons fécules ou de l'eau albumineuse. Tout de suite il faut avoir recours à une médication que je regarde comme la plus puissante, au bain snapisé. Il se fait en mettant, dans un bain ordinaire, 500 grammes de farine de moutarde délayée en bouillie avec de

l'eau froide et mis dans un bouquet de linge, dans un torchon, comme cela se fait pour le bain de son. On a ainsi une eau forte et snapisée. L'enfant est plongé dans ce bain pendant douze ou quatorze minutes, de façon à obtenir une réaction suffisante, et celle-ci ne se produit que lentement, en regard à l'état de la peau. Puis on l'enveloppe dans des langes bien sèches, et on répète ce traitement deux, trois et quatre fois dans la journée.

Quelques autres agents thérapeutiques sont appelés à rendre de véritables services. En première ligne, l'ipécacuanha, donné à faibles doses, bien entendu, 30 à 40 centigrammes, en deux ou trois prises, chez un enfant d'un à deux ans; puis l'éther, l'eau distillée de menthe, de mentille; en même temps on donne à boire de l'eau panacée, de la decoction blanche de Sydenham, et, mieux encore, de l'eau albumineuse.

A l'aide de ces moyens, on obtient de véritables succès, la vie se prolonge, du moins; l'on arrive à la seconde période, pendant laquelle on a quelques chances de sauver ses malades.

Dans cette période encore certains purgatifs peuvent être administrés avec avantage : l'hydroxygramme curaçá, remède fort en usage de l'autre côté du détroit et trop peu employé en France. C'est le mercure étain dans la crèle, dans la proportion de deux cinquièmes de mercure pour trois cinquièmes de crèle; on l'administre à la dose de 6 à 10 centigrammes : il fait cesser les vomissements en établissant des garde-robés un peu plus abondants, dont il modifie la nature.

A côté de ces médicaments utiles, il en est un d'autant plus dangereux qu'on est tenté d'en faire un plus grand abus, c'est l'opium. D'une part, sur l'administration généralement à de telles doses que si le malade ne le rejetait pas en partie, il serait infalliblement empoisonné; une seule goutte de laudanum suffit, en effet, pour tuer un enfant dans une stupéfaction qui dure quarante-huit heures, et cependant on ne craind pas d'en prescrire 5, 6, 7, 8 gouttes dans une potion; on ne craind pas de donner l'opium sous forme de sirop; si on n'ose pas donner le sirop d'opium, on ne craind pas le sirop diaicode (le sirop de pavots blancs), qui contient 50 centigrammes d'extrait de pavots indigènes pour 30 grammes de sirop. Or ces 50 centigrammes d'extrait de pavots indigènes ont, dans beaucoup de circonstances, une action plus énergique que 5 centigrammes d'extrait d'opium de Smyrne ou de Constantinople.

On ordonne encore 8 ou 10 gouttes de laudanum de Sydenham en lavements, ou bien des lavements avec la decoction de têtes de pavots.

Ces manières d'administrer l'opium sont déplorables; la seule raisonnable est de donner le laudanum en commençant par de très-petites doses, un quart, une demi-goutte, allant au delà suivant qu'on a tâché la susceptibilité individuelle du petit malade. Ainsi on agit en connaissance de cause, ceci soit dit d'une façon générale. Quant au cas particulier dont nous nous occupons, dans le choléra infantile, l'opium ne doit jamais être employé. Si dans quelques cas il arrête les vomissements, il amène trop rapidement aussi la période typhique, et celle-ci est d'autant plus pernicielle qu'elle arrive plus près du début de la maladie, absolument comme dans le choléra épidémique.

Le traitement de cette seconde période du choléra-nostras des enfants consiste à continuer l'emploi des boissons albumineuses, de la decoction blanche, de l'eau panacée, de l'eau de riz.

Alors le calonel à petites doses, les laxatifs salins rendent de grands services. Puis quand les vomissements ont cédé, la crèle préparée, le sou-nitrate de bismuth, aux doses de 2, 4, 6, 8, 10 et jusqu'à 15 grammes, l'eau de chaux, 60, 80, 100, 150 grammes, sucrée avec du sirop de gomme, par exemple, doivent être administrés.

Dans cette période encore, les bains frais sont utiles pour modifier les accès de diarrhée. Si la diarrhée persiste, on a recours au nitrate d'argent, administré en potion, à la dose de 1 centigramme; en lavements, à la dose de 5, 10, 25 centigrammes, dans 60, 80, 100 grammes d'eau distillée.

Dr L. BLONDEAU.

HOTEL-DIEU. D'ORLÉANS. — M. VALLET.

Application de l'enterotome dans un cas de plante profonde longeant le rectum. Guérison.

(Observation recueillie par M. J. Bineyevx.)

Cofran, Pierre, journalier, né à la Ferté-Saint-Aubin, âgé de quarante ans, est d'une constitution assez forte; et a toute l'apparence de la plus belle santé.

Le 19 juillet dernier, il se rendait à ses travaux habituels, lorsqu'il rencontra sur sa route un taureau qui de ses cornes creusait le sable. S'étant arrêté quelques instants à le considérer, il se retourna pour continuer son chemin, lorsqu'au même moment le taureau s'élançant sur lui en relevant vivement la tête, le frappa près de l'anus, et l'emporta sur uno de ses cornes, qui pénétra profondément dans le bassin. Le malheureux fut ensuite rejeté contre le sol : enfin, l'animal furieux, lui porta plusieurs coups de tête sur le ventre.

Cependant le malade ne perdait pas de sang. En effet, les vêtements non transpercés avaient coiffé la corne du taureau, et étaient restés dans l'intérieur de la plaie, où ils formaient un bouchon qui s'opposait à l'écoulement du sang. Malheureusement les personnes accourues sur le lieu de l'accident s'étaient avisées de les lui enlever, enlevant avec eux le corps obturateur, et une hémorragie se déclara aussitôt. Un médecin appela sur-le-champ tamponna la plaie avec du linge et envoi la blessé à l'hôpital.

Le lendemain de son arrivée, M. Vallet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, l'examina avec le plus grand soin, et constata les dégâts suivants : La plaie faite par la corne du taureau, assez large pour permettre facilement l'introduction de l'index, était située à gauche et en arrière de l'anus, et remontait du côté du bassin, dans l'espace angulaire formé par le rectum et la paroi pelvienne, dans une étendue de 45 centimètres environ. Le rectum n'était nullement intéressé. Sur le ventre, on voyait quelques contusions peu graves, et qui n'offraient d'ailleurs rien de particulier.

Des symptômes de péritonite locale et de congestion cérébrale étaient manifestés (vomissements, ballonnement du ventre, constipation, dysurie, céphalgie, étourdissements, etc.), on les combattit par les émissions sanguines locales et générales, et des autres moyens usités en pareille circonstance. Au bout de quelques jours, tous ces accidents avaient disparu, et on n'eut plus à s'occuper que de la plaie de la région anale, qui était le reste la seule chose intéressante dans le cas qui nous occupe. Dans les premiers jours, il suivait une inflammation du tissu cellulaire autour de la solution de continuité, phlegmasie qui fut suivie de la mortification de ce tissu, et enfin de l'expulsion des parties mortifiées. Ces phénomènes eurent pour résultat immédiat d'augmenter l'étendue de la plaie. Ces premiers accidents dissipés, on put songer à appliquer les moyens les plus propres à favoriser la guérison.

La suppuration était assez abondante. Des mèches enduites de cérat furent introduites tous les jours dans la plaie pendant près de trois semaines. Cependant la suppuration avait diminué ; mais la plaie ne présentait plus une vitalité assez grande, on remplaça les mèches cératées par des mèches enduites d'onguent de la mère. Il pourrit la plaie n'offrit aucune tendance à la cicatrisation. À la vérité, cela ne devait pas étonner beaucoup, car la disposition anatomique de la région occupée par le foyer ne permettait en aucune manière d'opérer le rapprochement des parois et de faciliter ainsi leur aggrégation.

Cependant M. Vallet voulut toutefois un dernier effort. Après avoir agrandi l'orifice de la plaie, qui s'était peu à peu rétréci, à l'aide d'une incision qui devait faciliter l'écoulement du pus, il fit pratiquer pendant près d'un mois des injections de teinture d'iodo de plus en plus concentrées. Ces injections étaient faites avec les soins les plus minutieux, et maintenues en contact avec les parois du foyer pendant quatre ou cinq minutes. Cependant la plaie n'en resta pas moins stationnaire. Elle continua toujours à sécréter une quantité assez abondante de pus.

Tous les moyens ordinaires avaient échoué. Fallait-il porter le bistouri jusqu'au sommet de la plaie, et fendre ainsi la cloison qui la séparait de l'intérieur du rectum ? Il y avait dans cette opération de trop grands dangers pour pouvoir y songer sérieusement ; porter le bistouri à une aussi grande profondeur, c'eût été s'exposer à blesser soit le péritoine, soit quelque chose d'artériel ou veineux ; et la lésion de l'un ou l'autre de ces organes pouvait entraîner promptement la mort du malade.

C'est alors que M. Vallet eut l'heureuse idée de couper la cloison, non pas à l'aide de l'instrument tranchant, mais à l'aide d'un instrument qui sectionnerait les tissus graduellement, en gangrenant successivement leurs diverses couches, je veux dire à l'aide de l'entérotome. De cette manière, il n'y avait plus d'hémorragie à craindre, et en supposant que le péritoine fut saisi entre les branches de l'instrument, la section opérée lièrement devait être précédée d'une inflammation adhérente, et ne présentait plus aucune espèce de gravité. Ce procédé a déjà, du reste, été plusieurs fois appliqué avec le plus grand succès, il y a quelques années par M. Gerdy, dans des cas différents, il est vrai, mais présentant cependant quelque analogie avec le nôtre, c'est-à-dire dans les cas de fistules anales remontant à une assez grande hauteur. Mais le rectum se rétrécissant considérablement à son extrémité inférieure, au niveau des sphincters, la cloison interposée à ce vésicule et à la plaie présentait en ce point un renflement en forme de coin dont la grosse extrémité était dirigée en bas. L'entérotome, au contraire, introduit dans les parties, devait saisir cette grosse extrémité par le sommet de l'ouverture angulaire de ses branches, et se trouver ainsi dans l'impossibilité d'agir sur aucun autre point de cette cloison. De plus, la section des sphincters de la peau et des autres parties qui componaient ce coin, par le corps mousse, devait être longue et surtout très-douloureuse. D'un autre côté, il n'y avait aucune espèce de danger à couper cette première partie de la cloison par l'instrument tranchant. M. Vallet résolut donc de diviser d'abord ces parties avec le bistouri. Voici comment il s'y prit.

— A cet effet il introduisit dans l'anus un gorgolet dont la gouttière fut dirigée du côté de la plaie. En même temps il conduisit par la plaie une sonde canulée dont l'extrémité fut poussée vers le gorgolet, de manière qu'elle rencontrât celui-ci à une hauteur de 3 centimètres environ. Puis glissant son bistouri dans la canulière de la sonde, il ferma la cloison dans toute cette étendue.

Le premier temps de l'opération accompli, il introduisit les deux branches de l'entérotome, l'une dans le rectum, l'autre dans la plaie, en pre-

nant bien soin de le faire pénétrer jusqu'au sommet de cette dernière ; puis opéra sur les parties saisies par l'instrument une constrictio assez forte. Le soir, l'instrument fut resserré, et cependant il tomba dans la nuit ; il fut réappliqué le lendemain avec le même soin et serré très-fortement ; néanmoins il tomba du nouveau (1). M. Vallet se disposait à le réappliquer une troisième fois, lorsque, portant le doigt dans la plaie, il constata à son grand étonnement que déjà la cloison avait été sectionnée dans toute son étendue. A partir de ce moment la plaie marqua rapidement vers la cicatrisation. On y introduisit des mèches cératées de plus en plus petites, et au bout de quatre ou cinq semaines, la suppuration étant tarie, le malade put sortir de l'hôpital complètement guéri.

Quoique les sphincters aient été complètement divisés, il n'y a pas de selles involontaires. On sait, au reste, qu'il en est de même dans les opérations des fistules anales, où les sphincters sont également divisés dans toute leur épaisseur.

SUR LE DÉVELOPPEMENT ET LA STRUCTURE

des dents humaines.

Par M. le docteur Emile Magitot.

De nombreux et importants travaux ont été publiés sur le développement et la structure des dents. Cependant, malgré ces travaux, dont quelques-uns sont de la plus haute portée, il reste encore un grand nombre de points de physiologie et d'anatomie dentaire qui sont entourés d'obscurité et sur lesquels les savants sont loin d'être d'accord. C'est dans le but de chercher à dissiper quelques-unes de ces obscurités et de se rendre compte des causes du désordre qui existe à cet égard entre les anatomistes, que M. Magitot a entrepris les patientes et minutieuses recherches qui font le sujet de sa thèse inaugurale, et dont nous allons essayer de faire connaître les résultats.

M. Magitot a divisé son travail en trois parties. Chacune de ces divisions répond à l'une des phases du développement des dents.

La première comprend l'étude du follicule dentaire dans sa constitution anatomique et considérée avant le début de la production des substances dures de la dent. C'est ainsi que l'auteur a constaté dans le follicule trois parties principales :

1^{re} L'enveloppe membranée composée de deux feuillets dont il détermine la structure ;

2^{re} Le germe ou organe de l'ivoire ;

3^{re} Le germe ou organe de l'ivoire situé au-dessus du précédent.

La seconde partie comprend l'étude du développement des substances dentaires propres dites ivoire, émail, cément, au sein du follicule déjà étudié. L'auteur montre que ce développement s'opère par la production de cellules à la surface des germes, lesquelles, en vertu de transformations successives, deviennent soit de l'ivoire, soit de l'émail.

Dans la troisième, la structure de la dent adulte est étudiée dans toutes les parties qui la composent, c'est-à-dire :

1^{re} Dans les parties dures, ivoire, émail, cément ;

2^{re} Dans les parties molles, pulpe du germe dentaire, membrane alvéolo-dentaire.

De cette façon la dent est considérée sous trois aspects, différents et successifs :

1^{re} Pendant la période embryonnaire, à l'état de bulbe formateur ;

2^{re} Pendant la période active du développement ;

3^{re} À la période adulte.

Il nous serait pas possible de suivre l'auteur dans tous les détails et dans les développements qu'exigeait un exposé complet de ses recherches. Nous nous bornerons à signaler à nos lecteurs les parties neuves et vraiment originales que renferme cet intéressant travail.

M. Magitot a exposé la disposition et la structure des membranes enveloppantes du follicule, et il a fait voir que la membrane interne, au lieu de se replier sur le germe dentaire à la manière des sécrétions, comme l'ont affirmé les auteurs, passe en réalité au-dessous de ce germe avec lequel elle confond ses éléments au point d'insertion.

Il a constaté que les éléments anatomiques qui constituent le germe de l'ivoire ne sont pas des éléments spéciaux affectés exclusivement à la constitution du germe, mais qu'ils appartiennent à une espèce d'éléments très-abondants chez le fœtus, plus rares chez l'adulte, et qui ont reçu de M. Robin le nom de noyaux embryoplastiques (fibro-plastiques des auteurs). Cette constatation faite, il a déterminé au sein de l'organe les phénomènes dont ces noyaux deviennent le siège, c'est-à-dire la production graduelle de fibres lampantes se développant autour du noyau comme centre de génération, et constituant plus tard la trame cellulaire de l'organe.

Il a également déterminé d'une manière positive la structure

(1) Il s'est été très-avantagé dans ce cas d'avoir à sa disposition un entérotome semblable à celui que fit faire M. Nélaton il y a deux ans environ. Cet entérotome ne diffère de l'entérotome ordinaire qu'en ce qu'en ses deux manches se démontent à 90° ou 3 centimètres de l'articulation des branches. La construction est d'abord épérée comme toujours par la vis de pression ; puis cette construction est maintenue au même degré par un moyen quelconque, appliqué sur l'intervalle qui sépare le pivot du point où les manches se disjoignent. Les manches peuvent alors être enlevés sans aucun inconveniit, et l'on se trouve ainsi débarrassé de ces tiges saillantes qui sont toujours excessivement gêantes et quelquefois même nuisibles.

de l'organe de l'ivoire méconnue par les auteurs, et qu'il a trouvée identique avec celle du germe de l'ivoire sauf ces deux différences : que la matière amorphe est beaucoup plus pale ; que les prolongements nés des noyaux sont plus longs et plus ramifiés.

M. Magitot a signalé le premier dans l'intérieur du germe dentaire la présence normale de masses phosphatiques et de cristaux d'hématoïdine, particularités qui se rencontrent surtout au moment du début de la dentification, et qui dénotent, suivant lui, une exagération du mouvement nutritif au sein de l'organe.

On trouve, en outre, dans ce travail, un exposé complet des caractères des cellules de l'ivoire et des cellules d'émail, caractérisées par des auteurs recommandables comme des cellules épithéliales, tandis que des différences séparent les cellules de l'ivoire de celles de l'émail ; ce qui a été démontré expérimentalement par l'étude des phases successives de développement qui transforment ces cellules soit en ivoire, soit en émail.

On y trouve :

La démonstration expérimentale du mode de formation des canalicules dentaires ;

Quelques vues nouvelles sur la disposition qu'on désigne sous le nom de globules de dentine (Czermak ; Salter) et sur la façon dont ils paraissent sous forme sous l'influence d'une affection intercurrente de l'enfance dont ils ne sont qu'un symptôme ;

Une division nouvelle des doctrines qui régissent dans la science sur le développement et la nature de l'organe dentaire, doctrines toutes également impuissantes à expliquer la structure et les phénomènes qui présente cet organe, et une nouvelle théorie dite théorie de l'autogénie ;

Et une nouvelle explication du mode de formation de la pelli-cule amorphe sus-jacente à l'émail, désignée par Kolliker sous le nom de cuticule de l'émail.

M. Magitot a donné une démonstration du mode de formation du cément, démonstration qui refuse, dans ce phénomène, toute participation à la membrane externe du follicule, ainsi que l'ont admis tous les auteurs.

Il a démontré que la couche d'ivoire granuleuse sous-jacente à l'émail et au cément, et au sujet de laquelle les auteurs donnent des interprétations très-diverses, n'est autre chose que la réunion de petites lacunes communiquant avec les tubes, et qu'il l'appelle réseau anastomotique des canalicules dentaires.

Il a démontré enfin que les canalicules étaient dépourvus de paroi propre.

Deux belles planches gravées d'après des dessins originaux, tracés eux-mêmes, pour la plupart, sur des préparations microscopiques faites par M. Magitot, complètent ce système d'expansion et de démonstration.

Ce travail est sans contredit l'un des plus remarquables qui aient été faits depuis longtemps sur la matière, et il inaugure de la manière la plus brillante la carrière scientifique de notre jeune confrère.

D.R...

MÉNINGITE CÉRÉBRALE.

De l'emploi de l'huile de croton dans cette affection.

Par M. le docteur Henriette.

La nommée Stroumpers (Elisabeth), âgée de cinq ans, d'un tempérament lymphatique et d'une constitution flâne, entre à l'hôpital Saint-Pierre le 3 novembre 1887. Son billet d'admission à l'hôpital porte la date de février typhoïde. Il ne s'y trouve aucun autre renseignement.

Le 4 novembre, lors de la visite de M. Henriette, nous constatons les symptômes suivants :

Le jeune malade présente une physionomie égarée, elle est dans un état d'agitation, il se tient balance involontairement de droite à gauche ; ses yeux sont ternes, sans expression ; les solérotoques sont injectées ; et l'on nous apprend que pendant la nuit elle n'a aucun repos, qu'elle est constamment dans un état d'insomnie. M. Henriette interroge vainement la malade ; elle ne répond pas aux questions, et ne semble pas avoir la conscience de ce qui se passe autour d'elle ; la paume de la main, le poignet sont fortement contracturés, le pouce est fléchi dans la paume de la main. La face est parfois pâle, parfois elle se couvre d'une rougeur vive qui se circonscrit aux pommettes. La peau est brûlante ; le poolis est petit, irrégulier et fréquent. La respiration est indigale, accélérée, suspirieuse. Il ne se manifeste plus le moindre désir de prendre des aliments ; seulement, lorsqu'elle avale quelque liquide, on s'aperçoit que la déglutition s'opère avec difficulté ; la langue et les lèvres sont sèches, fuligineuses. Il n'y a pas de vomissements, on constate seulement quelques selles diarrhéiques. Le ventre est indolore ; il n'est ni tendu ni ballonné, il conserve sa forme normale.

On ne remarque aucun pétécie, aucune tache rosée ; l'on ne parvient pas à produire le gorgouillement local.

Appréciant la valeur de ces symptômes, constant, au point de vue du diagnostic différentiel, qu'il était impossible, dans l'occurrence, d'admettre une fièvre typhoïde, M. Henriette établit l'existence d'une phlegmasie méningéenne à sa première période.

Le cas était pressant ; il fallait nécessairement s'adresser à une médication urgente ; mais quelle devait être cette médication ? La malade était d'une complexion trop délicate pour osier, nonobstant les raisons théoriques que l'on pourrait invoquer, recouvrant aux évacuations sanguines. La méthode révolutionnaire parut présenter plus d'opportunité ; mais pour modérer, arrêter les progrès d'un mal aussi redoutable, il fallait que cette méthode de traitement fut active et administrée avec promptitude ; il fallait, enfin, agir sur les intestins et sur le crâne lui-même. Dans ce but, M. Henriette ordonna les moyens suivants :

Calomel. 40 centigrammes.
Rhubarbe en poudre. 4 grammes.

Prétez huit paquets. A prendre un paquet toutes les heures.
Pendant que l'on administrait ces poudres à l'intérieur, des frictions avec l'huile de croton sont pratiquées sur la peau du crâne, préalablement râsée. Pour compléter le traitement, on recommande l'éaignement du bruit, une demi obscurité, une position élevée de la tête, des boîtes fraîches, ainsi qu'une diète absolue.

Le 5 novembre, la malade est assoupie; elle a eu cinq ou six sels diarrhéiques, que l'on peut rapporter à l'influence du calomel. La peau du crâne est fortement rouge. Les frictions avec l'huile de croton sont renouvelées.

Le 6, l'action médicative des agents employés s'est produite, on constate une légère amélioration; la jeune malade est plus calme, les yeux ont repris de l'expression, les contractures ont cessé; la fièvre a diminué; la peau du crâne est recouverte d'une éruption confluente.

Le 7, les symptômes cérébraux ont presque disparu; la nuit a été bonne, l'intelligence repart, l'appétit commence à se réveiller.

Le 8 et les jours suivants, l'amélioration progresse, toutes les fonctions tendent à revenir à l'état normal. A partir de ce moment, la jeune malade entre franchement en convalescence.

Les phlegmatisations de l'enveloppe et de ses membranes sont des affections graves, qui, chez les enfants surtout, compromettent l'existence ou l'about de très-peu de jours. Si le médecin ne peut, ne doit jamais désespérer lorsqu'il est appelé à prodiguer ses soins à des cas de l'espèce, ce n'est qu'à une condition, et cette condition, c'est d'agir promptement et énergiquement dès le début de la maladie; hésiter dans ce cas, ce serait tout compromettre, et alors il ne tarderait pas à produire des accidents catastrophiques, qui d'ordinaire sont au-delà des ressources de l'art.

Par le succès dont elle a été couronnée, l'observation qui présente vient de mettre hors de doute que l'on peut espérer beaucoup lorsque l'on suit le précepte que nous venons de poser. Du reste, ce n'est pas la première fois que M. Henriette réussit avec la médication que nous avons indiquée; il en a retenu les résultats les plus avantageux dans une foule de cas où la vie semblait gravement compromise.

M. Henriette insiste particulièrement sur l'huile de croton, sans dédaigner toutefois les autres moyens que des circonstances spéciales peuvent réclamer; il lui attribue une grande efficacité à cause de son action énergique et rapide, qui ne se limite point à produire une irritation superficielle et irrégulière, comme cela arrive lorsque l'on se borne à l'application d'un vésicatoire, mais qui détermine encore une révulsion profonde et complète sur tous les tissus mous qui recouvrent l'enveloppe crânienne.

On comprend facilement l'importance de cette révulsion, qui est évidemment capable de contre-balance la phlegmatisation ménégienne, de l'arrêter dans ses progrès et de provoquer sa résolution.

Quoi qu'il en soit des explications qui précédent, le fait sur lequel elles reposent est positif, et les praticiens font bien de rejeter les essais qui ont si bien réussi au métécin de l'hôpital Saint-Pierre.

(*Presse méd. belge.*)

CORPS ÉTRANGER MOBILE

dans l'articulation du genou droit.

Par M. le docteur Pâvost, de Hazebrouck (Nord).

M. C... (âgé aujourd'hui de 23 ans), dès l'âge de deux ans fut sujet à des crampes dans la jambe droite. Le 27 décembre 1845, alors âgé de 13 ans, le malade fut pris d'un cramppe plus violente, le genou se tétanisa et il fallut trois semaines pour animer la guérison. Jusqu'au 26 mars 1847, il n'y eut que quelques douleurs passagères, lorsque tout à coup, pendant que le malade se promenait, une violente douleur le fit ressentir dans l'articulation et le fit tomber. Au même moment le genou souffrit. Soumis à un traitement antiphlogistique, le malade fut obligé de garder le repos pendant deux mois. Pour la première fois on put constater dans l'articulation du genou droit l'existence d'un corps étranger de la forme et de la grosseur d'un poing.

Un mois après cette chute, le malade sentait lui-même ce corps étranger circuler librement dans l'articulation, tantôt sans éprouver ni douleur ni gêne dans la marche, tantôt (lorsque le corps étranger, par exemple, se pliait sous le tendon rotuleen), se trouvait dans l'impossibilité de faire un pas sans de vives souffrances. Dans ce dernier cas, il suffisait parfois de passer la main sur le genou pour déplacer le corps mobile. Enfin, les mouvements de la jambe, et la pression exercée avec la main autour de l'articulation, faisaient de nouveau reparaitre ce corps étranger soit à la partie interne, soit à la partie externe de l'articulation.

Il est d'importance à signaler jusqu'au 16 janvier 1855, lorsqu'il fut démonté dans un nouveau déplacement déterminé des douleurs intolérables qui déclinaient le patient à demander à être débarrassé des caresses de sourcilles.

Nous conseillâmes au malade de salir le corps étranger aussi tôt qu'il se présenterait et de nous appeler immédiatement. Il l'avait déjà pris plusieurs fois, et chaque fois que nous nous présentions, le corps étranger lui avait échappé, s'était logé dans l'intérieur de l'articulation, et nous ne pouvions l'atteindre, lorsque le 18 janvier il nous appela de nouveau, et nous nous rendîmes armé d'une petite sonde exploratrice garnie d'un dard très effilé, et d'un bistouri. Cettes fois nous fûmes assez heureux pour le saoir à travers les téguments. Je m'empressai de le maintenir au moyen de la sonde exploratrice, que je glissai au-dessous du corps dans l'intérieur de l'articulation, pendant que mon fils, docteur en médecine, maintenait la sonde.

Après avoir relevé la peau, j'incisai du ménisque coup les tissus et la membrane synoviale dans une étendue de 3 centimètres environ, et je purifis directement sur le corps étranger, que mon fils fit sortir immédiatement en faisant faire un mouvement de hascule à la sonde.

L'incision fut faite à la partie externe du genou droit, à 3 centimètres du ligament rotuleen et un peu au-dessus de l'angle supérieur et externe. Trois ou quatre grammes de sérosité sortirent avec le corps étranger, qui avait la forme de la grande d'une fève de maras, et dont la consistance était ostéo-cartilagineuse. Nous finis la réunion immédiate.

Le malade fut soumis au repos le plus complet, et au bout de trois jours nous levâmes l'appareil: il y avait un peu de suppuration, mais il n'y avait pas de douleur; au bout de huit jours, il ne restait qu'une plaie d'environ un centimètre, qui a continué à supurer; nous la cauterisâmes chaque jour avec du nitrate d'argent, et au bout de vingt jours la cicatrisation était complète. Le malade garda encore le repos pendant quinze jours.

ACADEMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 9 mars 1858. — Présidence de M. Laugier.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

4^e Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de Vaucluse et de l'Orne en 1857;

2^e Un rapport de M. le docteur Haussler, sur une épidémie de rougeole qui a régné dans la commune de Koutz-Basse (Moselle);

3^e Deux rapports de M. le docteur Schacken, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans les communes de Bidesdorf et de Zornmange (Meurthe);

4^e Un rapport de M. Boul, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Saligeay (Jura). (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

MM. Ch. Robin et E. Barbez demandent à être inscrits sur la liste des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique. (Renvoyé à la section.)

M. Chassiat, médecin à Hyères (Var), communiqué à l'Académie quelques extraits d'un mémoire sur la fièvre puerpérale, qu'il a rédigé d'après des observations recueillies en 1835 à la clinique d'accouchements de Paris.

M. le docteur Bonhomme, de Verfeil, adresse une observation de rage suivie de guérison, qui a présenté des phénomènes très intéressants; et une observation de résection de l'articulation du poignet principalement avec succès. (Commissaire, M. Renault.)

M. le docteur Alex. Mayer présente un nouveau modèle de son *inducteur*, auquel il a apporté diverses modifications. Tel qu'il est actuellement, l'appareil se compose des pièces suivantes :

4^e Un enfoncement qui sert à introduire les substances médicamenteuses;

2^e Un orifice resté ouvert, donne passage à l'air extérieur;

3^e Un second orifice auquel s'adapte, au moyen d'un embout en caoutchouc, le tube aspirateur, dont le calibre est égal, dans toute sa longueur, à celui de la trachée-âtrée;

4^e Un compartiment inférieur d'un ballon qui reçoit les médicaments, et qu'un redressement horizontal sépare d'un chapiteau affecté à l'accumulation des vapeurs, afin de saturer plus complètement l'air qui le traverse pour pénétrer dans les poumons.

L'instrument tout entier est en verre. (Commissaires : MM. Louis, Rostan et Michel Lévy.)

M. le docteur Lafosse, de Valeroy-le-Sac (Vosges), adresse une note sur la bille de boeuf comme succédané de la digitale. (Commissaire : M. Poirry.)

M. E. Baudrion adresse un mémoire intitulé : *Recherches sur la composition chimique des cendres des cheveux*. (Commissaire : M. Boudet.)

M. le docteur Avard, de la Rochelle, adressé un état anæmique qu'il a reçu au terme de sept mois. Ce envoi est accompagné d'une note explicative. (Commissaire : M. Depauw.)

M. le docteur Letellier, de Saint-Léon-Taverny, adresse une note sur la nature et le traitement de la fièvre typhoïde. (Commission des épidémies.)

M. le secrétaire perpétuel donne lecture de l'ampliation du décret approuvant l'élection de MM. Littré et Is., Geoffroy Saint-Hilaire comme membres associés libres, en remplacement de MM. Arago et Darçot.

Sur l'invitation de M. le président, MM. Littré et Geoffroy Saint-Hilaire signent la feuille de présence.

Suite de la discussion sur la fièvre puerpérale.

L'ordre du jour appelle la discussion sur la fièvre puerpérale. La parole est à M. Beau.

M. BEAU, ayant de parler de sa méthode de traitement, croit qu'il est opportun d'exposer sa manière de voir sur la nature de la fièvre puerpérale. Il rappelle qu'il y a toujours une phlegmatisation, tantôt une phlegmatisation ou pyrexie; cette dernière opinion ne lui paraît pas admissible. En laissant de côté les formes légères, décrites par Douillet sous le nom de fièvre épithoracique ou hémoptique, on se trouve en présence de la maladie fiévreuse phlegmatische puerpérale, et à laquelle Tonnet a restitué son ancien nom de fièvre puerpérale, faute d'une expression plus exacte pour désigner les phlegmatisations multiples qui la caractérisent.

Selon moi, dit M. Beau, la fièvre puerpérale est toujours symptomatique d'une phlegmatisation, qui elle-même est un effet d'une diathèse phlegmatische ou puerpérale. Cette diathèse, inconnue dans son essence, est latente, comme toutes les autres, tant qu'elle ne s'est pas manifestée par des localisations; et par elle-même, elle n'entraîne aucun danger. La diathèse tuberculeuse présente les mêmes caractères: Tonnet a restitué son ancien nom de fièvre puerpérale, faute d'une expression plus exacte pour désigner les phlegmatisations multiples qui la caractérisent.

A la diathèse puerpérale s'ajoute l'influence épидémique, dont la nature nous échappe également.

L'effet le plus commun de ces deux causes réunies, c'est la péritonite, souvent compliquée d'autres phlegmatisations. Elle est ou limitée au péritone qui revêt le petit bassin et les organes qu'il contient, ou générale; elle devient cause à son tour et se traduit par des symptômes

propres, parmi lesquels le météorisme est un des plus importants par la compression qu'il exerce sur les viscères thoraciques.

Les symptômes particuliers desquels on a voulu faire une preuve de l'essentiel de la fièvre puerpérale: dyspnée, anxiété, décomposition des traits, pâleur des pouls, etc., n'appartiennent, en propre, ni à la péritonite ni à la diathèse qui l'a produite; ils annoncent la formation de caillots fibrineux dans les cavités du cœur, et ils se rencontrent, avec la cause qui les produit, dans les phlegmatisations les plus franches, telles que la pneumonie. Ces polypes fibrineux, plus fréquents dans la péritonite puerpérale qu'on ne croit, dénotent sa nature inflammatoire.

D'autres différences dans les symptômes s'expliquent par l'étendue plus ou moins grande de la phlegmatisation puerpérale; elles sont souvent si considérables, qu'elles ont pu faire croire qu'on avait affaire à des maladies de nature différente. Mais cette conclusion est au moins prémature; on en dirait autant en n'avisant que les symptômes produits par la bronchite, suivant qu'elle est circonscrite ou générale; ou par les alcoolismes, suivant qu'ils sont pris en plus ou moins grande quantité; ici la même cause produit d'abord la gâtie, puis le coma. Il résulte de ces considérations que la péritonite puerpérale ou sous-ombilicale et la péritonite générale ou sous-ombilicale ne sauraient être regardées comme des maladies de nature différente, d'après la nature différente, en apparence, de leurs symptômes.

Toutes deux sont un effet de la diathèse puerpérale, — de la diathèse et non d'une pyrexie, comme l'admettent la plupart des auteurs, et avec eux M. Depauw; pour eux elles sont l'analogue de l'éruption dans la variole: fièvre, puis phlegmatisation.

Pour moi, c'est l'inverse: phlegmatisation, effet de la diathèse, puis fièvre.

Et en effet, la maladie ne marche-t-elle pas comme les autres phlegmatisations? Dans la péritonite puerpérale, comme dans la pneumonie, le frisson initial, la douleur locale, et à l'autopsie, les désordres inflammatoires sont les traits saillants; l'analogie est complète, il est vrai que la péritonite puerpérale peut être précédée d'une fièvre légère, mais alors ces symptômes viennent seulement se superposer à ceux de l'affection qu'elle complique.

Si la fièvre puerpérale était une pyrexie, l'éruption cutanée devrait à peu près être constante. Elle est au contraire la très-rare exception.

La fréquence des symptômes typhoïdes dans la fièvre puerpérale est encore un des arguments qu'on fait valoir pour l'assimiler aux pyrexies. On oublie les pneumonies typhoïdes, qui ne sont pas rares.

Le sang est-il plus favorable à ce rapprochement? Dans les phlegmatisations, la fibrine augmente; dans les pyrexies, elle se change pas ou bien elle diminue. Or, M. Hersent (*Recherches sur la composition du sang dans les fièvres puerpératrices*, thèse : Paris, 1845, n° 249), qui admet trois variétés de fièvre puerpérale: bilieuse, inflammatoire et typhoïde, nous apprend que, dans ces trois formes, le chiffre de la fibrine est en moyenne supérieur à celui de la moyenne des derniers mois de la grossesse. Plusieurs fois, il s'est élevé au-dessus du maximum trouvé chez les femmes enceintes par MM. Andral et Gavarret, et l'accroissement le plus considérable a été observé dans la forme typhoïde. Peut-on demander une démonstration plus pérémptive de la nature phlegmatische de la maladie, même dans les cas où l'on supposait, à priori, qu'il devait y avoir dissolution du sang?

Mais voici une difficulté sérieuse: la fièvre puerpérale, dit-on, se termine parfois par la mort, sans laisser de traces anatomiques appréciables. Je répondrai: Est-il bien démontré qu'il en était ainsi? N'a-t-on pas laissé passer inaperçue quelque lésion cachée? Je crois avoir rencontré un cas de ce genre l'année passée. En poursuivant, je trouve un large abcès de la fesse. M. Depauw aurait peut-être été assez heureux que la malade dont il a fait l'histoire, s'il avait cherché assez longtemps,

En admettant même qu'on voie de ces fièvres sans lésion matérielle, nous ne rencontrons là que ce que nous voyons aussi en matière de pathologie ordinaire: ici un malade meurt après huit ou dix jours de fièvre, suivie par la fin de la crise de déité; rien à l'autopsie. Qu'est donc à considérer-nous, si ce n'est que nous avions affaire à une maladie inconnue, nouvelle? Raisonnons de même pour les cas analogues de fièvre puerpérale: ce sera une affection toute différente de la péritonite puerpérale, une maladie inconnue, et qui reste à étudier. Dirait-on que, si elle avait duré plus longtemps, la fièvre puerpérale se serait caractérisée par ses lésions habituelles? Cela ne serait à démontrer que pour les cas réellement fourvoyants. Or, pas une des observations qu'on a citées ne rentre dans cette catégorie. Dans toutes celles que je connais, la mort n'est arrivée qu'au bout de la première semaine.

Le caractère contagieux que revêt quelquefois la fièvre puerpérale est-il en opposition formelle avec sa nature phlegmatische? Non certes, à moins qu'on n'efface du cadre des inflammations la conjonctivité puerpérale et la dysenterie.

J'arrive à une question épiqueuse, et qui doit fort embarrasser les partisans de la théorie de l'essentiel. M. Depauw n'y a pas touché. Il y a, dit-on, une péritonite phlegmatische, simple, et une péritonite qui dépend de la pyrexie puerpérale. Comment les distinguerait-on?

On a dit que dans la première la face était colorée, le ventre souple, la douleur circonscrite; dans la seconde, la face pâle, le ventre élevé, la douleur plus étendue et plus intense.

Mais qui ne voit qu'il n'a pas fait la diagnostique de la péritonite circonscrite, péritive, et de la péritonite générale ou sous-ombilicale, c'est-à-dire de deux degrés d'une seule et même affection? Voyez d'ailleurs comment on a procédé pour en faire deux maladies différentes par leur nature. L'une, a-t-on dit, guérit, l'autre ne touche. Mais ne connaissons-nous pas tous la gravité de la péritonite la plus simple?

Je me suis donc dit qu'il n'y a qu'une différence d'intensité entre la péritonite phlegmatische et celle qu'on a attribuée à une pyrexie puerpérale, et que les deux sont des phlegmatisations indépendantes d'un état fibriné antérieur.

Voici maintenant comment je traite la fièvre puerpérale.

On débute, un vomitif, diätétique ou spéculaire, non-seulement dans la forme bilieuse, qu'il n'est pas toujours facile de reconnaître au début, mais encore dans la plupart des autres cas.

Dès que l'effet du vomitif s'est épousé, il faut donner l'ösulfate de quinine à la dose de 4 grammes; huit heures plus tard on en administre

