

Ce journal paraît trois fois par semaine :  
LA MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

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

# GAZETTE DES HOPITAUX

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

CIVILS ET MILITAIRES.

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

## AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la Gazette un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. 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.

PARIS, DÉPARTEMENTS,  
ALLEMAGNE, ANGLETERRE,  
SUÈDE.

## PRIX DE L'ABONNEMENT :

Trois mois. 8 fr. 50 c. Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr.  
Six mois. 16 » Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers  
Un an. 30 » tarifs des postes.

**SOMMAIRE.** — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HORN-DIEU (M. Trousseau). Du serrage et de ses rapports avec le choléra infantile. — HORN-DIEU D'ORLÉANS (M. Vallet). Application de l'entérotomie dans un cas de plaie profonde longeant le rectum; guérison. — Sur le développement et la structure des dents humaines. — Ménagerie cérébrale; 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 puerpérale, à raison d'un orateur par semaine, menace de conduire loin. Ce n'est qu'un médiocre inconvénient, s'il en ressort quelque chose d'utile. Nous ne saurions dire encore si elle aura ce résultat, mais nous inclinons à le penser. La question, bien posée par M. Guérard, examinée sous presque tous ses aspects, éclairée 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'autoplastie, qui a été écouté avec un vif intérêt. La nature de ce travail ne comporte aucune analyse. Dans l'impossibilité où nous sommes de le publier intégralement, nous en reproduisons dans le compte rendu un rapide résumé. — Dr Brochia.

### HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

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

Lorsqu'un enfant, dans ces mauvaises conditions de serrage 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-souvent on 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'élève, pour ma part, énergiquement contre lui, et plus j'avance dans la pratique, plus je le combats de toutes mes forces. Les enfants pris de diarrhée au moment du serrage 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 ceux 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 opposée 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 en était 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'entérite; celle-ci se caractérise par des garde-robes diarrhéiques glaireuses, puis hémorrhagiques, 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, a traversé le tube digestif sans avoir subi le travail qu'il devait subir. A cette diarrhée, à cette hémorrhagie, 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 physiologie du malade a tout à coup changé. Jusque-là il était amaigri, ses chairs 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, qu'il 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'aussitôt qu'on approche de sa bouche une cuiller ou un verre l'enfant se précipite vers elle avec une véritable voracité. Les vomissements sont bilieux, verdâtres; les garde-robes ne sont plus hémorrhagiques, mais constituées par une sérosité verdâtre dans laquelle nagent comme de petites hachures d'épinards ou d'oseille, 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 sèches, mais jamais elles ne présentent, comme dans le choléra asiatique, cette apparence d'eau de riz, d'eau panée 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 externe, aussi bien au tronc qu'aux membres.

A l'excavation de l'abdomen succède rapidement la tympanite. Ce ballonnement est une fâcheuse 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 bleuâtre. La face est plombée, ses traits sont affaiblis.

Lorsque l'enfant résiste, quelquefois il est bien rapidement enlevé; 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 sèche, les yeux s'injectent; 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 révélant 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-robes reparaissent; les selles ont alors une coloration bilieuse quelquefois très-foncée; 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 crie moins souvent; la stupeur dans laquelle il est plongé, ses yeux injectés et renversés lui donnent l'apparence d'un malade atteint de fièvre cérébrale, apparence qu'augmente encore le cri plaintif que l'enfant pousse 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-robes sèches peuvent devenir glaireuses, sanglantes; 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 féculentes ou de l'eau albumineuse. Tout de suite il faut avoir recours à une médication que je regarde comme la plus puissante, au bain sinapisé. 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 nouet de linges, dans un torchon, comme cela se fait pour le bain de son. On a ainsi une eau fortement sinapisée. 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 secs, 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'ipécaécuba, 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 mélisse; en même temps on donne à boire de l'eau panée, de la décoction 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'*Hydrargyrum cum creta*, remède fort en usage de l'autre côté du détroit et trop peu employé en France. C'est le mercure étendu dans la craie, dans la proportion de deux cinquièmes de mercure pour trois cinquièmes de craie; on l'administre à la dose de 5 à 10 centigrammes; il fait cesser les vomissements en établissant des garde-robes un peu plus abondantes, 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, on l'administre généralement à de telles doses que si le malade ne le rejetait pas en partie, il serait infailliblement empoisonné; une seule goutte de laudanum suffit, en effet, pour jeter un enfant dans une stupeur qui dure quarante-huit heures, et cependant on ne craint pas d'en prescrire 5, 6, 7, 8 gouttes dans une potion; on ne craint pas de donner l'opium sous forme de sirop; si on n'ose pas donner le sirop d'opium, on ne craint pas le sirop diacode (le sirop de pavots blancs), qui contient 30 centigrammes d'extrait de pavots indigènes pour 30 grammes de sirop. Or ces 30 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 décoction de têtes de pavots.

Ces manières d'administrer l'opium sont déplorables; la seule raisonnable est de donner le laudanum ou commençant par de très-petites doses, un quart, une demi-goutte, allant au delà suivant qu'on a tâté 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 périlleuse qu'elle arrive plus près du début de la maladie, absolument comme dans le choléra épidémique.

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

Alors le calomel à petites doses, les laxatifs salins rendent de grands services. Puis quand les vomissements ont cessé, la craie préparée, le sous-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 accidents nerveux. 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'entérotomie dans un cas de plaie profonde longeant le rectum. Guérison.

(Observation recueillie par M. J. BRESVEX.)

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



Le 49 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'à même moment le taureau s'élançant sur lui en relevant vivement la tête, le frappa près de l'anus, et l'emporta sur une 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'étant avisées de lui enlever, enlèveront avec eux le corps obturateur, et une hémorrhagie se déclara aussitôt. Un médecin appelé sur-le-champ tamponna la plaie avec du linge et envoya le 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 désordres 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 pélvienne, 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 s'étaient manifestés (vomissements, ballonnement du ventre, constipation, dysurie, céphalalgie, étourdissements, etc.), on les combattit par les émissions sanguines locales et générales, et les 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 du reste la seule chose intéressante dans le cas qui nous occupe. Dans les premiers jours, il survint 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 céral 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. Et pourtant la plaie n'offrit aucune tendance à la cicatrisation. A 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 agglutination.

Cependant M. Vallet voulut tenter 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'iode de plus en plus concentrées. Ces injections étaient faites avec les soins les plus minutieux, et maintinrent 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 tronc 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 gagnant successivement leurs diverses couches, le veur dire à l'aide de l'entérotoine. De cette manière, il n'y avait plus d'hémorrhagie à craindre, et en supposant que le péritoine fût saisi entre les branches de l'instrument, la section opérée lentement devait être précédée d'une inflammation adhésive, 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 viscére et à la plaie présentait en ce point un renflement en forme de coin dont la grosse extrémité était dirigée en bas. L'entérotoine, 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 composent ce coin, par le corps moussé, 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 gorgere dont la gouttière fut dirigée du côté de la plaie. En même temps, il conduisit par la plaie une sonde cannelée dont l'extrémité fut poussée vers le gorgere, de manière qu'elle rencontrât celui-ci à une hauteur de 3 centimètres environ. Puis glissant son bistouri dans la cannelure de la sonde, il fendit la cloison dans toute cette étendue.

Ce premier temps de l'opération accompli, il introduisit les deux branches de l'entérotoine, 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 constriction 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 de nouveau (1). M. Vallet se disposa 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 marcha 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, du 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 MAGIOT.

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 de s'entendre. C'est dans le but de chercher à dissiper quelques-unes de ces obscurités et de se rendre compte des causes du désaccord qui existe à cet égard entre les anatomistes, que M. Magiot 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. Magiot 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 considéré 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° L'enveloppe membraneuse composée de deux feuillets dont il détermine la structure ;

2° Le germe ou organe de l'ivoire ;

3° Le germe ou organe de l'émail situé au-dessus du précédent.

La seconde partie comprend l'étude du développement des substances dentaires proprement dites, ivoire, émail, ciment, 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° Dans les parties dures, ivoire, émail, ciment ;

2° 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° Pendant la période embryonnaire, à l'état de bulbe formateur ;

2° Pendant la période active du développement ;

3° A la période adulte.

Il ne nous serait pas possible de suivre l'auteur dans tous les détails et dans les développements qu'exigerait 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. Magiot 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 séreuses, 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 lamineuses 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 est très-avantageux dans ce cas d'avoir à sa disposition un entérotoine semblable à celui que fit faire M. Nélaton il y a deux ans environ. Cet entérotoine ne diffère de l'entérotoine ordinaire qu'en ce que les deux manches se démontent à 2 ou 3 centimètres de l'articulation des branches. La constriction est d'abord opérée comme toujours par la vis de pression ; puis cette constriction est maintenue au même degré par un moyen quelconque, appliqué sur l'intervalles qui sépare le pivot du point où les manches se rejoignent. Les manches peuvent alors être enlevées sans aucun inconvénient, et l'on se trouve ainsi débarrassé de ces liges saillantes qui sont toujours excessivement gênantes et quelquefois même nuisibles.

de l'organe de l'émail 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 pâle ; que les prolongements des noyaux sont plus longs et plus ramifiés.

M. Magiot a signalé le premier dans l'intérieur du germe dentaire la présence normale de masses phosphatiques et de cristaux d'hématolite, 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, constatées 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* (Zermak ; Salter) et sur la façon dont ils paraissent se former 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 que présente cet organe, et une nouvelle théorie dite *théorie de l'autogénie* ;

Et une nouvelle explication du mode de formation de la pellicule amorphe sus-jacente à l'émail, désignée par Kollikor sous le nom de *culture de l'émail*.

M. Magiot a donné une démonstration du mode de formation du ciment, 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 ciment, et au sujet de laquelle les auteurs donnent des interprétations très-diverses, n'est autre chose que la réunion de petites lacunes communicant avec les tubes, et qu'il appelle le *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. Magiot, complètent ce système d'exposition 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<sup>r</sup> B...

## MÉNINGITE CÉRÉBRALE.

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

Par M. le docteur HENRIETTE.

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

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

La jeune malade présente une physionomie égarée, elle est dans un grand état d'agitation, sa tête se balance involontairement de droite à gauche ; ses yeux sont ternes, sans expression ; les sclérotiques 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 ; le bras gauche est fortement contracturé, 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 brillante ; le pouls est petit, irrégulier et fréquent. La respiration est inégale, accélérée, suspirieuse. Il ne se manifeste plus la moindre désir de prendre des aliments ; seulement, lorsqu'elle avalu quelques liquides, 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 péché, aucune tache rosée ; l'on ne parvient pas à produire le gargarisme local.

Appréhant la valeur de ces symptômes, constatant, 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 méningienne à sa première période.

Le cas était pressant ; il fallait nécessairement s'adresser à une médication énergique ; mais quelle devait être cette médication ? La malade était d'une complexion trop délicate pour essai, nonobstant les raisons théoriques que l'on pourrait invoquer, recourir aux évacuations sanguines. La méthode résolutive immédiate paraît présenter plus d'opportunité ; mais pour modérer, arrêter les progrès d'un mal aussi redoutable, il fallait que cette méthode de traitement fût 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 :



Camol. . . . . 40 centigrammes.  
Rhubarbe en poudre. . . . 4 gramme.

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

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

Le 6, l'action médicamenteuse des agents employés s'étant 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 confluenne.

Le 7, les symptômes cérébraux ont presque disparu; la nuit a été bonne, l'intelligence réparée, 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 phlegmasies de l'encéphale et de ses membranes sont des affections graves, qui, chez les enfants surtout, compromettent l'existence au bout 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, car alors il ne tarde pas à se produire des accidents consécutifs, qui d'ordinaire sont au-delà des ressources de l'art.

Par le succès dont elle a été couronnée, l'observation qui précède 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 retiré 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 négliger 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-balancer la phlegmasie méninge, de l'arrêter dans ses progrès et de provoquer sa résolution.

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

(Presse méd. belge.)

#### CORPS ÉTRANGER MOBILE

dans l'articulation du genou droit.

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

M. G... (âgé aujourd'hui de 23 ans), dès l'âge de neuf ans fut sujet à des crampes dans la jambe droite. Le 27 décembre 1845, alors âgé de 13 ans, le malade fut pris d'une crampé plus violente, le genou se gonfla et il fallut trois semaines pour en amener la guérison. Jusqu'au 28 mars 1847, il n'y eut que quelques douleurs passagères, lorsque tout à coup, pendant que le malade se promenait, une violente douleur se fit ressentir dans l'articulation et le fit tomber. Au même moment le genou gonfla. Soumis à un traitement antiphlogistique, le malade fut obligé de garder le repos pendant deux mois. Pour la première fois on se constata dans l'articulation du genou droit l'existence d'un corps étranger de la forme et de la grosseur d'un pois.

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 plaçait sous le tendon rotulien), se trouvant 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, ou 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. Rien d'important à signaler jusqu'au 14 janvier 1856, lorsqu'il eut d'ailleurs dans un nouveau déplacement détermina des douleurs intolérables qui décidèrent le patient à demander à être débarrassé de ces causes de souffrances.

Nous conseillâmes au malade de saisir le corps étranger aussitôt qu'il se présenterait et de nous appeler immédiatement. Il l'avait déjà saisi plusieurs fois, et chaque fois que nous nous présentâmes, le corps étranger lui avait échappé, s'étant 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 armés d'une petite sonde exploratrice genre d'un dard très-affilé, et d'un bistouri. Cette fois nous fûmes assez heureux pour le saisir à travers les téguments. Je m'empressai de le maintenir au moyen de la sonde exploratrice, que je glissai au-dessus du corps de l'intérieur de l'articulation, pendant que mon fils, docteur en médecine, maintenait la sonde.

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

L'incision fut faite à la partie externe du genou droit, à 3 centimètres du ligament rotulien 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 grandeur d'une fève de marais, et dont la consistance était ostéo-cartilagineuse. Nous fîmes 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 ni fièvre ni douleur; au bout de huit jours, il ne restait qu'une plaie d'environ un centimètre, qui a continué à surpuiser; nous la cautérisâmes chaque jour avec le nitrate d'argent, et au bout de vingt jours la cicatrisation était complète. Le malade garda encore le repos pendant quinze jours.

#### ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

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

##### CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmit:  
1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements du Vaucluse et de l'Oise en 1857;  
2° Un rapport de M. le docteur Haubalter, sur une épidémie de rougeole qui a régné dans la commune de Koutz-Basse (Moselle);  
3° Deux rapports de M. le docteur Schlacken, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans les communes de Bidestrot et de Zommange (Meurthe);  
4° Un rapport de M. Bolot, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Saligny (Jura). (Commission des épidémies.)

##### CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

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

M. Chassinat, médecin à Hyères (Var), communique 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 Verail, 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 pratiquée avec succès. (Commissaire, M. Ronault.)

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

- 1° Un entonnoir qui sert à introduire les substances médicamenteuses;
- 2° Un orifice qui, resté ouvert, donne passage à l'air extérieur;
- 3° 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-artère;
- 4° Un compartiment inférieur d'un ballon qui reçoit les médicaments, et qu'un rétrécissement 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 Valreuil-le-Sec (Vosges), adresse une note sur la bile de bœuf comme succédané de la digitale. (Commissaire: M. Piorry.)

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

M. le docteur Arard, de la Rochelle, adresse un *ketus anencéphale* qu'il a reçu au terme de sept mois. Cet envoi est accompagné d'une note explicative. (Commissaire: M. Depaul.)

M. le docteur Letellier, de Saint-Leu-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'amplication du décret approuvant l'élection de MM. Littré et Is. Geoffroy Saint-Hilaire comme membres associés libres, en remplacement de MM. Arago et Darcel.

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, avant 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'on y a vu tantôt une phlegmasie, tantôt une fièvre essentielle ou pyrexie; cette dernière opinion ne lui paraît pas admissible. En laissant de côté les fièvres légères, décrites par Douliet sous le nom de fièvre éphémère ou hémipne, on se trouve en présence de la maladie que Bichat appelait *péritonite puerpérale*, et à laquelle Tonnelé a restitué son ancien nom de fièvre puerpérale, suite d'une expression plus exacte pour désigner les phlegmasies multiples qui la caractérisent.

Selon moi, dit M. Beau, la fièvre puerpérale est toujours symptomatique d'une phlegmasie, qui elle-même est un effet d'une diathèse phlegmasique 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'influe aucun danger. La diathèse tuberculeuse présente les mêmes caractères: elle est latente, tubercule, fièvre symptomatique du tubercule et non de la diathèse.

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

L'effet le plus commun de ces deux causes réunies, c'est la péritonite, souvent compliquée d'autres phlegmasies. Elle est ou limitée au péritoine 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'essentialité de la fièvre puerpérale: dyspnée, anxiété, décomposition des traits, petitesse du 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 phlegmasies les plus franches, telles que la pneumonie. Ces polypos 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 phlegmasie péritonéale; 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 prématurée; on en dirait autant en n'envisageant que les symptômes produits par la bronchite, suivant qu'elle est circonscrite ou générale; ou par les alcooliques, suivant qu'ils sont pris en plus ou moins grande quantité: ici la même cause produit d'abord la gaieté, puis le coma. Il résulte de ces considérations que la péritonite *pélorique* ou sous-ombilicale et la péritonite générale ou sus-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. Depaul; pour eux elles sont l'analogue de l'éruption dans la variole: fièvre, puis phlegmasie.

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

Et en effet, la maladie ne marche-t-elle pas comme les autres phlegmasies? 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 surajouter 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.

L'état du sang est-il plus favorable à ce rapprochement? Dans les phlegmasies, la fibrine augmente; dans les pyrexies, elle ne change pas ou bien elle diminue. Or, M. Hersent (*Recherches sur la composition du sang dans les fièvres puerpérales*, thèse: Paris, 1845, n° 219), qui admet trois variétés de fièvre puerpérale: bilieuse, inflammatoire et typhoïde, nous apprend que, dans ces trois formes, le chiffre de la fibrine a été 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 péremptoire de la nature phlegmasique de la maladie, même dans les cas où l'on suppose, *a 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 croyais avoir rencontré un cas de ce genre l'année passée. En poursuivant, je trouve un large abcès de la fesse. M. Depaul aurait peut-être été aussi heureux chez 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 vers la fin de coma, de délire; rien à l'autopsie. Qu'en conclurons-nous, si ce n'est que nous aurons affaire à une maladie inconnue, *invenio*? Raisonnement 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 admissible que pour les cas réellement foudroyants. 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 phlegmasique? Non certes, à moins qu'on n'efface du cadre des inflammations la conjonctivite purulente et la dysenterie.

J'arrive à une question épineuse, et qui doit fort embarrasser les partisans de la théorie de l'essentialité. M. Depaul n'y a pas touché. Il y a, dit-on, une péritonite phlegmasique, simple, et une péritonite qui dépend de la pyrexie puerpérale. Comment les distinguer-t-on l'une de l'autre?

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, dur, la douleur plus étendue et plus intense.

Mais qui ne voit qu'on n'a fait là que le diagnostic de la péritonite circonscrite, pelvienne, et de la péritonite générale ou sus-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 tue toujours. Mais ne nous faisons-nous pas tous la gravité de la péritonite la plus simple?

Je maintiens donc qu'il n'y a qu'une différence d'intensité entre la péritonite phlegmasique et celle qu'on a attribuée à une pyrexie puerpérale, et que les deux sont des phlegmasies indépendantes d'un état fébrile antérieur.

Voici maintenant comment je traite la fièvre puerpérale.

Au début, un vomitif, émétique ou ipéca, 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 épuisé, il faut donner le sulfate de quinine à la dose de 4 grammes; huit heures plus tard on en administre



