

Bibliothèque numérique

medic@

**Revue médicale française et
étrangère, journal des progrès de la
médecine hippocratique**

*tome 3ème. - Paris : Au bureau de la Revue
médicale, 1843.*

Cote : 90219

REVUE MEDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

1843. — TOME III.

0 1 2 3 4 5 (cm)

COLLABORATEURS.

MM.

AUBER, D. M. P.
BAYLE, Docteur et Agrégé de la Faculté de médecine de Paris.
BELL, D. M. P., ancien Interne des hôpitaux et Vice-Président de la Société anatomique de Paris.
BLAUD, D. M. P., Médecin en chef de l'hôpital de Beaucaire (Gard).
BOUCHACOURT, D. M. P., chirurgien en chef désigné de la Charité, Président de la société Médicale d'Émulation de Lyon, etc.
BOURDIN D. M. P.
CERISE, D. M.
CHAUVIN, D. M. P. à Sion (Loire-Inférieure).
COMBES (de Castres), Docteur et Agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier.
CORBY, D. M. P., ancien Chef de Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Paris.
CRUVEILHIER, Professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris.
DELASIAUVE, D. M. P.
DELENS, D. M. P., ancien Inspecteur général des études, membre de l'Académie royale de médecine.
DEVILLE, D. M. P.
DEVILLIERS fils, D. M. P., membre de la société de médecine de Paris.
FERRAND DE MISSOL, D. M. P.
GIBERT, Docteur et Agrégé de la Faculté de médecine de Paris, Médecin de l'hôpital St-Louis.
JOLLY, D. M. P., Membre de l'Acad. royale de médecine.
LAGASQUIE, D. M. P., Membre

MM.

de la commission médicale d'Égypte en 1828, 29 et 30.
MARTIN, D. M. M.
MARTINET, D. M. P. agrégé libre de la Faculté de médecine de Strasbourg.
MARTINS, Docteur et Agrégé de la Faculté de médecine de Paris.
NONAT (Auguste), Médecin du bureau central des hôpitaux, Membre de la Société de médecine de Paris.
PAYAN, Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Aix (Bouches-du-Rhône).
PETREQUIN, D. M. Chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.
PRUS, Médecin de l'hospice de Bicêtre, secrétaire-général de la Société de médecine de Paris.
RAYNAUD, D. M. P.
RÉCAMIER, ancien Professeur de Clinique médicale de la Faculté, Médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris.
REVELLE-PARISE, D. M. P., Membre de l'Académie royale de médecine.
RIBES père, D. M. P., Membre de l'Académie royale de médecine, Médecin de l'hôtel des Invalides.
ROZIER, D. M. P., Membre du Jury médical et Médecin en chef de l'Hôpital-Gén. de Rhodéz (Aveyron).
SEGUIN, D. M. P.
TANQUEREL - DES - PLANCHES, D. M. P. Lauréat de l'Institut, etc.
VERGEZ, D. M. P., à Châteaubriant (Loire-Inférieure).
VIGNOLO, D. M. P.
VIREY, Membre de l'Acad. royale de médecine.

IMPRIMERIE DE HAUQUELIN ET BAUTRUCHE, RUE DE LA HARPE, 99.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE,

JOURNAL DES PROGRÈS

DE LA

MÉDECINE HIPPOCRATIQUE,

PAR J.-B. CAYOL,

Chevalier de la Légion-d'Honneur, ancien professeur de Clinique médicale de la Faculté à l'hôpital de la Charité de Paris, Médecin consultant de l'Institution royale des Jeunes-Aveugles et de l'Infirmier Marie-Thérèse, membre de la Société de médecine pratique de Montpellier, de la Société royale et de la Société académique de médecine de Marseille, de l'Académie des sciences médicales de Palerme, etc.

RECUEIL

des travaux de la Société de médecine de Paris.

1843. — Tome troisième.



PARIS,

AU BUREAU DE LA REVUE MÉDICALE,

RUE SERVANDONI, 17, HOTEL DE LA MAIRIE.

1843.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

JOURNAL DES PROGRÈS

DE LA

MÉDECINE HIPPOCRATIQUE

PAR J.-B. CAYOL

Chargé de la Clinique d'ophtalmologie, ancien professeur de Clinique au Collège de France, à l'hôpital de la Charité de Paris, médecin consultant de l'Institut royal des Jeunes-Français, et de l'Institut National d'Hygiène, membre de la Société de médecine expérimentale de Paris, de la Société de médecine légale de Paris, de l'Académie des sciences médicales de Paris, etc.

REVUE

des travaux de la Société de médecine de Paris



1863

PARIS

AVANTAGEUX À LA MÉDECINE MODERNE

Par J.-B. CAYOL, Membre de l'Académie des sciences médicales de Paris, etc.

1863

REVUE MÉDICALE.

(Septembre 1843.)

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

CONSIDÉRATIONS

SUR

LA SYPHILIS ET LES SYPHILIDES.

(Rapport académique de M. le docteur **JOLLY**, sur un mémoire de
M. le docteur **GIBERT**, médecin de l'hôpital Saint-Louis,
avec des notes de l'auteur du mémoire (1).)

« Aujourd'hui c'est le tour d'un praticien instruit, d'un écrivain laborieux, que ses travaux ont, depuis longtemps, placé dans un rang distingué de la littérature médicale de notre époque, et qui se trouve appelé, depuis plusieurs années, à continuer l'enseignement clinique fondé par *Alibert* à l'hôpital Saint-Louis....

« Une première question que M. Gibert a cherché à éclaircir dans le mémoire qu'il vous a adressé, et qui n'est pas seulement d'un intérêt historique, mais d'une importance tout-à-fait pratique, est de savoir si les syphilides ou éruptions cutanées vénériennes doivent toujours être re-

(1) Le travail de M. Gibert ayant été, par décision de l'Académie royale de médecine, inséré dans les *Mémoires* de cette compagnie, nous avons dû nous borner à insérer un extrait du rapport de MM. de Lens, Lagneau et *Jolly*, en y ajoutant toutefois, comme complément, les notes et les remarques nouvelles de l'auteur. (N. R.)

gardées comme des symptômes consécutifs ou éloignés d'une affection vénérienne locale ; ou bien, si elles constituent par elles-mêmes une forme primitive et essentielle de cette maladie.

« En d'autres termes : est-il vrai, comme l'ont établi des écrivains du quinzième siècle, et comme l'ont consacré de nos jours plusieurs auteurs, que la syphilis est une affection générale et d'origine certaine ? ou doit-on, au contraire, la considérer comme dérivant d'une source primitivement et nécessairement locale ? Pour arriver à la solution de cette question qui divise encore les syphiliographes, M. Gilbert a passé en revue tous les auteurs anciens et modernes : historiens, médecins et poètes de tous les âges ; il a tout vu, tout compulsé ; et c'est de l'appréciation des faits qui se sont offerts à ses recherches historiques qu'il arrive à cette conclusion, que toujours les syphilides ont été précédées de symptômes locaux, et notamment de chancre primitif aux parties génitales.

« Cette opinion à laquelle les témoignages d'Alexandre Bénédict, de Léoniceno, de Fracastor, et surtout de Gaspard Torella (1), prêtent le plus haut degré de confirma-

(1) Les observations particulières (au nombre de cinq) publiées par Gaspard Torella, dans ses *Conseils*, sont précieuses en ce qu'elles ont été recueillies dès les premiers temps de l'invasion de la syphilis en Italie, et qu'elles montrent la même filiation de symptômes qui s'observe encore aujourd'hui. Ainsi, dans la première de ces observations, on voit une *syphilide* se développer au bout de seize jours, chez un jeune homme qui, par suite d'un coït impur, avait été atteint d'un *chancre* à la verge. Cette origine, bien constatée, de la *syphilide* n'empêche pas le célèbre médecin des Borgia d'appliquer à l'éruption un traitement prétendu rationnel, imité de celui que les auteurs classiques, imbus des idées galénistes, conseillaient contre les maladies de la peau,

tion, conduit nécessairement l'auteur à un examen particulier des symptômes primitifs de la maladie syphilitique.

« Ces symptômes sont au nombre de cinq, savoir : le chancre d'abord, la blennorrhagie, les tubercules plats, les végétations et le bubon.

« On voit de suite que M. Gibert n'admet pas la doctrine de M. Ricord, qui, comme vous le savez, établit en principe général, sinon absolu, que le chancre est le seul symptôme primitif et caractéristique de l'affection syphilitique, parce que, dit-il, il est le seul inoculable.

« Pour combattre cette doctrine, M. Gibert fait justement remarquer que l'inoculation ne peut être invoquée comme moyen de diagnostic, puisque les tubercules plats et les végétations primitives, qui ne sont point inoculables, peuvent néanmoins se transmettre par voie de contagion.

« Bien plus, dit M. Gibert, des symptômes consécutifs qui ne seront jamais inoculables, tels que certaines ulcérations de la peau, peuvent se transmettre du nouveau-né malade à la nourrice saine, *et vice versa* (1).

en général (saignée, dépuratifs, purgatifs, bains d'éuves, régime approprié).... Mais, en même temps, il reconnaît que ce genre d'éruptions *récidive facilement*, ce qui se conçoit parfaitement, quand on ne lui oppose que des remèdes impuissants. C'est pourtant à cette méthode prétendue rationnelle que voulaient nous ramener naguère ces novateurs, qui croyaient faire du progrès en repoussant le *mercure* avec la même horreur qu'il inspirait aux médecins du XV^e siècle !

G.

(1) J'ai rapporté dans mon Mémoire l'observation d'une nourrice de la campagne, mère de famille, bien portante et allaitant son propre enfant âgé de huit mois. Elle vient à Paris prendre un nourrisson de la ville qui paraît sain. Mais au bout d'environ un mois, cet enfant présentait des ulcérations aux commissures des lèvres et aux parties génitales.... il succomba à l'âge de trois mois. Cependant la nourrice, dont le sein s'était ulcéré, vit survenir des tubercules plats aux parties géni-

« Et il n'est pas plus douteux que, dans les relations conjugales, la syphilis ne puisse se communiquer de l'un à l'autre époux et se transmettre aux fruits de leur union, dans l'ignorance même où ils sont d'être atteints de cette maladie. Et vous n'avez pu oublier à cet égard les nombreux et déplorables exemples que l'expérience de plusieurs de nos collègues vous ont révélés dans une précédente discussion sur le même sujet.

« Ainsi donc, le principe d'inoculation comme moyen de diagnostic est, suivant M. Gibert, essentiellement faux et erroné. Il aurait dû ajouter qu'il peut être dangereux, en ce qu'il ne permet pas de prévoir les conséquences trop souvent funestes de son application, pas plus qu'il n'est permis de prévoir celles de l'inoculation de la variole; et parce qu'il est aussi de triste et trop fréquente observation que les symptômes d'une syphilis inoculée se développent

tales et une éruption au cuir chevelu. Le jeune enfant de cette femme fut aussi atteint d'ulcérations aux commissures de la bouche, et de tubercules plats aux parties génitales et à l'anus; son frère, âgé de huit ans, fut infecté ultérieurement, et présenta des ulcérations à la bouche, au prépuce, à l'anus. Leur sœur, âgée de six ans, eut un tubercule plat sur la grande lèvre droite de la vulve. Il est prouvé par cette observation (et par beaucoup d'autres analogues) que des relations intimes et spéciales peuvent opérer la contagion de symptômes constitutionnels ou consécutifs que l'inoculation ne saurait transmettre. D'autre part, des symptômes primitifs certainement et habituellement contagieux, comme les tubercules plats et les végétations, ne peuvent être inoculés. L'inoculation ne peut donc donner aucune lumière quand elle a des résultats négatifs. Et dans les cas où elle fournirait des résultats positifs, elle est inutile, car les symptômes sont assez caractéristiques pour dispenser d'une preuve expérimentale obtenue de cette manière. Reste la question de la blennorrhagie supposée innocente si l'inoculation, comme c'est le cas ordinaire, n'est pas suivie du développement de la pustule ulcéreuse caractéristique... Nous allons y revenir un peu plus loin.

G.

généralement avec plus de violence que ceux d'une contagion ordinaire. Que s'il nous fallait encore citer des exemples à l'appui de cette vérité, nous en trouverions d'aussi malheureux que récents dans les victimes d'un déplorable scepticisme sur la nature spécifique ou la propriété virulente de cette maladie.

« Quant à la blennorrhagie, faut-il admettre aussi, avec l'auteur déjà cité, l'existence d'un chancre urétral plus ou moins profondément caché comme cause nécessaire, et de la persistance de l'écoulement à l'état chronique et du développement ultérieur des symptômes généraux de la syphilis? M. Gibert ne le pense pas, et fonde l'opinion contraire sur sa propre observation comme sur celle de Hunter, de Morgagni et du plus grand nombre des auteurs contemporains. Parmi ces derniers, il aurait pu surtout s'appuyer du témoignage de l'honorable M. Lagneau, qui, dans un précédent rapport sur le même sujet, a combattu cette doctrine avec toute la puissance de sa logique et toute l'autorité de son expérience.

« Nous convenons toutefois de la difficulté de mettre ce point de doctrine à l'abri de toute controverse; car il est beaucoup plus facile d'admettre par induction l'existence d'un chancre occulte, comme cause nécessaire des syphilides, qu'il n'est facile d'établir le fait contraire par une démonstration indirecte.

« M. Ricord pouvait donc sans crainte se placer sur ce nouveau terrain, où l'expérience de ses antagonistes ne pouvait guère le suivre ni lui être opposée. Aussi, tout en déclarant que l'assertion de M. Ricord est dénuée de preuves suffisantes, M. Gibert n'a pas prétendu lui opposer une dénégation formelle.

« Reste donc tout entière la difficulté de fixer ce point de doctrine, comme aussi d'établir les caractères distinctifs de la blennorrhagie réellement ulcéreuse ou vénérienne de la simple blennorrhagie catarrhale; difficulté qui semble s'accroître en présence de la même affection observée chez la femme, et qui jette si souvent le praticien même le plus exercé dans une irrésolution désespérante; dans cette alternative, où il s'agit peut-être d'attaquer un mal innocent avec un remède que l'on ne peut regarder comme indifférent, ou de laisser subsister dans l'économie un ennemi caché, qui, tôt ou tard, doit y exercer des ravages plus ou moins funestes.

« M. Gibert a cherché à apporter dans cette partie de son mémoire toutes les lumières de son expérience et de sa pratique (1).

(1) Suivant M. Ricord, toute blennorrhagie susceptible de donner lieu ultérieurement à des accidents vénériens consécutifs, et notamment à une *syphilide*, est due à la présence d'un chancre du canal de l'urèthre, puisque le chancre est d'après lui le seul phénomène primitif que l'on doive admettre. Voici ce que nous opposons à cette manière de voir : 1^o Les anatomistes célèbres qui ont disséqué le canal de l'urèthre sur des individus qui étaient atteints d'écoulement blennorrhagique, n'ont point trouvé d'ulcère dans le canal de l'urèthre; 2^o nous avons observé plusieurs fois le chancre siégeant au méat urinaire (siège ordinaire également de la blennorrhagie), sans que ce chancre donnât lieu à un écoulement blennorrhagique; 3^o les *syphilides* succèdent à la blennorrhagie dans une proportion assez grande pour qu'on ne puisse regarder le chancre de l'urèthre comme rare, si en effet ce chancre doit être considéré comme cause nécessaire de la blennorrhagie vénérienne; 4^o il n'est pas possible de regarder le chancre comme le seul symptôme primitif de la vérole, puisque le bubon d'emblée (dont nous avons recueilli, pour notre part, d'incontestables observations), les tubercules plats primitifs, les végétations primitives constituent autant de phénomènes caractéristiques et que l'on ne saurait rattacher au chancre sans se livrer à un système d'interprétation qui sort des voies rigoureuses de l'observation scientifique. Enfin, de ce que le pus blennorrhagique inoculé

« Un premier fait, qui lui paraît aujourd'hui incontestable, c'est que, chez la femme comme chez l'homme, le méat urinaire est le *siège d'élection* de la blennorrhagie.

« Sur deux cent seize cas qu'il a observés à l'hôpital de l'Ourcine, il a constamment remarqué dans les premières semaines de la maladie une suppuration catarrhale de l'urèthre qui caractérise l'écoulement blennorrhagique et le distingue formellement de la simple leucorrhée. C'est donc à tort que des auteurs modernes l'ont nommée *vaginite*.

« Mais, en cherchant à déterminer ce point de diagnostic, M. Gibert a été conduit à la constatation d'un autre fait non moins important et qui mérite également d'être signalé à l'intervention des praticiens. Toutes les fois qu'il a eu recours au spéculum comme moyen d'exploration, il a pu observer, en même temps que l'écoulement uréthral, un écoulement utérin plus ou moins abondant; et cet écoulement, qui persiste assez longtemps après la cessation de l'écoulement uréthral, peut se transmettre par contagion, lors même qu'il est revenu à des apparences qui peuvent le faire confondre avec une simple leucorrhée (1).

au tissu cellulaire sous-cutané ne donnera pas lieu à une pustule chancreuse, sera-t-on en droit d'en conclure rigoureusement que le sujet de l'expérience est atteint seulement d'une inflammation catarrhale et non virulente du canal de l'urèthre...? Pour ma part, je ne le crois pas, puisque, entre autres objections à opposer à cette conclusion, celle-ci a déjà été regardée comme suffisante, savoir: que des symptômes syphilitiques peuvent être contagieux dans certaines circonstances données, tandis que l'inoculation ne serait point apte à les communiquer. G.

(1) On a fait, au dedans et au dehors de l'Académie, plusieurs objections à cette manière de voir. On a dit d'abord qu'il paraissait *plus naturel* que ce fût le vagin que l'urèthre qui fût le siège d'élection de la blennorrhagie chez la femme. Mais, d'une part, il est très-facile de comprendre comment, dans l'acte du coït, le méat urinaire peut être

« On comprend toute l'importance que peut acquérir dans la pratique un pareil fait; aussi M. Gibert n'a pas manqué de le signaler comme une source d'erreurs et de déceptions, qui peut à elle seule fournir l'explication de ces prétendues blennorrhagies simples, que le praticien se croit trop souvent fondé à abandonner à elles-mêmes, et qui constituent l'une des plus fréquentes des infections vénériennes. Ces apparences, qui consistent principalement dans certaines formes d'érosion ou d'ulcération granulée, et qui sont autant de transformations, de chancres du museau de tanche (ou d'ulcères vénériens consécutifs), coexistent assez souvent avec un écoulement blennorrhagique, et même avec des syphilides. Dans ce cas, leur diagnostic ne peut être équivoque, ni les indications thérapeutiques douteuses.

infecté par un contact direct, et, de l'autre, il ne faut pas oublier que c'est le *col de l'utérus* qui reste le siège principal de l'écoulement. On a dit ensuite que les médecins et chirurgiens de l'hôpital de l'Ourcine pourraient attester au besoin combien l'écoulement urétral était rare. C'est, au contraire, sur l'observation attentive et prolongée pendant plusieurs années, des faits qui ont passé sous mes yeux dans les salles de cet hôpital, que j'ai puisé mes convictions. C'est un fait incontestable selon moi que la rareté de la *vaginite* proprement dite. L'écoulement, soit leucorrhéique, soit blennorrhagique, tire sa source du *col de l'utérus*; le vagin y est presque toujours étranger. Sur plusieurs centaines de femmes examinées au spéculum, c'est à peine si j'ai rencontré cinq ou six fois un écoulement vaginal bien caractérisé et ayant une certaine durée. Dans un de ces cas rares, où le vagin fournissait un écoulement abondant et purulent, M. le docteur Donné a trouvé dans la matière un animalcule microscopique analogue à celui dont il dit avoir constaté la présence dans le pus du chancre vénérien chez l'homme. Quant à l'écoulement fourni par le méat urinaire, j'affirme de nouveau qu'on peut, dans la majorité des cas, le regarder comme le signe caractéristique de la blennorrhagie chez la femme; mais je répète qu'il n'existe que dans les deux, trois ou quatre premières semaines de la maladie.

G.

« Mais, dans d'autres cas, ces granulations et ces érosions sont purement accidentelles, et, bien qu'il n'y ait alors aucune raison de suspecter leur nature, elles n'en sont pas moins difficiles à distinguer de l'*érosion granulée syphilitique*. Aussi votre commission n'a pu qu'approuver l'heureuse idée qu'a eu M. Gibert de figurer, dans autant de dessins coloriés, les divers aspects que peut offrir le col utérin, soit dans l'état normal, soit dans l'état pathologique, de manière à obtenir les caractères différentiels et spécifiques de chacun d'eux (Voir le Mémoire de M. Gibert *sur les ulcérations du col de la matrice*.) »

« D'autres formes d'excoriation superficielle, d'apparence aphtheuse, ont pu être également confondues avec des ulcérations vénériennes et devenir ainsi l'objet de traitements spécifiques plus ou moins dangereux. M. Gibert parle même de certaines apparences de lésions dues à des variétés purement anatomiques de longueur, de volume, de situation et de forme, que quelques praticiens ont prises à tort pour des états morbides ; et ce sera, dit-il, un des épisodes les plus curieux de l'histoire médicale de notre époque, que cette importance exagérée que des médecins attachent aujourd'hui à certains phénomènes prétendus morbides, que cette gravité, gratuitement accordée à de simples lésions de coloration ou de texture, le plus souvent passagères et le plus constamment innocentes, contre lesquelles, toutefois, on a déployé un appareil exorbitant de remèdes divers, tels que sangsues au col de l'utérus, saignées fréquemment répétées, cautérisations incessantes, repos absolu pendant des mois entiers ou même des années, etc.

« Quelque humiliants que soient pour la pratique ou la

moralité de l'art de tels faits, ils sont malheureusement assez patents pour qu'il ne soit plus permis de les mettre en doute, et pour que nous ayons à déplorer le scandale qui s'attache à de semblables pratiques.

« M. Gibert parle même de *névroses* que des médecins auraient traitées avec cet imposant appareil de remèdes plus ou moins actifs, dirigés contre de prétendues affections organiques de l'utérus... (1).

(1) Les lecteurs de la *Revue* et de la *Gazette médicale* ont eu, à plusieurs reprises, sous les yeux, des exemples de ce genre de méprise. Dans mon Mémoire spécial sur les ulcérations du col de l'utérus, dans un mémoire plus récent, sur les névroses, dans un extrait de mes leçons de l'hôpital Saint-Louis, publié en 1841, j'en ai consigné un certain nombre. Je répète ici et j'affirme de nouveau (en conjurant les praticiens de ne pas négliger les occasions de vérifier la réalité de mes assertions) que tout ce qu'on a dit sur la prétendue gravité de la lésion locale et sur les procédés thérapeutiques nouveaux à mettre en usage dans les maladies des femmes chez lesquelles on trouvait ou croyait trouver, au moyen de l'exploration par le *speculum*, de la rougeur, du gonflement, de l'engorgement, des ulcérations au col de l'utérus, est complètement erroné. Sans doute il n'est rien de plus commun dans nos grandes villes que de rencontrer chez les femmes et surtout chez celles qui ont eu des enfants, de la leucorrhée, des traces de congestion au col de l'utérus, des douleurs lombaires, abdominales, inguinales, et beaucoup d'autres accidents nerveux divers, tels que gastralgie, étouffements, inquiétudes morales (surtout quand on a troublé l'esprit de la malade par les préoccupations qui se rattachent à la supposition d'une maladie de matrice).... Mais tous ces accidents se lient à un trouble général dont les altérations apparentes du col de l'utérus ne sont, elles-mêmes, qu'un épisode presque insignifiant. Qu'on fortifie et qu'on calme le système nerveux par les bains de siège froids, les douches ascendantes froides, les injections toniques et astringentes, qui n'agissent pas seulement, comme on pourrait le croire, par les effets locaux et directs qu'ils produisent; qu'on s'attache à distraire la malade de ses inquiétudes, et qu'on la place dans les conditions hygiéniques favorables... et l'on verra dans l'espace de quinze jours, trois semaines, dans quelques cas, cesser complètement les accidents, et dans tous, sans exception, la guérison être obtenue au bout d'un temps plus ou moins long, suivant l'atteinte plus ou moins profonde qui aura été portée à la santé générale. C'est surtout chez les femmes

« Quoi qu'il en soit, nous revenons à l'objet principal de ce mémoire, aux syphilides.

« Les *syphilides* ou éruptions cutanées vénériennes, se manifestent plus ou moins longtemps après la disparition complète ou pendant le cours des accidents primitifs, mais toujours après plusieurs semaines de l'invasion de ces derniers (1)....

« On sait que, jusque dans ces derniers temps, les éruptions syphilitiques n'ont guère été indiquées dans la pratique, ni même dans plusieurs traités spéciaux, que sous le nom vague et générique de *pustules vénériennes*. M. Gi-

préliminairement soumises à ces médications erronées et dangereuses, qui n'ont été que trop généralement mises en usage depuis une vingtaine d'années, que le changement qui s'opérera se montrera plus rapide et plus complet. Comment peut-on comprendre que des médecins du plus haut mérite aient persisté pendant des mois et des années (comme j'en ai vu plus d'un exemple), dans l'emploi de la saignée, des sangsues, des débilants, des cautérisations du col de l'utérus chez des femmes qui, bien loin d'être soulagées par ce genre de traitement, n'en étaient que plus inquiètes et plus souffrantes, et offraient, à l'examen local des parties, les mêmes apparences qui avaient été signalées au début, et qui avaient, aux yeux prévenus du médecin, suffi pour motiver les remèdes indiqués ?

(1) Dans la première des cinq observations publiées par Gaspard *Torella*, médecin du pape Alexandre VI (observations précieuses, puisque, comme nous l'avons dit ci-dessus, elles ont été recueillies dans les premiers temps de l'invasion de la maladie vénérienne à Rome), on voit une *syphilide tuberculeuse* se manifester seize jours après le développement du chancre primitif de la verge. *J. Hunter* cite un cas où une éruption vénérienne se montra dans le délai de quinze jours, chez un sujet atteint d'un chancre et d'un bubon. J'ai recueilli moi-même quelques observations de cette apparition hâtive des *syphilides*, dès le commencement de la troisième semaine qui suit le début des phénomènes primitifs; mais, dans le plus grand nombre des cas, l'intervalle qui sépare ceux-ci de l'apparition des symptômes consécutifs est beaucoup plus considérable.

bert qui, en cela, avait été précédé de Bielt, son premier maître, a consacré pour les syphilides la division qu'il avait adoptée dans son *Traité des maladies de la peau*. Elle a, en effet, l'immense avantage de conduire plus sûrement et plus facilement au diagnostic de ces affections, en ce qu'elle se fonde sur des caractères sensibles et bien déterminés, qui permettent, au moins dans la plupart des cas, de prononcer avec confiance sur la nature de l'éruption, lors même que le malade cherche à déguiser la vérité et se refuse à des aveux dont il aurait à rougir; circonstance qui se rencontre plus souvent encore dans la pratique de la ville que dans celle des hôpitaux.

« Partant de ce principe, M. Gibert divise les syphilides en huit espèces, représentées par les huit formes qu'il désigne sous les noms d'exanthématique, bulleuse, vésiculeuse, pustuleuse, tuberculeuse, squameuse, papuleuse et maculée.

« Indépendamment de quelques traits particuliers à chaque espèce ou forme de syphilide, il existe des caractères communs à ces différentes espèces et qu'il importe de bien saisir dans la pratique, afin de les distinguer des éruptions simplement dartreuses avec lesquelles elles pourraient être confondues.

« Ces caractères communs sont : 1° La *coloration cuivrée*, qui peut varier depuis le rouge obscur ou livide, jusqu'au jaune terreux ; 2° la diffusion de l'éruption qui, sauf quelques exceptions, tend à se répandre sur toute l'étendue des téguments ; 3° la persistance du mal après un traitement simple, et sa disparition plus ou moins rapide après un traitement spécifique convenablement administré ; 4 en-

fin, les maculatures ou les cicatrices spéciales qui succèdent à l'éruption.

« M. Gibert ajoute aussi à ces caractères généraux, tirés de la physionomie même de l'affection cutanée, les commémoratifs déduits de la préexistence d'un chancre, d'une blennorrhagie ou de tout autre symptôme primitif; et, *à fortiori*, la coexistence actuelle d'accidents consécutifs, tels que tubercules plats à l'anus, végétations aux parties génitales, ulcérations de la voûte palatine, érosion granulée du col de l'utérus, exostoses, périostoses, etc. C'est ainsi que sur cent dix-sept cas de syphilides dont il a fait le relevé à l'hôpital de Lourcine, il a pu en compter quatre-vingt-dix qui offraient cette simultanéité de symptômes, ne laissant aucun doute sur le caractère vénérien des éruptions.

« Quant aux vingt-sept autres qui étaient exempts de ces symptômes accessoires, il n'était guère possible, suivant M. Gibert, de ne point en saisir le caractère spécifique dans l'appréciation comparative des traits respectifs des éruptions vénériennes et des éruptions dartreuses.

« Chez les enfants surtout, les syphilides se rencontrent exemptes d'autres phénomènes vénériens; mais il est d'observation qu'elles se manifestent le plus communément dans le siège d'élection qu'affectent ces phénomènes, savoir : la région de l'anus et les environs des parties génitales (1)

(1) Chez les adultes qui se présentent à l'hôpital Saint-Louis, il n'est pas rare non plus d'observer des *syphilides* sans complication de phénomènes primitifs (qui ordinairement ont disparu depuis longtemps)

« Quant au traitement, objet non moins important de ce travail, si l'incertitude même des accidents primitifs de la blennorrhagie doit mettre les praticiens dans une sage réserve sur la spécificité des méthodes curatives, lorsque d'ailleurs il n'existe aucun signe d'une nature manifestement vénérienne, ni dans les circonstances morales de la maladie, ni dans ses caractères physiques, il n'en est pas de même des syphilides qui, constituant le phénomène le plus général et le plus caractéristique de l'infection vénérienne, réclament par cela seul un traitement spécifique. Telle est en effet la doctrine que proclame M. Gibert et à laquelle votre commission ne craint pas de donner un plein assentiment.

« M. Gibert a d'ailleurs cherché à fixer la valeur des différents systèmes de traitement qui ont été tour-à-tour mis en usage contre cette maladie. Mais le traitement mercuriel est celui auquel il donne une préférence marquée; et ce n'est pas, comme il le dit lui-même, sur son expérience personnelle seulement qu'il fonde cette préférence; mais sur l'étude historique, sur le rapprochement et la comparaison des traitements employés jusqu'à ce jour contre la syphilis. C'est ainsi qu'il fait observer que *Gaspard Torella*, qui au commencement du XVI^e siècle, n'osait avoir recours à l'usage du mercure, voyait échouer ses traitements à côté de ceux des charlatans, qui employaient ce spécifique avec un succès presque constant.

« Sébastien d'Aquila, qui écrivait en 1498, et Jacques

ou de phénomènes consécutifs d'un autre ordre (qui ne se sont point encore développés), mais presque toujours les caractères de l'éruption sont assez tranchés pour qu'on ne puisse en méconnaître la nature.

G.

de Catanée en 1505, avaient déjà conseillé la méthode des onctions mercurielles; mais Jean de Vigo, médecin du pape Jules II, est le premier auteur qui ait préconisé ce remède jusqu'à la salivation comme le seul moyen d'expulser par cette voie le venin syphilitique.

« Aloysius Lobera, médecin de Charles-Quint, voulut substituer aux onctions les fumigations cinabrées; mais Nicolas Massa, 1536, fit revivre la méthode des onctions avec une hardiesse dont peu de médecins de nos jours seraient capables, en avançant que la salivation convient tout aussi bien aux femmes enceintes et aux enfants. Pendant plus d'un siècle cette méthode conserva en France la même faveur; mais en 1718, Chicoigneau adopta la méthode dite par extinction ou sans salivation, et trouva plus tard de fidèles imitateurs dans les deux Cullerier, comme elle en trouve aujourd'hui dans le plus grand nombre des praticiens.

« M. Gibert a suivi la même méthode, en employant de préférence les préparations déjà mises en vigueur par Bielt, son prédécesseur. Dans quelques cas réfractaires à ce genre de traitement, il a eu à se louer de l'emploi de l'onguent mercuriel appliqué chaque soir dans le creux de l'aisselle, d'après le procédé de Scatigna. Près de deux cents observations de syphilides, traitées par l'administration intérieure du mercure, et principalement du proto-iodure, confirment les bons effets de ce traitement (1). Le relevé statistique de la durée a donné sur cent cas :

(1) Aujourd'hui j'ai substitué dans un grand nombre de cas, le *dento-iodure* au proto-iodure. Bielt, redoutant l'énergie de ce médicament, ne l'avait point employé. Combiné à un excès d'iodure de potassium, et administré sous la forme de sirop, ce remède, facilement supporté par

44	guérisons en un mois.
28	en six semaines.
18	en deux mois.
10	en trois mois.
Total égal	100

« Ces résultats comparés à beaucoup d'autres, sont au moins consolants pour la pratique, et bien dignes d'exemples et d'encouragements. Ils méritent surtout d'être opposés à certains esprits forts qui, substituant leur aveugle scepticisme à l'évidence des faits, regardent le mal vénérien comme un être imaginaire qu'il suffit presque de nier pour en combattre ou en prévenir les effets.

« En général, les syphilides dont on obtient le plus rapidement la guérison, sont les tuberculeuses, les exanthémateuses et les squameuses; les plus réfractaires sont les pustuleuses, les papuleuses et les bulleuses.

« Dans beaucoup de cas d'ailleurs, M. Gibert a fait concourir au succès du traitement intérieur, le traitement topique varié suivant les cas et la nature des symptômes locaux. Ainsi outre les bains simples, alcalins ou sulfu-

tous les malades, quels que soient l'âge, le sexe, le tempérament, l'état cachectique même où ils soient parvenus... m'a procuré les guérisons les plus rapides et les plus remarquables. C'est aujourd'hui, tant dans ma pratique particulière que dans celle de l'hôpital Saint-Louis, le médicament auquel j'ai recours de préférence, dans tous les cas de syphilis constitutionnelle, et de *syphilides*, en particulier. Ce *sirop de deutro-iodure-ioduré*, déjà plusieurs fois mentionné et formulé dans la *Revue* et dans la *Gazette médicales*, jouit, en outre, de l'inappréciable avantage d'une inaltérabilité qui ne se rencontre dans aucune préparation mercurielle de ce genre : on sait, en effet, que tous les sirops mercuriels se décomposent avec une grande rapidité; celui-ci se conserve pendant des mois et des années, sans se décomposer.

G

reux, il a retiré de bons effets des onctions locales d'une pommade composée de trente grammes d'axonge et de deux grammes de proto-iodure ou d'oxy-chlorure ammoniacal de mercure.

« Mais si d'après sa propre expérience et celle de ses devanciers, M. Gibert s'est cru fondé à préconiser le mercure comme le remède le plus sûr, le plus efficace à opposer aux différentes formes de la maladie syphilitique, il n'en convient pas moins de ses funestes effets et de ses dangers lorsqu'il est appliqué en temps inopportun, ou sans méthode et sans prudence. Par conséquent, le médecin, ainsi placé entre deux écueils, où il peut également craindre les suites de la maladie et les conséquences du traitement, ne peut assez se pénétrer de cette grande maxime de Boerhaave :

At prudenter à prudenti medico, abstinere si methodum nescis. »

RECHERCHES

SUR LA GUÉRISON NATURELLE OU SPONTANÉE

DE

LA PHTHISIE PULMONAIRE,

PAR ERNEST BOUDET,

Ex-interne des hôpitaux de Paris, docteur et lauréat de la Faculté de Médecine, membre titulaire de la Société anatomique, secrétaire de celle d'Observation de la même ville.

Les anciens accordaient trop d'influence à la force médicatrice de la nature dans la guérison des maladies; les modernes ne lui en accordent plus assez (1).

Empêché, par des circonstances indépendantes de ma volonté, de mettre la dernière main à un travail de longue haleine que j'ai entrepris sur la guérison de la phthisie

(1) Cette épigraphe, mise en tête d'une dissertation inaugurale, par un jeune médecin sorti de l'internat, et membre de la Société anatomique, doit être remarquée comme un heureux symptôme du déclin de l'école matérialiste, et du retour lent, mais progressif, de la médecine à ses véritables principes. Il y a 15 ou 16 ans, lorsque nous commencions un cours de clinique à l'hôpital de la Charité, par un discours sur *la force vitale médicatrice*, la jeunesse médicale qui nous écoutait était muette d'étonnement. Imbue des principes de l'anatomisme, ravivée momentanément par le génie de Broussais, qui était encore à son apogée, comment aurait-elle pu comprendre de prime abord le sens et la portée des mots *nature* ou *force vitale médicatrice* qui frappaient pour la première fois son oreille? Elle commence à les comprendre aujourd'hui, grâce à l'é-

pulmonaire, je n'ai pas voulu attendre plus longtemps pour publier un aperçu de mes recherches. Je me plais à croire que, tout incomplètes qu'elles sont, les conclusions rassu-

puisement des fausses doctrines qui l'avaient égarée; et une meilleure direction se fait remarquer dans les études anatomiques.

En considérant ces études au point de vue du vitalisme Hippocratique, nous nous élevions, dans ce même discours sur la force vitale médicatrice, contre le déplorable abus qu'on a fait de l'anatomie pathologique en lui demandant ce qu'elle ne peut pas donner, en présentant toujours les altérations organiques comme causes et point de départ des maladies, tandis qu'elles n'en sont que des effets et des résultats éventuels; et nous nous efforcions de faire rentrer cette science dans son légitime domaine. L'anatomie pathologique, disions-nous, nous enseigne comment les organes s'altèrent par degrés, se dénaturent, et finissent par se détruire sous l'influence de diverses causes morbifiques, et quelquefois par les efforts même d'une réaction trop énergique ou trop plongée, connaissance précieuse pour le pronostic, pour le jugement des maladies et surtout pour la juste appréciation des ressources de l'art. Mais ce n'est pas tout encore. Si l'anatomie pathologique nous apprend comment les maladies tuent, elle nous apprend aussi comment elles guérissent, en nous révélant les admirables ressources de la force médicatrice de l'organisme, qui tend toujours à procurer la guérison par des procédés appropriés à la nature des désordres. C'est ainsi que dans les excavations pulmonaires qui résultent de la fonte des tubercules on voit se former une exsudation membraniforme, d'abord molle et ténue, puis de plus en plus épaisse et consistante, qui finit par s'organiser en une véritable membrane muqueuse. En même temps la cavité se resserre sur elle-même jusqu'au point de n'être plus qu'une fistule borgne, une sorte de cautère. Alors la guérison est aussi complète qu'elle peut l'être. Cinq exemples de guérisons de ce genre ont été observés dans nos salles de clinique pendant l'été de l'année 1824 (*Voir notre Clinique médicale*, page 105). Nos lecteurs nous sauront gré de mettre sous leurs yeux le travail de M. Boudet, qui décèle un véritable talent d'observation et d'analyse. Nous ne saurions trop encourager ce jeune confrère à poursuivre des recherches d'anatomie pathologique entreprises dans une aussi bonne direction.

CAYOL.

ranter auxquelles je suis parvenu, ranimeront le zèle des médecins pour prévenir ou combattre cette redoutable affection, et rendront quelque espérance aux malades eux-mêmes.

Partant de cette donnée déjà acquise à la science, que la dégénérescence tuberculeuse n'est pas une maladie absolument incurable, je me suis efforcé de résoudre les problèmes suivants :

1^o Quelle est la fréquence de la guérison des tubercules pulmonaires chez l'homme ?

2^o A quelle période de leur évolution les tubercules peuvent-ils guérir ; et s'ils guérissent à différentes périodes, quelle est celle qui présente le plus de chances d'une terminaison favorable ?

3^o Quels sont les procédés qu'emploie la nature pour guérir la phthisie pulmonaire ?

4^o Quelles sont les conditions hygiéniques et thérapeutiques qui favorisent cet heureux résultat ?

5^o Comment l'art peut-il mettre à profit, pour instituer un traitement rationnel, les cas de guérison naturelle de cette affection ?

Si le temps ne m'avait pas manqué pour exposer et développer ici les résultats de mes longues recherches sur ce sujet, j'aurais, j'ose l'espérer, résolu en grande partie ces questions d'une si haute importance. La collection considérable de faits que je possède me permettait d'appuyer chacune de mes assertions sur un nombre imposant de preuves ; en outre, plusieurs dessins que j'ai exécutés d'après nature seraient venus en aide à mes descriptions, et auraient fait voir avec netteté les diverses périodes de la transformation du tubercule.

C'est avec un vif regret que je me vois forcé d'ajourner la publication de ce travail; je compte pouvoir le terminer très-prochainement, et justifier par une démonstration satisfaisante la hardiesse des propositions que je me borne à énoncer aujourd'hui.

La dégénérescence tuberculeuse des poumons et des ganglions bronchiques est infiniment plus commune, et plus souvent susceptible d'une terminaison favorable que ne le pense la grande majorité des médecins. Ces deux propositions ressortiront aisément des faits qui suivent.

Chez les enfants très-jeunes, les tubercules de l'appareil respiratoire sont rares : sur 835 ouvertures pratiquées en 1842 par la même personne à l'hospice des Enfants trouvés, sur des sujets d'un jour à un an, il n'en a été rencontré que 13 fois, ou 1 fois sur 64. De un an à deux, les tubercules pulmonaires sont bien plus communs; ils existaient 1 fois sur 12 (1).

A dater de l'âge de deux ans, la fréquence des tubercules augmente dans une proportion notable (2).

Ayant examiné successivement, et sans choix, les organes respiratoires de 197 individus de deux à soixante-seize ans, morts dans les hôpitaux de Paris, à la suite de maladies variées, *ou même d'accidents et de blessures qui les*

(1) Je dois ces renseignements à l'obligeance de mon excellent collègue, M. Thore, qui, pendant un an de séjour à l'hospice des Enfants trouvés, n'a omis l'examen cadavérique d'aucun des sujets morts dans le service auquel il était attaché comme interne.

(2) Toutes les recherches dont je vais actuellement présenter les résultats me sont personnelles.

avaient fait périr tout à coup au milieu d'une santé florissante, je suis arrivé aux résultats suivants :

De deux à quinze ans, j'ai trouvé des tubercules dans les $\frac{3}{4}$ des cas (33 fois sur 45).

A un âge plus avancé, la proportion des individus tuberculeux aux individus non tuberculeux arrive à son maximum. En effet, sur 135 personnes âgées de quinze à soixante-seize ans, 116 m'ont présenté, dans les poumons ou les ganglions bronchiques, un plus ou moins grand nombre de tubercules récents ou anciens; de sorte que ces produits morbides ont été constatés 6 fois sur 7 pendant cette longue période, et qu'on peut, pour ainsi dire, avancer qu'à cette époque de la vie, et dans les conditions que j'ai signalées, la présence de tubercules dans les poumons est la règle, et leur absence une véritable exception.

Ce résultat singulier, et qui, au premier abord, paraît presque incroyable, s'explique aisément par la facilité avec laquelle, en raison de divers changements qu'ils éprouvent dans leur constitution intime, ces produits morbides cessent d'être incompatibles avec l'état de santé.

En effet, les tubercules de l'appareil respiratoire sont susceptibles d'une guérison qui est loin d'être rare, et qui, dans les poumons en particulier, s'établit par plusieurs procédés différents.

Ainsi, la matière tuberculeuse peut s'isoler des tissus voisins; elle s'enveloppe alors d'une couche fibreuse, fibro-cartilagineuse, calcaire, ou formée uniquement de matière noire.

Sa densité peut augmenter de trois manières : soit qu'elle se dessèche de façon à présenter la consistance d'une pâte friable, soit qu'elle devienne plus tenace, plus

ferme et grasse au toucher, soit qu'elle dégénère en une matière inorganique calcaire ou plâtreuse. Elle peut aussi disparaître par suite de l'envahissement progressif de la matière noire pulmonaire.

Elle peut être absorbée en partie ou en totalité; il ne reste plus dans ce dernier cas que l'enveloppe vide qui la renfermait. Enfin elle peut être éliminée.

Tous ces modes de guérison se réduisent en définitive à cinq.

1° SÉQUESTRATION.

Les tubercules s'enkystent au sein du parenchyme pulmonaire, auquel leur présence devient indifférente : c'est un des procédés que la nature emploie le plus souvent. Ces kystes ne se développent pas seulement autour des tubercules non transformés; ils isolent également ceux qui ont subi des modifications profondes; ainsi, quand ils sont passés à l'état calcaire, l'enveloppe fibreuse qui les embrasse préserve les tissus voisins des déchirures, et par suite des phlegmasies auxquelles ils seraient exposés.

2° INDURATION.

Elle affecte trois modes distincts :

A. *Le tubercule devient tenace, dense, gras au toucher.*

Cette modification paraît, dans un certain nombre de cas, le dernier terme de l'évolution tuberculeuse. Le produit accidentel arrivé là ne change plus d'aspect, et ne paraît pas susceptible de se durcir de plus en plus.

B. *Le tubercule dégénère en une matière sèche et friable.*

Cette sorte de dessiccation n'est que la première période

de l'état calcaire ou plâtreux ; cependant je suis porté à penser, d'après un bon nombre de faits, que cet état de transition peut devenir définitif dans certaines circonstances.

C. Le tubercule se transforme en matière calcaire ou plâtreuse.

La réalité, et surtout la fréquence de la transformation pierreuse, une des plus communes et des plus remarquables parmi celles que j'ai rencontrées, n'ont pas été admises par tous les observateurs ; rien cependant ne m'a paru plus clair et plus évident. Sans entrer ici dans de longs détails, je me contenterai de dire que j'ai pu suivre plusieurs fois, au milieu de tubercules parfaitement caractérisés, le dépôt de grains durs, pierreux, d'abord demi-transparents ou opaques et d'une petitesse extrême, plus tard grossissant, s'agglomérant, de manière à envahir peu à peu, de dedans en dehors, toute la masse tuberculeuse.

L'examen microscopique m'a conduit aux mêmes conclusions, Ainsi, au centre de tubercules, dans lesquels au toucher ou à l'œil nu, il était impossible de reconnaître la présence de grains calcaires, j'ai vu très-distinctement au microscope de petites granulations opaques, irrégulières, qui n'étaient autre chose que des rudiments de matière pierreuse. L'analyse chimique confirme évidemment cette manière de voir : mon frère, M. Félix Boudet, a reconnu que ces matières salines offrent sensiblement la même composition que les parties inorganiques des tubercules pulmonaires. Elles sont constituées, chose remarquable, non

par des carbonates et des phosphates de chaux, matières qui ne figurent dans leur composition que pour une fraction minime, mais surtout par du chlorure de sodium et du sulfate de soude, qui en forment les sept dixièmes.

Chlorure de sodium.	0,409
Sulfate de soude.	0,288
	<hr/>
	0,697 sur 1,000

3^o TRANSFORMATION EN MATIÈRE NOIRE PULMONAIRE.

Ce mode de guérison des tubercules pulmonaires est fort curieux.

On voit fréquemment ces produits accidentels, déjà durs, consistants, mais gras au toucher, présenter à la coupe des taches noires, des stries de même couleur, et à leur circonférence une couche de matière charbonneuse; ces taches s'étendent, ces stries s'élargissent, ce cercle noir se rétrécit, et on finit par rencontrer, soit de petites masses tuberculeuses presque entièrement noires, soit des tubercules gros comme une tête d'épingle, et ensevelis au centre d'une masse mélanique, soit de petits grains arrondis, enkystés, ayant la forme et le siège des tubercules, et placés auprès de petites masses tuberculeuses, déjà en voie de dégénérescence mélanique. Dans cette transformation, y a-t-il absorption de la matière tuberculeuse remplacée par la matière noire; ou bien le tubercule ne fait-il que se colorer en noir aux dépens du carbone amassé autour de lui?

4^o ABSORPTION.

Le tubercule peut être absorbé : j'ai observé très-fréquemment des tubercules modifiés dans leur consistance et

en voie de guérison, qui présentaient des formes insolites. Au lieu d'être arrondis, ils étaient ovales, elliptiques; quelques-uns avaient la forme de croissants; enfin j'en ai vu et décrit qui présentaient des angles saillants et des rudiments de formes géométriques. N'est-il pas évident que ces figures bizarres reconnaissent pour cause l'absorption inégale des différentes parties du contour de ces produits accidentels?

En outre, il m'est arrivé quelquefois d'apercevoir au centre d'un kyste très-mince, comme séreux, un petit tubercule, ayant le quart du volume d'un grain de millet, et cependant offrant, soit à l'œil nu, soit au microscope, tous les caractères physiques de ce produit morbide. Or, quand il vient d'être déposé dans le tissu pulmonaire, quand il est à l'état naissant, il ne présente jamais un volume si minime: alors même que de la granulation milliaire sort le tubercule achevé, il offre constamment déjà quatre ou cinq fois le volume que j'ai indiqué tout à l'heure. Quelle autre cause que l'absorption a pu faire disparaître ainsi les molécules tuberculeuses?

Enfin, j'ai trouvé, à côté de ces petits kystes renfermant encore un peu de tubercule, d'autres kystes présentant avec les précédents une analogie parfaite, sauf qu'ils étaient vides. La matière tuberculeuse qui occupait ces cavités avait donc entièrement disparu. *J'ai conclu de ces faits que la matière tuberculeuse peut disparaître, par voie d'absorption, du sein du parenchyme pulmonaire.*

5^e ÉLIMINATION.

Je ne l'ai vue s'opérer que par les bronches; c'est ainsi

que le poumon se débarrasse de masses tuberculeuses un peu considérables.

— J'ai constaté ces différents modes de guérison (qu'on peut trouver associés en plus ou moins grand nombre chez un même individu) depuis l'âge de trois ans jusqu'à soixante-seize, terme auquel se sont arrêtées mes recherches.

Mais chez les enfants, l'arrêt dans l'évolution des tubercules est rare : jusqu'à l'âge de trois ans, je n'en ai pas observé un seul cas ; de trois à quinze ans, j'en ai vu 12, dont 2 avec excavation tuberculeuse ; plus tard, de quinze à soixante-seize ans, la guérison est bien plus commune. Ainsi, pendant cette période de soixante-un ans, j'ai trouvé des traces de guérison de tubercules dans les $\frac{97}{116}$ des cas (97 fois sur 116) ; et 2 fois sur 3 environ (61 sur 97) cet état satisfaisant ne s'accompagnait d'aucune lésion récente, les progrès de la maladie étaient arrêtés d'une manière complète, et très-probablement définitive.

La transformation des tubercules pulmonaires peut avoir lieu à toutes les phases de leur évolution. Ainsi, à l'état de crudité ou de ramollissement, sous forme de granulations grises, de tubercules jaunes, isolés ou agglomérés.

Les excavations tuberculeuses du poumon guérissent elles-mêmes dans une proportion assez notable. Sur 197 pris au hasard, j'ai trouvé 10 cas de cavernes entièrement cicatrisées, sans aucune trace de tubercules récents, et 8 cas de cicatrisation plus ou moins complète, coïncidant avec la présence de tubercules récents.

Lorsqu'elles sont placées dans les conditions nécessaires pour guérir, les cavernes se cicatrisent le plus souvent

par l'organisation d'une membrane muqueuse accidentelle, quelquefois par la formation d'une enveloppe fibreuse ou fibro-cartilagineuse.

Leur cavité peut rester béante et continuer ou non de communiquer avec les bronches; dans ce dernier cas, tantôt elles renferment un fluide aériforme, tantôt elles ne contiennent plus qu'un dépôt calcaire; enfin, elles peuvent s'oblitérer et disparaître par suite de l'union intime de leurs parois.

Les parties qui environnent les tubercules cicatrisés et les cavernes guéries sont presque constamment imperméables à l'air, dans une étendue plus ou moins grande, parsemées de matière noire et de tissu fibreux inodulaire, qui détermine dans les parties voisines des altérations de forme extrêmement remarquables.

J'ai observé chez l'enfant les mêmes transformations de tubercules que chez l'adulte, sauf celle qui résulte de l'infiltration de ces produits morbides par la matière noire.

A cet âge aussi, les cavernes (j'en ai observé 2 cas de huit à dix ans) paraissent se cicatriser comme chez les adultes.

Les tubercules des ganglions bronchiques sont susceptibles de présenter les mêmes modes de cicatrisation que ceux des poumons. Leurs excavations jouissent aussi du privilège de guérir, et de plus, la matière calcaire qu'ils renferment si souvent peut être évacuée à travers une ulcération bronchique, susceptible elle-même de se cicatriser plus tard.

On peut, jusqu'à un certain point, d'après le siège des tubercules transformés, déterminer approximativement l'époque de la vie à laquelle ils se sont développés. Ainsi,

pour n'en citer qu'un exemple, les tubercules des ganglions bronchiques et des parties inférieures des poumons étant bien plus nombreux, comparativement à ceux des autres régions, chez les enfants que chez les adultes, si on rencontre, chez une personne d'un âge plus ou moins avancé, des tubercules calcaires à la base des poumons et dans les glandes lymphatiques de cet organe, il deviendra très-probable que les tubercules, dont on ne retrouve plus que les traces, se sont développés dans l'enfance.

Non-seulement j'ai constaté la transformation fréquente du tubercule sur le cadavre, mais encore, m'appuyant sur les résultats remarquables que m'avait fournis l'anatomie pathologique, j'ai poursuivi sur le vivant la confirmation de ces données ; j'ai reconnu bientôt que la guérison de la phthisie pulmonaire, qui passe aujourd'hui pour une exception infiniment rare, est loin de dépasser les ressources de la nature. En moins d'une année, j'en ai rassemblé 14 cas, dont 6 avec ramollissement de la matière tuberculeuse, ou excavations manifestes. Ces 14 cas, réunis aux 10 de cavernes entièrement cicatrisées, constatées après la mort, et que j'ai cités plus haut, forment un total de 24 faits, dont l'autorité viendra, je l'espère, rendre le courage aux médecins les plus recommandables de l'époque, qui, rebutés par l'insuccès constant des traitements les plus divers appliqués à la phthisie, semblent avoir renoncé à toute tentative dirigée vers un but qu'ils regardent comme impossible à atteindre.

Ces 14 faits de phthisie, guérie chez des sujets vivants, m'ont démontré : que certaines personnes qui ont présenté les signes les plus manifestes de la phthisie au dernier degré, peuvent, au bout d'un temps plus ou moins long,

1845. Septembre T. III.

3

et pendant de nombreuses années, jouir d'une santé excellente.

Que, si l'état général est satisfaisant chez ces individus, et ne trahit quelquefois en aucune façon les accidents de leur vie passée, l'état local est bien différent, et révèle toujours, comme je l'ai fait pressentir, des altérations plus ou moins étendues.

Que la guérison des cavernes peut s'effectuer dans l'enfance comme à un âge plus avancé;

Que la phthisie, transmise des parents aux enfants par voie d'hérédité, peut guérir, même à sa dernière période, mais bien plus rarement que la phthisie accidentelle;

Que des phthisiques, traités par des moyens entièrement différents, ou abandonnés aux seules ressources de leur organisation, ont également recouvré la santé, et que, par conséquent, la nature fait le plus souvent tous les frais de la guérison de la phthisie;

Qu'on ne doit pas, comme la chirurgie le pose en principe, proscrire absolument les grandes opérations chez les phthisiques. J'ai vu 3 sujets de dix à vingt ans, atteints de maladies incurables du squelette d'un des membres inférieurs, et, en outre, d'une phthisie confirmée, se rétablir, d'une manière qui semble définitive, après l'ablation du membre malade.

Le fait capital qui semble ressortir de ces recherches, c'est que l'affection tuberculeuse n'est pas, comme le cancer, une maladie incurable dans son essence; qu'au contraire elle peut souvent guérir, et que sa gravité excessive et désespérante tient plutôt à son siège ordinaire dans un des organes les plus importants de l'économie, à son extension fréquente, et surtout à ses récidives, qu'à sa nature propre.

tant en Orient que dans les lazarets d'Europe, forment la base de ce mémoire. Si je propose une réforme devenue

DE LA RÉFORME DES QUARANTAINES

ET

DES LOIS SANITAIRES DE LA PESTE.

Mémoire lu à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine;

Par M. AUBERT ROCHE,

Ex-médecin en chef au service d'Egypte.

PREMIÈRE PARTIE.

NÉCESSITÉ DE LA RÉFORME.

J'avais hésité d'abord à publier les documents qui font la base de ce travail, parce qu'ils vont droit à la réforme des quarantaines de la peste, et qu'ils n'auraient servi peut-être qu'à soulever une discussion scientifique qui eût été alors plutôt nuisible qu'utile. Mais aujourd'hui que le gouvernement français, après avoir rendu une ordonnance qui supprime les quarantaines pour les provenances d'Alger, se fondant sur l'expérience d'un siècle, semble vouloir progresser; que l'administration sanitaire se trouve forcée de sortir de la routine où elle se traînait depuis longtemps; que la question, d'administrative et de scientifique qu'elle était, s'est transformée en question politique et nationale, je crois devoir mettre sous les yeux du public les pièces du procès qui va s'engager, et qu'il faut vider. Déjà la Chambre des députés s'en est occupée.

Les documents que j'ai pu recueillir dans mes voyages

tant en Orient que dans les lazarets d'Europe, forment la base de ce mémoire. Si je provoque une réforme devenue nécessaire et devant laquelle il n'est plus permis à personne de reculer, ce n'est certes pas pour le plaisir d'écrire et de parler : je remplis un devoir.

Depuis 1841, il se fait, sur une vaste échelle, une expérience touchant l'utilité des quarantaines, et qui sera concluante pour ou contre l'importation de la peste en Europe. La France, l'Angleterre et l'Autriche en sont le théâtre, puisque d'Alexandrie, de Smyrne ou de Constantinople on peut arriver au milieu de ces pays sans faire quarantaine, et sans avoir subi aucune des précautions prescrites par nos lois sanitaires.

L'Angleterre a donné le signal; la première elle a déchiré le contrat qui protégeait la santé publique de l'Europe, l'Autriche a suivi son exemple. Ces deux puissances ont, à la lettre, escamoté les quarantaines; le gouvernement le sait : non seulement il le tolère; bien plus, il y prête les mains, comme on le verra. Est-il croyable que l'on puisse arriver plus rapidement à Paris venant d'Alexandrie ou de Constantinople, en passant par Gibraltar et Londres, qu'en s'y rendant par la ligne directe de nos paquebots à vapeur, par Marseille? Cependant il est constaté que l'on gagne 16 jours en venant d'Alexandrie, et 23 en venant de Constantinople par l'Angleterre.

En présence de tels faits, je ne viens pas soulever une discussion sur la contagion, la non contagion ou l'infection; mais seulement dire ce qui se passe dans les quarantaines, et quelles conséquences en découlent pour la France.

Je désire démontrer qu'en suivant l'exemple donné par

le gouvernement et qu'en prenant pour base d'une nouvelle organisation sanitaire l'expérience de plus d'un siècle, on pourrait admettre toutes les provenances du Levant aussi sûrement et avec autant de sécurité que les provenances de l'Algérie.

ÉTAT DES QUARANTAINES.

De la contagion comme principe de la loi et de l'exécution de cette loi.

La peste est transmissible par contact médiat ou immédiat, et non par l'air. Telle est la base des lois qui régissent les quarantaines. Les lazarets sont donc institués contre la contagion et regardés comme les seuls et uniques préservatifs de la peste en Europe.

Si l'on demande à ceux qui acceptent cette opinion de bonne foi et sans arrière-pensée, jusqu'à quel degré ils admettent l'action du principe contagieux, ils vous répondent : à tous les degrés possibles et par tous les moyens possibles. Ils prétendent qu'il existe un virus pestilentiel excessivement subtil et tenace, excessivement actif ; qu'un fil, une plume, un papier qui aura même été en contact médiat avec un pestiféré pourra vous donner la peste et la porter pendant un temps long et à une grande distance. Ils racontent une multitude d'histoires, plus ou moins merveilleuses, de pestes communiquées par le plus léger et le plus innocent contact : ils disent qu'il y a des objets capables de conserver le virus de la peste, comme il y en a d'autres qui en sont incapables ; c'est-à-dire qu'il y a des objets susceptibles et non susceptibles, ou bien encore contumaces ou non contumaces, pour nous servir du français des lazarets.

Si vous ouvrez les lois et les règlements sanitaires, vous verrez que toutes ces histoires et toutes ces idées en sont la base : ainsi il y aurait une différence de capacité pestifère dans le cuivre vieux ouvré, le cuivre neuf ouvré et le cuivre en pain ou en masse. Les monnaies et médailles sont douteuses ; mais les vieux métaux sont très-susceptibles. Les dents d'éléphant, les peaux tannées, les cuirs secs, les racines et herbes pour la teinture, les bougies, le chanvre, les débris d'animaux, les momies sont très-dangereux ; tandis que les bois, les cuirs salés, mouillés, les fruits secs, la cire, le sparte et le jonc, les cendres, les minéraux, les chairs salées, fumées et desséchées, les fossiles sont inoffensifs.

Dans les lazarets, que les idées sur la contagion de la peste par contact médiat ou immédiat dirigent, tout le monde croit fidèlement à ces assertions ; il y a une longue pancarte des objets contumaces et non contumaces qui est la base des précautions à prendre contre les différents objets qui accompagnent les voyageurs, et contre les marchandises.

Mais a-t-on fait des expériences sur la propriété susceptible et non susceptible des objets ? Aucune ; jamais on ne s'en est avisé : c'est une affaire d'inspiration. Il en est de même pour les parfums qui chassent la peste ; seulement on n'est pas d'accord : les uns emploient le storax, les autres le chlore. Nous avons vu employer la paille mouillée ; tout cela est également bon et efficace, parce que personne ne sait ce que c'est que le virus de la peste. Qu'importe pour les agents sanitaires ! on se conduit d'après l'usage, on vous séquestre quand vous venez du Le-

vant, on parfume vos lettres si vous les montrez, et l'on met à l'air vos effets comme les marchandises.

Il est reconnu, dit-on, que l'air purge très-bien les objets du virus inconnu qui pourrait y être renfermé, ce qui prouve que l'air n'est pas regardé comme véhicule du virus contagieux, et n'entre en rien dans l'idée que l'on s'est faite de la contagion dans les divers lazarets.

Puis, comment exécute-t-on les quarantaines imposées? comme le veulent ceux à qui on les fait faire; car, à part la prison où vous êtes renfermé de force, le reste est à votre discrétion. Or, tout le monde ne croit pas à la contagion: aussi l'homme convaincu de la puissance du principe contagieux doit continuellement trembler de voir la peste s'introduire en Europe. Il sait que les quarantaines, établies d'après sa croyance, sont journellement violées et toujours illusoires; et il faut avoir une foi aveugle dans la contagion pour bien exécuter les quarantaines d'après le principe de la loi.

Quel est celui qui, ayant fait quarantaine en Europe, n'ait pas à se reprocher quelque peccadille, quelque légère infraction capable de communiquer la peste à des populations entières? car il est reconnu, *de par la loi* que la peste peut se conserver dans une boîte fermée où il y a du coton, dans un papier plié, ou bien dans une lettre renfermée dans un portefeuille et qu'imprudemment on aura oublié d'ouvrir.

Veut-on savoir aussi comment les agents de la santé eux-mêmes font exécuter les quarantaines? Demandez à ceux qui ont été en Orient: pour notre part, nous citerons trois faits. Dans deux, nous avons été acteurs: comme nous ne croyons pas à la contagion de la peste, la con-

duite de messieurs les agents ne nous regardant pas, nous avons laissé faire.

En 1836, M. Minant, consul général d'Alexandrie, revient d'Égypte, rapportant une grande quantité d'antiquités, parmi lesquelles se trouvaient des choses fort délicates et enveloppées dans du coton. Nous avons su, et M. le docteur Lachèse, qui fit quarantaine avec notre consul, nous l'a certifié, que les objets ne furent pas déballés; il y eut même des caisses qui ne furent pas ouvertes et qui arrivèrent aussi à Paris. Ceci se passait à Toulon. Nous laissons à penser quels malheurs une telle négligence pouvait amener, si la peste eût été dans le coton!

En 1838, nous accompagnions Reschid-Pacha, ambassadeur de la Porte, et se rendant de Constantinople à Londres. Nous avons fait quarantaine à Malte. Il était porteur de lettres de félicitations du Sultan à la reine d'Angleterre. Ces lettres étaient dans des sachets de soie brodés d'or. Nous pouvons certifier que ces lettres n'ont été ni parfumées ni ouvertes; que la reine d'Angleterre les a reçues telles que Mahmoud les lui a expédiées. Quel accident aurait pu arriver, si la peste eût été au fond de l'enveloppe!

Tandis que l'intendance sanitaire de Malte risquait de tuer la reine d'Angleterre, elle laissait passer en même temps, et avec une certitude presque complète, la peste en France. Je venais d'étudier la peste, de toucher des pestiférés et de faire des autopsies. J'avais avec moi des notes et des livres qui m'avaient servi jusque sur les cadavres des pestiférés; on savait très-bien qui j'étais et ce que j'avais fait; rien n'a été parfumé ou mis à l'air: papiers et livres, tout est arrivé entassé jusqu'à Paris. La seule pré-

caution prise contre moi et mes effets a été de nous renfermer ensemble pendant vingt jours.

Enfin , le docteur Clot-Bey a introduit en France des flacons contenant des bubons de pestiférés : c'est lui-même qui me l'a certifié.

C'est ainsi que les quarantaines s'exécutent dans tous les lazarets , quarantaines inutiles , puisqu'il peut suffire d'une négligence pour les faire regarder comme non avenues, et qu'il est impossible de ne pas commettre des fautes volontaires ou involontaires.

Or, que prouve ce que nous venons de dire ? c'est que les mesures sanitaires sont inexécutables, par conséquent, illusoires; qu'elles ne servent à rien; qu'elles ne sont pas d'accord avec leurs principes, et que si la peste était d'une essence aussi contagieuse que la loi le prétend , il devrait y avoir très-souvent des cas de peste en Europe; ce qui n'existe pas. Les ordonnances et les lois sanitaires sont donc défectueuses, incomplètes, et appellent une réforme.

De la période d'incubation , fixant chez les individus la durée de la quarantaine.

La base de la quarantaine, pour les objets et pour les individus, comme nous venons de le voir, est la contagion. La loi désigne les moyens à employer contre les objets qui peuvent renfermer le virus pestilentiel; la loi déclare qu'on peut le détruire en lavant et en parfumant; mais pour les personnes, que l'on ne peut passer au chlore ou au parfum, et qui peuvent contenir pendant un temps plus ou moins long le germe de la peste, la transporter avec elles et la transmettre, que fallait-il faire ? Une chose

fort simple : constater combien de temps le virus absorbé et causant la peste pouvait rester à l'état latent ; en un mot, déterminer la durée de la période d'incubation.

C'était une affaire d'observation ; mais les imaginations se sont mises de la partie. S'il existe des contes très-curieux sur la contagion, il y en a de fort piquants sur la période d'incubation : du reste, personne n'a été d'accord. Cependant la peur a fait admettre que le virus si susceptible de la peste pouvait demeurer en tout 30 jours dans le corps d'un individu, circulant dans toute l'économie sans que l'individu éprouvât la moindre indisposition, le moindre prodrome de cette terrible maladie. C'est pour cela qu'un laps de temps de 40 jours fut fixé comme terme après lequel il n'y avait plus rien à craindre des ravages et de la présence du virus.

Ce terme ne pouvait tenir contre un examen quelque peu sérieux. Lorsque la science de la médecine, libre de tout préjugé et de toute entrave, se livra à des recherches, et que l'observateur porta ses investigations sur ce point, demandant les faits et examinant, il ne rencontra plus que des histoires qui semblaient faites à plaisir ; on reconnut bientôt que la période d'incubation était beaucoup plus courte, quelques faits le prouvèrent. Bien que l'on ne pût déterminer par eux la durée de la période d'incubation, l'instinct, le bon sens l'emportèrent sur le préjugé, on pensa qu'il y avait lieu à diminuer le temps de la quarantaine. Elle fut donc réduite à 30 jours ; puis ensuite, en 1836, à 20 jours pour la France et Malte, avec patente brute. Dans les autres ports de la Méditerranée, la quarantaine est fixée à 30 et 35 jours, ce qui prouve encore que l'on

agit au hasard, sans savoir ce que l'on fait. Cependant la durée de la période d'incubation devrait être, pour les individus, la base et la fixation de la durée des quarantaines.

Jusque dans ces derniers temps, 1836, on s'était fort peu occupé de cette question; mais enfin les gouvernements français et anglais ont compris que les choses ne pouvaient rester dans cet état. Le gouvernement français a fait faire des recherches sur cette matière, et en 1837 il a posé à tous ses agents en Orient cette question : Quelle est l'opinion des médecins du pays et des personnes éclairées sur la durée de l'incubation de la peste? Puis, en 1839, il a envoyé en mission le secrétaire du conseil de santé, afin d'examiner cette même question. Cet administrateur contagioniste a publié, à son retour, un rapport au ministre, dans lequel il conclut à la diminution des quarantaines, pensant, d'après les faits, que la période d'incubation ne peut être au plus que de 11 jours. On peut voir déjà quels progrès l'on a faits de 30 à 11 jours! cependant l'on est bien loin d'être d'accord. Malgré cela, tous les hommes qui s'occupent de quarantaines sentent que les chiffres ne sont pas en harmonie avec ce que l'on sait sur la période d'incubation; qu'ici encore il y a une réforme à faire.

Ainsi les lois et les réglemens sanitaires pour les individus et les objets reposent sur deux bases incomplètes et incertaines :

1° La contagion admise par les uns, repoussée par les autres, mais prise comme principe des lois sanitaires, lequel principe rend la loi inexécutable ;

2° La période d'incubation que personne ne nie, mais

que personne ne peut fixer, et qui est aujourd'hui en désaccord avec la durée des quarantaines.

Du chiffre des quarantaines et des patentes.

Nous ne donnons ici que les chiffres des quarantaines pour les provenances de l'Égypte, de la Syrie et de la Turquie qui ont rapport seulement aux marchandises et aux passagers, afin de rendre la question plus claire et ne pas être accusé de l'embrouiller. Nous renvoyons aux tables publiées en 1854, dans un rapport du secrétaire du conseil de santé au ministre du commerce; on y trouve les plus incroyables variations.

D'abord il y a les patentes, 1^o la patente brute, 2^o la patente suspecte, 3^o la patente nette, qui subissent des quarantaines plus ou moins longues : de plus, les marchandises et les passagers font des quarantaines différentes; ainsi, avec une patente brute, les passagers subissent en France 15 jours avec spoglio ou 20 sans spoglio (1). A Malte il y a 20 jours de quarantaine; à Trieste 9 jours, compris le voyage avec spoglio à Syra; sur le Danube, à Orsowa de 5 à 10; à Livourne 30; à Gènes 35; en Angleterre rien. Les marchandises sont soumises en France à 25 ou 30 jours de quarantaine; à Malte, à 20 ou 30; à Trieste, de même; à Livourne et à Gènes, jusqu'à 30; en Angleterre, la loi dit 40, mais on l'élude.

Avec la patente suspecte pour les passagers et les marchandises, les uns diminuent 10 jours, les autres 5, ceux-ci 6, ceux-là 8 jours des chiffres ci-dessus.

(1) Le spoglio consiste à prendre un bain et à revêtir des habits venus du dehors. Voir au chapitre sur Trieste.

Avec la patente nette on fait en France et à Malte de 5 à 15 jours de quarantaine.

Livourne et Gênes n'admettent pas cette patente et la portent comme suspecte. Sur le Danube et en Angleterre on ne fait pas de quarantaine avec cette patente. Chacun marche suivant ses inspirations.

On voit par ces chiffres combien il règne de confusion dans la règle générale des lois sanitaires et combien les administrations sont loin d'être certaines du temps qui devrait être fixé. C'est un désordre où il est du reste assez difficile de se reconnaître.

Les variations pour les diverses patentes et les différents pays sont passablement ridicules et dignes de remarque. Il semblerait qu'il existe une différence dans le principe de la peste, et pour ajouter à l'incertitude des chiffres on fait des sereines et des purifications plus ou moins longues dans certains endroits, dans d'autres l'on ne fait rien; de plus, les chiffres sont encore soumis au bon vouloir des administrateurs. Cependant, il faut avouer que le pays où la quarantaine est le plus exactement faite, c'est la France; car en Italie les chiffres sont arbitraires et souvent augmentés; à Malte, au contraire, qui ne fait quarantaine que pour n'y être pas mise, avec l'Italie, souvent le temps est diminué; on est très-indulgent lorsqu'on le peut. C'est ainsi que le vapeur qui portait Reschid-Pacha ne fit que 23 jours de quarantaine au lieu de 25. En Angleterre on élude la loi autant que possible; à Trieste de même. Nous croyons donc que la France est la seule qui s'en tienne à la lettre de la loi.

En voyant trois espèces de patentes on doit naturellement penser qu'il arrive des temps où les prescriptions qui

se rapportent à chacune d'elles sont exécutées; ils sont bien rares; les intendances sanitaires qui ont un certain intérêt, décidant en dernier ressort, vous appliquent ordinairement le régime de la patente brute: ainsi vous arrivez avec patente nette et vous êtes tout étonné d'être rangé sous le régime de la patente suspecte et même brute.

Dans les ports de la Méditerranée, règle générale, la patente touchée ou suspecte n'est jamais admise que comme patente brute; à Malte et même à Marseille cette patente est toujours regardée comme brute. La dernière ordonnance ministérielle veut que l'on admette en France la patente suspecte: on éludera l'ordonnance.

Quant à la patente nette, elle n'est ici que pour la forme; jamais on ne l'admet que comme patente suspecte au moins. Telle est la règle générale; on verra que l'ordonnance du 22 juin 1845 n'a rien modifié pour la France, et que les choses sont toujours dans le même état; que cette ordonnance est illusoire.

De plus, il y a des exceptions à cette règle générale; à Marseille, à Malte, à Venise et à Trieste on admet pour toutes les échelles du Levant la patente brute et la patente suspecte, comme nous venons de le dire; mais à Livourne on ne l'admet que pour l'Égypte, la Syrie, la Caramanie, Smyrne, et on les refuse pour Constantinople et les Dardanelles. A Gènes, on ne reçoit jamais que sous le régime de la patente brute.

Si l'on demande pourquoi toutes ces différences? pourquoi toutes ces hésitations dans les différents lazarets? nous répondrons que personne ne le sait, parce que tout le monde comprend quelle est l'incertitude de la contagion

et de la durée de la période d'incubation, qui sont la base des lois et des réglemens sanitaires. Le principe qui produit la peste, s'il peut s'importer, est égal dans tous les pays; l'application des moyens qui doivent le repousser devrait donc être égale; si on diffère, c'est que l'on est incertain sur ce principe, qu'on l'a mal étudié, et qu'alors ce n'est plus la raison, l'expérience et les faits qui guident, mais l'imagination, la peur, le hasard, et le plus souvent l'intérêt.

DES QUARANTAINES, DE LEUR ABOLITION EN ANGLETERRE
ET EN AUTRICHE; RÉSULTAT POUR LA FRANCE.

Etat des quarantaines de l'Angleterre; abolition des quarantaines pour les provenances d'Egypte.

Nous arrivons à un des points les plus importants de ce mémoire; nous sollicitons vivement l'attention sur ce qui va suivre.

L'examen seul des chiffres et des faits a démontré qu'il ne règne que de l'incertitude dans le principe et les diverses lois qui régissent les quarantaines de la Méditerranée. Comme jusqu'en 1841 l'avantage était pour la France, bien qu'un tel état de choses mit des entraves aux communications et au commerce, on pouvait à la rigueur laisser les quarantaines comme elles étaient, puisque les intérêts français en profitaient. Jusqu'à cette époque, la ligne de conduite que nous avons tenue comme médecin et comme observateur a été d'éclairer scientifiquement et autant que possible la question des quarantaines, afin d'en faire déterminer la base et de provoquer un abaissement progressif dans leur durée. Il n'en est plus ainsi; ce qui

se passe aujourd'hui en Angleterre nous impose un tout autre devoir.

On doit se souvenir qu'en 1825 le gouvernement français s'est trouvé saisi de la question des quarantaines d'Angleterre : il fut constaté, que 12,500 balles de coton d'Egypte avaient été admises à Liverpool par ordre du gouvernement, qu'elles n'avaient subi aucune quarantaine, « que les provenances du Levant avec patente nette » seraient admises en libre pratique et avec patente brute; « qu'elles subiraient une quarantaine déterminée par un » conseil privé du roi. » Un tel acte devait nécessairement amener des réclamations des autres pays, et de la France surtout qui se trouvait lésée dans ses intérêts. M. Hély d'Oissel fit un rapport au conseil supérieur de santé, le 20 mai 1825, où se trouvent ces mots applicables encore à la situation actuelle.

« Il paraît constant qu'elle (l'Angleterre) n'a pris cette » détermination qu'en vue de donner à son commerce les » moyens de lutter avec plus d'avantage contre le nôtre » (page 8); il ne faut pas se dissimuler qu'il ne s'agit pas » ici de moins que d'une espèce de blocus continental. La » question politique est immense (page 15). »

La position était grave, comme on le voit; l'Angleterre fut obligée de céder sous les réclamations de l'Europe, et de déclarer qu'elle rétablirait les quarantaines, comme par le passé; elle eut soin d'en remettre l'exécution au conseil privé du roi qui a su tourner la difficulté. Nous en avons été avertis; mais il fallait le constater.

Les quarantaines en Angleterre furent fixées, avec patente brute, pour les passagers, de 20 à 40 jours, et pour les

(1) Voir le rapport de M. Hély d'Oissel, fait au cons. de santé de France.

marchandises, de 40 à 55. Pour la patente suspecte, 10 jours de moins. Pour la patente nette, pour les hommes et les marchandises, de 10 à 15 jours d'observation; mais le temps du voyage devait-il compter dans le temps de la quarantaine? Voilà ce qui n'était pas fixé et qui fut remis à la disposition du conseil privé du roi.

Les renseignements sur les lois qui régissent la santé publique en Angleterre sont très-difficiles à se procurer, et quand on possède ces lois, on ne peut rien en conclure; elles sont obscures, incomplètes, pleines d'exceptions et dominées par le conseil dont nous avons déjà parlé. Ce conseil réside à Londres et a plein pouvoir sur le temps des quarantaines qu'il allonge ou diminue selon son bon plaisir; comme toute l'administration anglaise, il est non contagioniste, aussi est-il très-indulgent et ne fait-il que ce qu'il faut pour ne pas effrayer les populations et les pays voisins. Tout s'y passe en secret, il est maître d'ouvrir ou de fermer la porte à la contagion, si elle existe. Il a trouvé le moyen de contenter tout le monde en le trompant et d'arriver, comme on le verra, à une abolition presque complète des quarantaines.

On pourrait peut-être croire que la loi que nous avons citée est exécutée au moins dans son minimum, surtout pour ce qui regarde la marine marchande: c'est en effet ce que chacun répète, et ce que chacun croit en Angleterre; mais il n'en est rien, le plus souvent la loi est éludée. Quand le conseil le peut, et il est facile de s'en assurer, il n'ordonne qu'une quarantaine d'observation; souvent même les bâtiments sont placés au milieu des autres dans les ports de Glasgow et de Liverpool. Ainsi on nous trompe; l'Angleterre a fait de fausses promesses, et le conseil privé

du roi sauve les apparences , afin de ne pas soulever de nouvelles réclamations. Le fait viendra dans un instant à l'appui de ces renseignements et prouver ce que nous venons d'avancer.

Si la loi qui fixe le chiffre des quarantaines en Angleterre n'est pas entièrement tombée pour la marine marchande, elle est totalement mise de côté pour les provenances par les paquebots à vapeur qui viennent d'Alexandrie ou de Constantinople. Du reste , le gouvernement anglais ne s'en cache pas.

Cette révolution sanitaire devait nécessairement être amenée par l'extension donnée à la navigation à vapeur ; quel est son but ? de multiplier et d'activer les relations , de les rendre plus rapides ; or l'exécution des quarantaines annihilait ce résultat. Quel avantage l'Angleterre retirerait-elle de cette navigation, si, entretenant à grands frais une ligne de bateaux à vapeur de Southampton à Alexandrie, les passagers , après avoir demeuré 16 jours en mer, étaient encore obligés de faire 20 jours de quarantaine comme en France ? De plus , lorsque l'Angleterre a organisé cette ligne en 1854 , elle faisait comme en France 20 jours de quarantaine : n'ayant pas la concurrence des vapeurs français , elle a pu exister ; mais le jour où nous avons établi le service de nos bateaux sur la Méditerranée, la ligne anglaise a été forcée de cesser le sien qu'elle n'a repris qu'après une profonde modification des lois sanitaires.

Voici ce que contient un imprimé de la compagnie anglaise de navigation orientale , compagnie approuvée par le gouvernement de Sa Majesté, sous sa protection, et chargée de la correspondance de l'Inde et de la Méditerranée.

« *Le temps du passage sera compris dans la quarantaine.* »

C'est la modification la plus complète, la plus sage et la plus hardie qui ait eu lieu jusqu'à présent.

Voici les faits à l'appui :

Le 24 février 1841, le paquebot à vapeur anglais parti d'Alexandrie à 2 heures de l'après-midi, est arrivé à Malte le 1^{er} mars à 6 heures du soir; reparti le 2 à 7 heures du soir, il touche à Gibraltar à 9 heures du matin, le 7, repart le même jour à 1 heure de l'après-midi et arrive à Southampton le 12 mars à midi; le 19 mars à 10 heures du matin, équipage et passagers avaient libre entrée en ville. Total 16 jours de traversée et 7 jours de quarantaine d'observation, c'est-à-dire à bord; la veille du débarquement, la santé est venue faire une visite; le capitaine alors a ordonné de tenir les malles ouvertes. Le troisième jour de quarantaine un officier est mort à bord, on a dit que c'était une maladie de poitrine. La patente était brute et portait ces mots : quelques attaques de peste ont lieu journellement en ville, à Alexandrie.

On peut constater, si l'on veut, ce fait officiellement, soit à Alexandrie, soit à Southampton. Voilà donc un bateau à vapeur, partant d'Alexandrie où règne la peste, ayant un malade à bord qui meurt à bord, par conséquent le plus grave de tous les cas de la patente brute, à moins que l'on ait la peste à bord, qui ne fait, après un voyage de 16 jours, que 7 jours de quarantaine d'observation.

Le mois suivant le même fait se renouvelle à bord de l'Oriental : ce bâtiment parti d'Alexandrie, arrive à Liverpool le 11 avril en 15 jours de navigation; il y a un mort dans la traversée, la patente était brute, la peste régnait

à Alexandrie sous forme épidémique. Comme ce bâtiment avait à bord le commodore Napier, on ne lui infligea que 5 jours de quarantaine d'observation; mais sur la demande des habitants de Liverpool qui avaient préparé un banquet pour le commodore, la quarantaine fut abrégée de deux jours. Ainsi, le 18^e jour du départ d'Alexandrie, passagers et navire avaient libre pratique: ces faits parlent d'eux-mêmes.

Comme on peut le voir, l'intendance sanitaire anglaise est très-facile; le conseil privé du roi accorde tout ce qu'on lui demande. Le bon plaisir est donc la loi qui régit même la quarantaine des paquebots à vapeur d'Alexandrie à Southampton.

Il semblerait que le conseil a fixé les quarantaines d'Angleterre comme celles de Malte, assimilant les paquebots aux passagers et n'ordonnant que des quarantaines d'observation, admettant en principe que le temps du voyage est compris dans la quarantaine, qui, dans certains cas pourra être augmentée ou diminuée, comme les deux faits cités le démontrent. Ainsi, avec patente brute le voyage et la quarantaine seraient de 20 jours, avec patente suspecte de 12 à 15, avec patente nette de 8 à 12; or, le voyage étant de 15 à 16, avec patente brute il n'y aurait que de 4 à 5 jours de quarantaine d'observation; avec patente nette ou suspecte, pas de quarantaine, puisque le temps du voyage l'absorberait.

Mais l'Angleterre ne s'en est pas tenue à cet immense progrès, elle l'a formulé et l'a radicalement appliqué.

Il a été déclaré qu'avec patente brute la quarantaine serait de 14 jours, temps du voyage compris, et que s'il y avait

en route une mort suspecte, la quarantaine recommencerait à dater du jour de la mort.

■ Avec patente nette pas de quarantaine.

■ Or, ceci, je le répète, équivaut à une complète abolition de quarantaines, puisqu'il faut le moins, d'Alexandrie à Southampton, 15 à 16 jours de traversée.

■ Voici un fait à l'appui dans lequel une mort suspecte, pour ne pas dire de peste, a fait ordonner 14 jours de quarantaine à dater du jour de la mort,

Le samedi 22 mai 1841, le bateau à vapeur anglais l'Oriental est parti d'Alexandrie à 4 heures du matin, le dimanche 6 juin il arrivait à Falmouth à 6 heures du matin, et le mardi 15 juin à minuit on avait libre pratique. Ainsi, il y a eu 14 jours 14 heures de route, et 8 jours 18 heures de quarantaine d'observation, qui étaient le restant de 14 jours de quarantaine qui avait commencé le 1^{er} juin, jour d'une mort suspecte. Voici l'histoire. La peste régnait alors épidémiquement à Alexandrie; pendant la traversée, le 1^{er} juin à 9 heures du matin, mourut à bord par le travers de Gibraltar un peintre anglais: depuis 4 jours cet individu se sentait indisposé; cependant il se tenait sur le pont. Le 31 mai à 6 heures du soir, il était encore sur le pont lisant un journal, mais il n'avait pas voulu dîner; la nuit, au rapport d'un domestique, il fut dans le délire, et le matin à 9 heures il était mort. Pendant la nuit il fut soigné par le médecin anglais du navire qui n'a voulu donner aucun renseignement à un médecin français, qui, par sa position à Alexandrie, avait souvent vu des pestiférés. Etonné d'une mort si prompt, ce dernier chercha à savoir s'il y avait sur le cadavre quelques signes de peste: un domestique dépêché secrètement par lui, voulut visiter

le cadavre, mais on l'en empêcha et on ne lui montra que la tête et la poitrine ; on donnait pour prétexte qu'il était déjà enseveli ; on a dit, pour expliquer cette mort, que ce peintre était un homme usé, d'une santé débile, et malade depuis longtemps ; cependant il avait reçu un certificat de santé au départ d'Alexandrie. Le médecin et le capitaine du paquebot ne croyaient pas à la contagion de la peste. Deux Français, passagers à bord, n'ont pu voir le procès verbal qui constatait le genre de la maladie et la mort.

Ainsi, rapidité de voyage, cas douteux, pour ne pas dire de peste, légère quarantaine d'observation, silence des employés du paquebot, patente brute, le bâtiment venant d'un foyer épidémique de peste, abolition des lois sanitaires européennes, négation de la contagion de la peste, ruse et adresse de l'Angleterre ; tout est résumé dans ce fait :

Certes on ne peut trouver un cas plus grave ; une mort subite avec délire sera toujours considérée comme très suspecte de peste, surtout venant d'un lieu que la peste ravage ; il y a tout ce qu'il faut pour compromettre la santé publique, et cependant, après 14 jours 14 heures de voyage, le conseil privé du roi n'ordonne que le restant de 14 jours de quarantaine à partir de la mort, c'est-à-dire 8 jours 18 heures de quarantaine d'observation. A Marseille, l'intendance sanitaire eût imposé 40 jours de rigoureuse quarantaine, de sorte que l'on n'eût été libre que le 55^e, à Paris le 58^e, à Londres le 61^e, tandis que l'on a été à Londres le 25^e, et à Paris le 28^e.

L'Angleterre ne s'est donc pas contentée de fixer ses quarantaines comme celles de Malte ou de Marseille et d'y comprendre le temps du voyage ; elle les a diminuées, puis

abrogées par le fait, même dans les cas graves ; les 14 jours de quarantaine sont une dérision , c'est se moquer de nous en nous dépouillant.

Les conséquences de la décision du conseil privé du gouvernement anglais sont immenses et de la gravité la plus haute pour la santé publique de l'Europe, si la peste est contagieuse, et pour les relations de la France avec l'Orient ; cette mesure enlève à la France l'avantage de sa position physique et le transporte à l'Angleterre comme on va le voir.

Je suis loin de blâmer l'Angleterre, elle a eu raison d'agir ainsi, puisque les faits observés et la logique sont d'accord avec ses intérêts politiques et commerciaux. Elle donne l'exemple, c'est à nous de savoir si nous voulons en profiter.

Résultat par rapport à la France.

J'examinerai la question par les chiffres, c'est à-dire en comparant entre elles les lignes de vapeurs français et anglais, les prix, les dépenses, le temps de la route et des quarantaines.

Bateaux à vapeur anglais (d'Alexandrie à Southampton).

D'Alexandrie à Southampton, prix du passage tout compris,	1125 fr.	et 16 j.	de route.
Cadeaux aux garçons de bord,	37		
De Southampton à Londres,	25	1	id.
Faux frais,	25		
Rendu à Londres,	1212 fr.	et 17 j.	de route.
D'Alexandrie à Southampton,			
prix, cadeaux et frais,	1162 fr.	et 16 j.	de rout

Report.	1162 fr. et 16 j. de route.
De Southampton à Paris,	
prix, faux frais,	62 3 id.
Rendu à Paris,	1224 fr. et 19 j. de route.
<i>Bateaux à vapeur français (d'Alexandrie à Marseille).</i>	
D'Alexandrie à Marseille, prix,	480 fr. et 9 j. de route.
Nourriture en route de 9 jours,	
à 6 francs,	54
Faux frais de route,	20
20 jours de quarantaine à 3 fr.	
par jour,	60 20 id.
Nourriture à 5 fr. par jour,	100
Faux frais de quarantaine,	40
Rendu à Marseille,	754 fr. et 29 j. r. et quar.
Retard à Marseille, prix,	6 1 j. de retard.
De Marseille à Paris	140 5 j. de route.
Nourriture, frais et faux frais	40
Rendu à Paris.	940 fr. et 35 j. de route.
De Paris au Havre et à Lon-	
dres,	87 3 id.
Nourriture,	18
Retard à Paris,	15 2 id.
Frais, faux frais pour ces 5 j.,	25
Rendu à Londres,	1085 fr. et 40 j. de route.

RÉSUMÉ.

D'Alexandrie à Paris , ligne française ,	940	35 j.
D'Alexandrie à Paris , ligne anglaise ,	1224	19 j.
<i>Avantage de la France ,</i>	284 fr.	16 j. à l'avantage de l'Angleter.
D'Alexandrie à Londres , ligne française ,	1085	40 j.
D'Alexandrie à Londres , ligne anglaise ,	1212	17 j.
<i>Avantage de la France ,</i>	127 fr.	23 j. à l'avantage de l'Angleter.

Ainsi, d'après ces tableaux, prenant la ligne française pour venir d'Alexandrie à Marseille directement, sans relâche, vous mettez, terme moyen, neuf jours, souvent dix; ajoutez pour la patente brute vingt jours de quarantaine, c'est le cas le plus ordinaire, vous ne serez libre à Marseille que le vingt-neuvième jour, au plus.

Il faut bien compter un jour de retard, en moyenne, après la sortie de quarantaine; et pour la route jusqu'à Paris, cinq jours au moins. Tout le monde ne veut et ne peut retenir sa place à l'avance dans la malle-poste qui part le soir du jour de la sortie directement pour Paris. On passe ordinairement par Lyon, or, il faut cinq jours. Total trente-six jours pour se rendre à Paris. Un Anglais y restera bien deux jours; et de Paris à Londres, trois jours peuvent être comptés. Total 40 jours.

Tel est, en moyenne, le temps que vous mettrez pour vous rendre sur ces différents points, en prenant la ligne française et en passant par la France qui est la route la plus courte.

Par la ligne anglaise, c'est-à-dire par la route la plus longue, avec la même patente, la patente brute, qui porte 14 jours de quarantaine, mais ces jours sont compris dans le voyage, vous allez d'Alexandrie en Angleterre en 16 jours, à Londres en 17, à Paris en 19, et même à Marseille en 26 au lieu de 29 par la ligne française; certes, je suis loin d'avoir forcé les chiffres.

Il y a donc un avantage de temps très-grand pour les personnes qui reviennent d'Égypte, de prendre la ligne anglaise; elles sont, par cette route la plus longue, à Londres 23 jours plus tôt, à Paris 16 jours plus tôt.

Que la patente soit ou suspecte, ou nette, ou brute, peu importe pour la ligne anglaise; pour la ligne française, il n'en est pas de même, il y a un léger avantage, lorsque MM. de la santé de Marseille veulent bien admettre la patente suspecte ou nette, cas fort rare; alors la quarantaine est de 15 jours au lieu de 20, ce sera donc le chiffre de 5 à retrancher des différences au profit de la ligne anglaise; mais je le répète, le cas est trop rare pour que l'on en tienne compte, seulement il faut le noter. Sous le régime de cette patente on devra aussi diminuer de 40 francs les dépenses.

L'avantage de temps pour l'Angleterre est, comme on le voit, fort beau : serait-il compensé par l'argent? On a vu qu'il fallait au moins (et là encore je n'ai pas enflé les chiffres) pour se rendre à Paris par la ligne française 940, et à Londres 1085 francs. Pour se rendre à Londres par la ligne anglaise 1212 francs, et à Paris 1224 francs.

C'est donc par la ligne anglaise 284 fr. de plus pour Paris et 127 fr. seulement pour Londres. Or, jamais un Anglais ne fera cette économie, s'il préfère la ligne française : dans le lazaret et dans les hôtels il dépensera bien au-delà ; arrivé à Londres, il aura encore 25 jours de route de plus. S'il y a compensation, c'est seulement pour un Français ou tout autre personne qui se rend à Paris, ou dans le centre de la France ; encore faut-il qu'elle ne soit pas pressée par ses affaires. De plus, ces avantages d'argent, l'Angleterre peut nous les enlever quand elle le voudra, en abaissant le prix de ses transports.

On peut déjà tirer les conséquences de cet état de choses ; quant à moi, je le déclare ici comme déjà je l'ai fait devant l'académie des sciences et celle de médecine, comme j'en ai averti le ministre du commerce à la fin de 1841, guidé par la connaissance des faits. Le maintien des quarantaines inégales de France et d'Angleterre sera la ruine de nos paquebots d'abord, et plus tard celle encore de nos intérêts matériels et politiques en Orient.

Une partie de mes prévisions s'est déjà réalisée.

Je viens de signaler la marche de l'Angleterre par rapport aux quarantaines, l'état de ces quarantaines pour les provenances d'Egypte et la sagesse du principe adopté : que le temps de la quarantaine compterait à dater du jour du départ. J'ai démontré les résultats de ce principe au point de vue national, et les avantages que cette puissance en retirait au détriment de la France ; enfin, si la peste était contagieuse, on peut déjà voir quel danger les mesures anglaises feraient courir à la santé générale de l'Europe, et surtout de la France, attendu que l'on pour-

rait apporter la peste jusque dans Paris sans que personne pût s'en douter.

Ces faits, que j'ai signalés en 1841 en indiquant les moyens d'y remédier, existent toujours ; ils ont causé pour l'année 1842 un déficit porté par des négociants de Marseille à 1,200,000 francs, et cela pour nos paquebots de la Méditerranée seulement ; ce déficit sera probablement pour 1843 de 2,000,000 environ. Je ne parle pas des pertes que notre commerce avec le Levant a pu souffrir d'un tel état de choses ; il est presque impossible de se procurer ces chiffres particuliers, mais il a dû se ressentir d'une aussi redoutable concurrence ; Marseille s'en est émue et a déjà signalé le mal (1).

Mais ce n'est pas l'Angleterre seulement qui nous fait cette guerre d'intérêt, qui s'avance résolument dans la voie du progrès, c'est aussi l'Autriche : d'un seul bond elle a franchi l'espace qui existe entre la conservation des quarantaines et leur anéantissement.

Je vais exposer comment les choses se sont passées ; on verra comment elles doivent être appréciées au point de vue scientifique.

Etat des quarantaines de l'Autriche sur le Danube pour les provenances de la Turquie ; de leur abolition.

Chacun sait que l'Autriche entretenait à grands frais un cordon sanitaire sur ses frontières et sur le Danube ; elle avait établi sur différents points des quarantaines qui gênaient beaucoup la navigation du fleuve et les provinces slaves placées sous la suzeraineté de la Porte. Ces pro-

(1) Voir les notes à la fin du mémoire.

vinces presque indépendantes ont une frontière distincte des autres pays soumis à la Porte; les chefs slaves, à l'instigation de l'Autriche, y établirent des quarantaines contre les états tures proprement dits, de sorte qu'il y avait double ligne sanitaire. L'Autriche, qui avait ses intérêts dans cette organisation, fit bientôt savoir aux gouvernements slaves que, puisqu'ils faisaient bonne quarantaine avec les états tures, il était inutile de gêner plus longtemps leurs relations, qu'en conséquence elle levait ses quarantaines, ce qui semblait naturel.

Mais on doit se souvenir de ce grand bruit au sujet des établissements sanitaires que le sultan fondait dans tout son empire; la presse allemande surtout enregistrait avec fracas ce prétendu mouvement de civilisation. Toutes ces nouvelles venaient d'Allemagne: qu'y avait-il d'étonnant, les agents supérieurs de la santé de Constantinople étaient presque tous sujets autrichiens.

Cependant, comme je connaissais l'esprit du gouvernement ture, j'étais loin d'être convaincu; je ne croyais rien, et voici pourquoi: en 1838, je m'étais trouvé à Constantinople avec des envoyés du lazaret de Semlin, chargés, disait-on, d'organiser un semblable établissement à Constantinople. Ils débutèrent par présenter un mémoire dans lequel ils déclaraient que la peste était seulement endémique en Egypte, qu'elle venait toujours d'Egypte; que par conséquent il fallait se mettre en garde contre ce pays. Quant à la Turquie, la peste n'y était ni endémique ni sporadique, mais toujours importée. Comme depuis quatre ans j'étudiais la peste en Orient, il me sembla que pour ces messieurs, qui n'avaient vu cette maladie que dans

le lazaret de Semlin, une telle conclusion était fort hasardée; bientôt j'en connus la cause.

Un jour, étant allé avec M. le docteur Lago, pour rendre visite à ces employés, on me répondit fort ingénument, qu'ils étaient en grande délibération sur les quarantaines, avec le premier interprète de la légation autrichienne; ainsi l'Autriche se mêlait de cette question, c'était un avertissement : les quarantaines en Turquie cachaient donc autre chose qu'un intérêt scientifique et philanthropique; il ne restait qu'à attendre le développement des faits. L'établissement des bateaux à vapeur du Danube, en indiquait assez bien le but.

Cette année 1842, les états Slaves, jouant à l'égard de la Turquie la même comédie que l'Autriche à leur égard, ont levé les quarantaines de leurs frontières et du Danube, attendu, disent-ils, que la Turquie, prenant chez elle des mesures de précaution, ayant des quarantaines contre l'importation de la peste, il n'y a plus rien à craindre de cette maladie.

Telle est la manœuvre habile que l'on vient d'exécuter. Si l'on m'opposait les quarantaines de l'empire ottoman, et si l'on voulait s'appuyer sur elles pour justifier la conduite et la marche de l'Autriche, je répondrais : puisque cette puissance se croit si certaine des mesures sanitaires de la Turquie, pourquoi ne fait-elle pas pour Trieste et pour la mer Adriatique, ce qu'elle vient de faire pour le Danube? Mais l'Autriche sait fort bien que les quarantaines sur lesquelles elle s'appuie ne sont qu'une jonglerie. Qu'elle se conduise comme elle le fait ! qu'elle nous donne l'exemple ! cette puissance a raison. Qu'elle profite pour ses intérêts des circonstances qu'elle a fait naître, qu'elle attire

dans ses ports, à notre détriment le commerce de l'Orient ! mais qu'elle veuille bien ne pas nous croire des dupes et des ignorants !

Il ne faudrait cependant pas penser que l'Autriche a proclamé l'abolition des quarantaines du Danube. C'eût été une imprudence qui aurait fait crier ; elle a été plus adroite, elle semble les conserver, tout en les abolissant par le fait.

Les nouvelles ordonnances portent qu'avec patente nette, il n'y aura que vingt-quatre heures de quarantaine d'observation à Orsova ; or, il faut, sur ce point, s'arrêter deux jours, terme moyen. Cette patente est délivrée quarante jours après le dernier cas de peste. Avec la patente brute, la quarantaine est de dix jours au moins, selon les circonstances. Or, quand délivre-t-on cette patente ? Seulement lorsqu'il y a épidémie, ce qui n'arrive que tous les cinq ou six ans au plus, et pendant cinq ou six mois, de sorte que sur six ans, il n'y a que six mois de patente brute, par conséquent de quarantaine.

Que l'on ne soutienne pas, que si la patente est nette, c'est qu'il n'y a pas de cas de peste dans l'empire et dans Constantinople ? Cela est impossible à savoir, même dans cette capitale, où l'on prétend visiter les morts et inspecter les cadavres. Il n'y a qu'une seule ville dans tout l'Orient où cela se pratique régulièrement, c'est à Alexandrie, parce qu'elle est entourée de murailles, que les cimetières sont à l'extérieur, et qu'un mort ne peut passer sans que l'on exhibe une carte de visite. A Constantinople, ville immense et disséminée, sans murailles, avec des cimetières de tous côtés, on ne fait pas ces visites sérieusement, car on n'oserait. On s'en rapporte aux laveurs de morts, plus

que faciles à séduire, ou à des gens qui ne croient pas à la contagion, qui ne connaissent rien à la peste, et qui par préjugé, sont contraires aux innovations des chrétiens que l'on maudit parmi le peuple et le clergé, comme étant les instigateurs d'une mesure sacrilège; la profanation des cadavres. Visite-t-on le harem? Non. Il y aurait une révolte générale, et il n'est pas probable que le sultan et ses ministres veuillent se faire étrangler, pour le bon plaisir des réformateurs de la santé publique. Le harem est tellement inviolable, et les préjugés si tenaces, que Mahmoud lui-même, ce sultan qui avait massacré les janissaires, proclamé la réforme, institué les quarantaines, a laissé périr en couches sa fille chérie, plutôt que d'appeler un médecin franc ou européen. Lorsque je dis que les mesures sanitaires prises à Constantinople sont une jonglerie, on voit si je suis au-dessus de la vérité, et l'on peut s'en assurer par une enquête.

La peste existe dans Constantinople et la Turquie, comme elle y existait avant le simulacre des mesures sanitaires. Alors, dans l'intervalle des épidémies, on rencontrait ça et là des cas de peste; aujourd'hui, c'est encore la même chose, seulement ils sont plus rares, parce que l'on cache la maladie, afin de ne pas être séquestré et mis en quarantaine. La famille, le médecin, les amis du malade ont un intérêt identique; tout le monde se tait, or comme, après la mort, souvent le bubon, s'il a existé, disparaît, je mets au défi de reconnaître un cadavre de pestiféré sans ce signe, et lors même qu'il existe, on ne peut le déclarer tel, si l'on n'a pas suivi les phases de la maladie.

Paris est le centre de la civilisation; supposez un moment la peste à l'état endémique dans cette immense cité;

que, par religion, la plus grande partie de la population ne croie pas à la contagion, et que tous redoutent la quarantaine; qu'il n'y ait pas de médecin visitant les morts au nom de l'autorité, et que dans le cas où une famille aurait un de ses membres atteint de peste, il soit enlevé de sa maison ou bien séquestré, que tous ses effets soient bouleversés, mis à l'air, ce qui occasionne de grands dommages, que le médecin qui l'aurait soigné, s'il l'avait touché par mégarde, ou s'il en était soupçonné, soit aussi séquestré; je demande combien l'on aurait de déclarations de peste? C'est là ce qui se passe à Constantinople, pays peu civilisé, où l'arbitraire et les passions de messieurs les contagionistes employés cherchent les moyens de se développer, en faisant du zèle. Si donc on rencontre moins de cas de peste aujourd'hui, c'est qu'ils sont plus cachés.

Tel est l'état de choses dans la Turquie. Si la peste est contagieuse, l'Autriche, dont les paquebots mettent pour arriver à Vienne 22 jours, terme moyen, mais qui peuvent y être en 18 jours, dont les courriers arrivent en dix jours de Constantinople, l'Autriche compromet la santé publique de l'Europe et surtout de l'Allemagne.

État des quarantaines de l'Allemagne à Trieste, pour les provenances d'Égypte, de Syrie et de Turquie.

A Trieste, la violation des quarantaines est un peu plus voilée que sur le Danube. On prend des précautions pour déchirer le contrat sanitaire: l'Italie est trop voisine, elle ne manquerait pas de faire de vives réclamations; on procède avec adresse et voici comment on s'y prend.

Quand vous venez soit d'Égypte, soit de Turquie à Trieste, vous faites à Syra, en Grèce, une quarantaine de 7 jours

1843. Septembre T. III.

5

plus le spolio : ce spolio dont on a fait grand bruit consiste, en arrivant au lazaret, à déposer vos effets dans une chambre, puis à prendre un bain; là vous changez d'habits, que vous louez, et on porte les vôtres dans une chambre où ils sont étendus sur des cordes avec le reste de vos effets; pendant la nuit ils sont parfumés avec du chlore ou du soufre; en sortant du bain, on vous conduit dans une autre chambre, et le lendemain vous rentrez dans celle qui contient vos effets; 6 jours après vous êtes libres. Telle est la quarantaine de Syra, et le spolio au moyen duquel on prétend anéantir toute action du virus pestilentiel!

De Syra à Trieste, vous prenez le paquebot qui se rend à Athènes, Patras, Corfou où il est en libre pratique, à Ancône où il est en quarantaine, enfin à Trieste où, après 48 heures d'observation à bord, vous débarquez.

Voici un résumé des dépenses et du temps d'un voyage d'Alexandrie à Trieste avec patente brute.

D'Alexandrie à Syra, prix du voyage,	155 fr.	et	4 jours.
Nourriture et faux frais,	30	»	
Frais de quarantaine et faux frais à Syra,	75	et	7
Retard de 3 jours en moyenne dépense,	20	et	3
De Syra à Trieste, prix,	250	et	7
Quarantaine,	»		2
Nourriture de 9 jours à bord, à 5 francs,	45	»	
Faux frais,	15	»	
Rendu à Trieste,	590 fr.	et	23 jours.

D'après cette note on peut voir qu'il y a, en venant d'Alexandrie avec patente brute, 9 jours seulement de quarantaine, tandis qu'à Malte il y en a 20, 11 jours de plus; à Marseille, 15 avec spolio, 6 jours de plus. Cette mesure sanitaire du spolio est nouvelle, et déjà on voit les intendances sanitaires différer d'opinion.

Cette position des intérêts français n'a-t-elle pas quelque chose de ridicule? combien on doit rire de notre simplicité et combien les hommes qui repoussent, par intérêt ou par vanité, la révision des lois sanitaires, ne sont-ils pas coupables?

État des quarantaines anglaises et de leur abolition pour les provenances de Constantinople.

On doit bien penser que l'Angleterre qui, la première a donné l'exemple de la réforme sanitaire, en adoptant pour principe que le temps du voyage compterait dans le temps de la quarantaine, que l'Angleterre ne manquerait pas d'appliquer aux provenances de Constantinople les mesures qu'elle a adoptées pour celles d'Alexandrie; c'est en effet ce qu'elle vient de faire, en 1842, en organisant un service direct de Constantinople à Southampton.

Mais voici qui est très-curieux et très-instructif. Cette ligne anglaise, qui est en pleine activité, n'est organisée que jusqu'à Malte. Ce sont nos paquebots qui font le reste du service de Malte à Constantinople. Une fois par mois, un de nos paquebots, qui vient de Constantinople, correspond avec le bateau à vapeur anglais qui attend à Malte, et part de suite pour Southampton. Les passagers qui veulent prendre la route de France restent au lazaret et font une quarantaine de 20 jours; ceux au con-

traire qui sont pressés et qui veulent venir en France, à Paris, par exemple, en passant par l'Angleterre, sans faire quarantaine, sont immédiatement embarqués. Ils sont à Southampton le 10^e jour, à Londres le 11^e et à Paris le 13^e, pendant que les autres compagnons de route de Constantinople sont encore à Malte en quarantaine; de plus, il leur reste à faire la route jusqu'à Paris ou à Londres.

L'administration sanitaire et le gouvernement ne doivent pas ignorer ce fait, ils le tolèrent, bien plus, ils le favorisent; ainsi nous aidons nous-mêmes à la concurrence des Anglais, et nous établissons pour la contagion deux règles différentes. Que l'on ne vienne pas nous dire, après ce qui se passe, que l'on croit à la contagion ou du moins à l'importation de la peste par les navires, lorsqu'il est patent que l'on facilite la violation des lois sanitaires.

Ce fait prouve clairement que l'on regarde les quarantaines comme inutiles et nuisibles, que si on les conserve dans la Méditerranée, c'est pour ne pas faire crier les esprits timorés.

J'en appelle aux contagionistes, quelle confiance peuvent-ils avoir dans une organisation qui n'a plus de base, que les gouvernements anglais, autrichien et autres ont violée, mise de côté, à laquelle notre gouvernement ne croit plus et qu'il n'ose renverser.

Ainsi, aux deux extrémités de l'Europe, l'Angleterre et l'Autriche ont pris de telles mesures que leurs quarantaines sont annihilées. Si la peste est contagieuse, l'Europe ne doit pas tarder longtemps à voir cette maladie décimer sa population. La question est nettement posée: sur plusieurs points, les quarantaines sont abolies, Trieste a déjà présumé en commençant par la Grèce. Pour l'Orient, elle confond

adroitement le temps de la quarantaine dans celui de la route. Malte attend que l'usage sanctionne ces nouvelles mesures ; enfin, j'ai acquis la certitude que, dans des pays voisins, des marchandises, dont l'entrée est interdite en France par les lois sanitaires, ont été débarquées en libre pratique, aussitôt leur arrivée d'Orient. Partout on donne l'exemple à la France ; tout à l'heure on a même vu notre gouvernement faciliter une violation flagrante des lois sanitaires, et personne n'ose porter la main sur ce code barbare que l'on a déclaré dernièrement encore *arche sacrée*.

Résultat de l'abolition des quarantaines pour les provenances de Constantinople par rapport à la France.

Le plus souvent on est embarrassé pour constater un résultat ; mais lorsque les chiffres vous viennent en aide rien n'est plus facile, et ils se présentent ici naturellement. J'avertis que dans les nombres qui suivent, je suis le plus souvent au-dessous de la vérité : comme on pourrait donner à entendre qu'il y a des erreurs, d'avance je déclare qu'il en existe, mais elles sont plutôt contre mon opinion. J'ai craint, en étant trop rigoureux, de paraître exagéré. J'avais même pensé à ne pas compter les retards et le temps des séjours, j'ai dû les rétablir ; ils ont lieu forcément à Malte, à Marseille et à Paris. A Malte seule, ils sont ordinairement de 8 jours et je n'en n'ai compté que 2. Ainsi, quant aux chiffres, je défie que l'on puisse prouver que je les ai enflés ou diminués.

Comparaison de la ligne allemande et de la ligne française.

Voici d'abord les tableaux comparés des frais de route, tout compris : 1° de Constantinople à Paris et à Londres, par Marseille ou par la ligne de nos paquebots ; 2° de Constantinople à Paris et à Londres, par Vienne et Strasbourg, ou par Strasbourg et la Belgique, c'est-à-dire par la ligne des paquebots allemands du Danube.

Route par les paquebots français.

Prix de Constantinople à Mar-		
seille ,	465 fr.	15 j. de route.
Nourriture en route , 15 jours		
à 6 francs ,	90	»
Faux frais ,	20	»
Quarantaine à Malte , 20 jours		
à 3 francs ,	60	20 j. de quar.
Nourriture pour 20 j., à 5 fr.,	100	»
Faux frais pour 20 jours ,	40	»
Retard à Malte , 2 jours ,	15	2 j. de retard.
Rendu à Marseille ,	750 fr.	37 j. de voyage.
De Marseille à Paris ,	186	6 j.
Rendu à Paris ,	936 fr.	43 j. de voyage.
De Paris à Londres ,	87	»
Faux frais à Paris et à Londres ,	25	»
Nourriture de 5 jours de route ,		
à 6 francs ,	18	3 j. de route.
Retards, 2 jours en moyenne ,	15	2 j. retards.
Rendu à Londres ,	1121 fr.	48 j. de voyage.

Route par les paquebots allemands.

De Constantinople à Vienne,		
prix,	250 fr.	21 j. de route.
Nourriture, à 5 fr., pour 21 j.,	105	»
Faux frais de route,	20	»
Séjour à Vienne,	10	1 j. de retard.
De Vienne à Lintz,	15	1 j. de route.
Nourriture et frais,	10	»
Séjour à Lintz,	10	1 j. de retard.
De Lintz à Ratisbonne,	30	1 j. de route.
Nourriture et frais,	10	»
Séjour à Ratisbonne,	10	1 jour de retard.
De Ratisbonne à Ulm,	30	1 j. de route.
Nourriture et frais,	10	»
Séjour à Ulm,	10	1 j. de retard.
D'Ulm à Strasbourg,	60	2 j. de route.
Rendu à Strasbourg,	580 fr.	30 j. de voyage.
Séjour à Strasbourg,	10	1 j. de retard.
De Strasbourg à Paris,	55	2 j. de route.
Nourriture et faux frais,	10	»
Rendu à Paris,	660 fr.	33 j. de route.
De Paris à Londres,	145	5 j. de route.
Rendu à Londres,	805 fr.	58 j. de voyage.

Route par la Belgique.

De Constantinople à Stras-		
bourg,	580	30 j. de voyage.
Séjour à Strasbourg,	10	1 j. de retard.
De Strasbourg à Londres par		
le Rhin et la Belgique,	143	4 j. de route.
Nourriture et faux frais,	40	»
Rendu à Londres,	773 fr.	55 j. de voyage.

RÉSUMÉ.

De Constantinople à Paris par Marseille ,	976 fr.	43 jours de route.
De Constantinople à Paris par l'Allemagne ,	660	33 id.
Avantage de l'Allemagne ,	316 f. et 10 jours.	
De Constantinople à Londres par Marseille ,	1121 fr.	48 jours de route.
De Constantinople par Stras- bourg et Paris ,	805	38 id.
Avantage de l'Allemagne ,	516 f. et 10 jours.	
De Constantinople à Londres par Marseille et Paris ,	1121 fr.	48 jours de route.
De Constantinople à Londres par Strasbourg et la Belgique ,	773	35 id.
Avantage de l'Allemagne ,	348 f. et 13 jours.	

Dans l'état actuel, par rapport à nos quarantaines et à nos intendances sanitaires, vous êtes à Paris venant de Constantinople par Marseille en 43 jours, et pour 976 fr., tandis que par l'Allemagne, vous mettez 33 jours, et vous ne dépensez que 660 fr., ce qui donne à la ligne allemande sur la ligne française, un avantage de 316 francs et de 10 jours.

Pour se rendre à Londres par l'une ou l'autre ligne, en passant par Paris, la différence de temps et d'argent est la

même à l'avantage de l'Allemagne. Mais, si au lieu de prendre la route de Paris à Strasbourg, vous prenez les bateaux à vapeur du Rhin, et les chemins de fer de la Belgique, vous êtes à Londres en 35 jours pour 773 francs; tandis que par Marseille et Paris, il faut 48 jours et 1121 fr., ce qui donne à l'avantage de l'Allemagne 348 fr. et 13 jours.

Lorsque les intendances de la Méditerranée veulent bien admettre le régime de la patente suspecte, qui est de 5 jours en moins que pour le régime de la patente brute qu'ils préfèrent, il faut alors faire sur les jours de route la diminution que je viens d'indiquer, et compter en moins 40 francs, que l'on peut regarder comme maximum des dépenses; mais ce cas est rare.

Tels sont les chiffres. Cependant la dépense et le temps ne sont pas les seuls désavantages de la route de Constantinople par les paquebots français. Tandis que par la ligne allemande vous avez peu de mer à traverser, que vous naviguez surtout dans un beau fleuve, où vous n'avez pas à craindre le gros temps, le roulis et le tangage, que vous traversez des pays variés et remarquables, par la ligne française, vous êtes toujours en mer, ce dont vous êtes bientôt fatigué; le seul agrément que l'on pourrait compter, serait les quelques points de relâche, mais ce plaisir est bien compensé par une prison de 15 ou 20 jours, que l'on va ou que l'on vient de subir. Il est juste de dire que des personnes préfèrent la navigation de la ligne française à la navigation du Danube. Quoiqu'il en soit, avantage de temps, avantage d'argent, absence de prison, agréments de route, contestés, il est vrai; tout est pour l'Allemagne au détriment de la France, grâce à nos quarantaines.

Comparaison de la ligne anglaise et de la ligne française.

Si du moins nos lois sanitaires ne favorisaient que la ligne allemande, bien plus elles viennent en aide à la redoutable concurrence des Anglais. On a vu que l'un des bateaux à vapeur français qui fait chaque mois le voyage de Constantinople à Malte correspondait, comme le paquebot anglais qui vient d'Alexandrie, avec le bateau à vapeur qui part de Malte pour Liverpool ou Southampton. Ce service est combiné de manière à ce qu'il n'y ait point de retard ; c'est donc une ligne directe de Constantinople en Angleterre, qui jouit des mêmes avantages que la ligne d'Alexandrie, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de quarantaine, puisqu'elle est comprise dans le temps du voyage ; on a lu plus haut l'historique de cette curieuse organisation. En voici la conséquence.

Comme pour l'abolition des quarantaines d'Alexandrie, je vais procéder par chiffres et par tables ; c'est plus pratique et plus certain, et surtout très-clair et très-instructif.

Ligne directe de Constantinople en Angleterre.

De Constantinople à Malte, prix,		
frais, nourriture,	320 f.	et 7 j. de route.
De Malte à Southampton, tout		
compris,	850	10 id.
Rendu à Southampton,	1170 f.	et 17 j. de route.
De Southampton à Londres,	25	1 id.
Rendu à Londres,	1195 f.	et 18 j. de route.

Rendu à Southampton,	1170 f. et 17 j. de route.
De Southampton à Paris,	62 3 id.
Rendu à Paris,	1232 f. et 20 j. de route.

Pour la ligne des paquebots français, voir le paragraphe antécédent.

RÉSUMÉ.

De Constantinople à Londres ,
ligne française , 1121 f. et 48 j. de route.

De Constantinople à Londres ,
ligne anglaise , 1195 18 id.

Avantage de la France, 74 f. 30 j. *avantage*
de l'Angl.

De Constantinople à Paris, ligne
française , 976 f. et 43 j. de route.

De Constantinople à Paris, ligne
anglaise , 1232 20 id.

Avantage de la France, 256 f. 23 j. *avantage*
de l'Angl.

Ainsi, l'on va de Constantinople à Londres par Southampton, en 18 jours, et pour 1195 francs; à Paris, par cette même route en 20 jours, et pour 1232 francs, tandis que par Marseille, ligne directe ou ligne la plus courte, on met pour Paris 43 jours, et l'on dépense 976 francs; pour Londres, 48 jours, et il en coûte 1121 francs, ce qui donne à la ligne anglaise un avantage de 23 à 30 jours; je ne pense pas que l'on admettra comme compensation même pour Paris, 256 jours, et 74 francs que l'on dépense en moins par la ligne française. Il n'y aurait qu'une seule

chose qui pourrait faire préférer nos paquebots, c'est l'ennui d'une longue navigation ; encore y a-t-il des relâches à Malte, Gibraltar et Lisbonne ; mais qu'importe cette navigation aux personnes qui voyagent pour affaires, comme les Anglais par exemple.

Tel est le résultat des nouvelles mesures sanitaires. Aussi le retour de l'Orient pour les Anglais, les Hollandais, les Belges et les Français des départements de l'Ouest et du Nord, a-t-il lieu par Southampton, et l'administration des paquebots de la Méditerranée a dû constater, pour l'année 1842, un déficit qui n'a pas d'autre cause que nos institutions sanitaires. Avant 1841, le passage avait lieu par la France. En calculant au minimum le tort que nos quarantaines nous causent, en repoussant les voyageurs, on peut évaluer cette perte à 1200 francs au moins par personne.

De l'importation de la peste en France, et de la nécessité d'une réforme.

Si maintenant on envisage ce qui se passe au point de vue de la contagion de la peste, et d'après les idées qui régissent la matière, si on raisonne comme des contagionistes, à quoi l'Autriche, l'Allemagne, l'Angleterre, ne sont-elles pas exposées, et par suite les pays en communication avec elles.

Certes, jamais l'Europe n'a été ainsi menacée, et la santé publique plus compromise : les paquebots de l'Autriche mettent 21 jours, terme moyen, pour arriver à Vienne, les courriers arrivent en 10 jours de Constantinople ; si un voyageur, si un courrier avait la peste dans ses effets ou à l'état d'incubation, qu'arriverait-il si cette

maladie est contagieuse. Il est vrai que la France, prévenue par le malheur de l'Allemagne, aurait le temps de prendre des précautions sanitaires. Mais pour l'Angleterre, que pouvons-nous faire ? Rien. En France, la peste peut donc arriver par le Nord, elle ne trouvera pas de barrières. Pour s'en convaincre, on n'a qu'à vouloir se souvenir de l'état des choses, et s'informer de ce qui se passe.

On est libre le 16^e jour à Southampton, avec patente brute, c'est-à-dire lorsque l'on vient d'un pays où règne la peste. Or supposez, et cela est certifié par tous les contagionistes, que la peste soit dans la malle d'un voyageur ; (on regarde les effets comme ce qu'il y a de plus dangereux), qu'ils contiennent le virus contagieux ; puisqu'il n'y a pas de quarantaine, la malle peut fort bien n'avoir pas été ouverte pendant la traversée : le virus y existant, il n'a pu en sortir, la peste sera donc introduite en Angleterre.

Si cela n'est pas rigoureusement vrai, la base actuelle des lois sanitaires est fausse.

Il est vrai de dire qu'en Angleterre, le jour de l'arrivée, avant de débarquer, il y a une visite à bord, pour constater la santé des individus, et savoir si la quarantaine en route a été bien observée ; on ouvre même les malles, ce qui est une mesure dérisoire. Mais si, à l'ouverture des malles, un passager absorbe la peste qui y était renfermée, effet assez ordinaire, dit-on, il débarquera ; s'il vient en France, il peut prendre le bateau à vapeur qui part le jour même, arrivera au Havre, à Paris avec la peste, le 19^e jour après son départ d'Orient, et 3 jours depuis qu'il a quitté le bord du bâtiment qui l'a amené. Comme la période d'incubation de la peste est ordinairement de 4 à 5 jours, quelquefois de 8, la maladie ne se déclarera, qu'à l'arrivée à Paris ou bien

les jours suivants. Or, peu de médecins connaissent cette maladie, ils la prendront, à coup sûr, pour une gastro-céphalite très-intense, de sorte que si elle est contagieuse, les contacts multipliés de ce pestiféré, et des personnes qui l'auront touché, répandront partout la peste ; *sans que l'on s'en doute, elle sera installée jusque dans Paris.*

Telle est l'exacte position qui nous est faite par l'état des quarantaines anglaises ; il y a de quoi trembler pour la France et l'Europe, si véritablement la peste est contagieuse.

Une réforme dans les lois sanitaires et les quarantaines est donc devenue une nécessité. Quelle confiance avoir dans une organisation que les gouvernements anglais, autrichien et autres ont violée, mise de côté, à laquelle notre gouvernement ne croit pas, comme on l'a vu par le fait de la ligne anglaise de Constantinople, et qu'il n'ose renverser ?

L'Angleterre et l'Autriche ont pris de telles mesures, que leurs quarantaines sont comme abolies. La question est nettement posée sur la Manche et sur le Danube ; dans la Méditerranée, Trieste a déjà commencé le mouvement. Partout on nous donne l'exemple, partout le système des quarantaines est percé à jour.

Scientifiquement, sa base est niée ou mise en doute ; administrativement, la loi qui repose sur cette base est faussée, violée, inexécutée et inexécutable ; commercialement et politiquement, on l'adopte ou on la rejette, suivant les circonstances. Ainsi, médecins, administrateurs, gouvernants, contagionistes ou non, tous doivent reconnaître qu'il faut une réforme.

Quelle sera cette réforme ?

Ici nous entrons dans l'application d'un principe; alors commencent les divergences d'opinion. Les uns veulent une augmentation du temps de la quarantaine, ce sont les contagionistes purs; les autres veulent une diminution graduée, ce sont les contagionistes ébranlés; enfin, les non contagionistes demandent l'abolition complète des quarantaines; pour ces derniers, la question est résolue de suite. Mais si l'on admet qu'il faut une quarantaine augmentée ou diminuée, sur quoi la basera-t-on ? Il faut être logique : pas de base certaine, pas de loi solide. S'appuiera-t-on sur la contagion plus ou moins contagieuse, sur l'infection ou sur la durée de la période d'incubation ? il y a des siècles que l'on discute sur ce sujet ; il faudra recommencer sans plus avancer. Si vous voulez suivre la route tracée par nos devanciers, c'est-à-dire agir avec instinct, vous vous trouverez arrêté à chaque pas. Vous n'aurez pas de base, et vous aurez toujours devant les yeux cet irréfutable dilemme : la peste est ou n'est pas contagieuse.

Si vous déclarez la peste contagieuse, si vous agissez dans le sens des contagionistes purs, qui sont en minorité parmi les hommes compétents, on vous dira, avant tout, prouvez la contagion de la peste ; car vous nuisez aux intérêts du commerce et du pays. Si vous agissez dans le sens de l'opinion contraire, en abolissant les quarantaines, vous allez toucher à bien des amours-propres, à des intérêts particuliers, épouvanter les populations; et on vous criera : Prouvez la non contagion : vous trouverez un obstacle immense dans les hommes qui sont employés

de la santé publique, et chez quelques administrateurs auxquels vous enlevez les positions et les appointements : de tous côtés est un dédale de difficultés. La question scientifique est une impasse.

Enfin, supposez que vous ayez tant bien que mal résolu la question administrativement et scientifiquement, il vous restera le côté politique que la France devra faire accepter à l'Angleterre, à l'Espagne, à l'Italie et à l'Autriche. Prenez garde alors que votre système ne froisse quelque intérêt. Si la base n'est pas inattaquable, il croulera. Vous ne pouvez donc faire une loi sanitaire qui ait pour base le principe scientifique de la contagion et la période d'incubation.

Faut-il rester stationnaire ? Non, la France ne le peut pas ; il nous faut avancer et avancer malgré nous. L'Angleterre et l'Autriche nous pressent. Non contagionistes, elles nous enlèvent les avantages de notre position, en modifiant leurs quarantaines ; elles ont jeté la France dans une fausse position, or il faut en sortir : que la peste soit contagieuse ou non, quelle que soit la période d'incubation de cette maladie, qu'importe ? ce qu'il s'agit, c'est de constater, c'est de savoir si les faits prouvent que les quarantaines sont utiles ou non, si on doit les modifier ou les conserver ; enfin si l'Angleterre et l'Autriche ont tort ou raison.

La question des quarantaines est donc devenue très-grave ; elle a marché dans l'ombre sans que l'on s'en doutât, et a fini par acquérir l'intérêt le plus grand par rapport aux relations politiques et commerciales de la France avec l'Orient : elle s'avance à côté des événements

qui se passent et grandira comme eux en proportion. On n'éludera pas plus cette question des quarantaines que la question d'Orient ; assoupie aujourd'hui , elle recommencera demain : tôt ou tard il faudra la résoudre. Il n'y a pas à reculer ; sinon , il faut nous résigner à perdre les avantages de notre position physique sur la Méditerranée, et à voir l'Angleterre se substituer à la France dans l'Orient.

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

ANALYSES D'OUVRAGES.

TRAITÉ d'anatomie médico-chirurgicale, considérée spécialement dans ses applications à la pathologie, à la médecine légale, à l'obstétrique, et à la médecine opératoire.
Par J. E. PÉTREQUIN, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon. (Rapport fait, sur cet ouvrage, à la Société de Médecine de Lyon, par MM. Gensoul, Nichet et Brachet, rapporteur.)

L'histoire de l'étude de l'homme physique se perd dans la nuit des temps. Elle a commencé avec et peut-être avant l'étude des maladies ; et si, pendant une longue suite de siècles, les connaissances anatomiques n'ont pas fait tous les progrès qu'on aurait dû en espérer, cela tient, vous le savez, à ce préjugé religieux , d'ailleurs bien respectable, qui, faisant regarder le corps humain comme un objet sacré, ne permettait pas de toucher à notre dépouille mor-

1843. *Septembre.* T. III.

6

telle sans inspirer une sorte d'horreur et de répulsion. Peu d'hommes osèrent affronter la crainte qu'inspirait cette vénération pour les morts. Aussi, bien loin de blâmer ces époques éloignées de leur peu de progrès dans l'anatomie, nous devons être émerveillés de ce qu'elles ont pu nous léguer. Mais, depuis deux siècles, les facilités les plus grandes ont été données, et l'anatomie n'a rien négligé pour achever cette étude graphique de l'homme. Aussi les découvertes sont-elles devenues bien difficiles aujourd'hui. Le corps humain a été scruté dans tous les points et par toutes les faces. Il n'est pas une partie que n'ait mille fois explorée le scalpel.

Jusque-là, cette étude semblait n'avoir d'autre but que d'apprendre à connaître les organes. Il restait quelque chose de plus à faire, c'était de saisir d'un coup-d'œil toutes les parties qui se trouvent agglomérées dans chaque région, quelles que fussent leur nature et leur différence. Cette étude devait être l'objet spécial de l'anatomie moderne. Cependant, qu'on ne croie point, comme on l'a dit, qu'elle soit une création toute nouvelle. — Nos devanciers n'avaient jamais songé à isoler les organes des organes, et toujours en décrivant chacun d'eux à part, ils ont eu le plus grand soin d'en déterminer avec exactitude les rapports. Beaucoup sont même allés plus loin; ils ont fait une véritable anatomie partielle des régions, en décrivant les organes qui se rencontraient dans la partie dont ils entreprenaient l'histoire pathologique. C'est ainsi que nous avons des anatomies de la tête, des anatomies de l'œil, de la bouche, des oreilles, des fosses nasales, de la poitrine, etc.

Plus tard, lors de la réorganisation des études en France,

Chaussier sentit si bien la nécessité de grouper les organes par régions, après les avoir étudiés en détail, qu'il arrivait toujours à l'examen d'anatomie, armé d'un stylet, qu'il enfonçait successivement dans plusieurs endroits du corps. Quelles sont les parties que j'ai traversées? demandait-il ensuite au candidat. C'était son unique manière d'interroger pour connaître le degré d'instruction de l'élève. Et le plus souvent il saisissait cette occasion pour faire la description topographique des organes et de leurs rapports avec les plaies, les opérations et la pathologie.

Dupuytren fit ensuite des leçons d'anatomie des régions, et il y répandait cette clarté et cette profondeur de vues chirurgicales qui lui appartenaient, et que nous avons eu le bonheur d'apprécier en 1810, 1811 et 1812. Ce n'est donc pas en 1823 que s'est fait le premier cours d'anatomie topographique. C'est même d'après ces leçons qu'ont été soutenues plusieurs thèses, sur l'anatomie des différentes régions, sur le pli de l'aîne, sur le creux de l'aisselle, sur le périnée, sur le col, etc. De combien aussi de leçons de ce genre, M. le professeur Roux n'a-t-il pas souvent enrichi ses cours d'opérations? Ne pourrions-nous pas encore regarder les manuels de l'anatomie de MM. Marjolin et Maygrier comme des ébauches d'une anatomie topographique?

Mais, il faut en convenir, ces essais ne constituaient point une science complète. Aucun traité n'avait été fait en entier, et les leçons de Dupuytren n'avaient jamais formé un cours complet. Il était réservé à nos temps modernes d'achever cette œuvre imparfaite. Dès 1820 on s'est agité dans ce sens, et plusieurs traités ont été préparés. Deux se sont succédés à des époques assez rapprochées, ceux de

MM. Velpeau et Blandin. M. Malgaigne en a publié un troisième en 1858. Leurs travaux sont importants, et il doit paraître difficile d'avoir rien à ajouter à ce qu'ont écrit ces trois savants.

Cependant si l'on envisage qu'aucun d'eux n'a présenté la question de la même manière : si l'on fait attention que M. Velpeau, beaucoup plus occupé d'anatomie que de tout autre chose, a fait, dans chaque région, l'anatomie isolée de chaque organe, de chaque partie d'organe qui s'y trouve, et qu'il a eu moins égard à cet ensemble que devrait exiger une description topographique, en un mot, qu'il n'a presque fait qu'une anatomie descriptive à l'occasion d'une anatomie topographique chirurgicale : si l'on considère que M. Blandin, tout en se renfermant mieux dans le sens de son livre, a adopté une marche pénible et qui l'expose à de nombreuses répétitions, puisqu'il met à découvert successivement et couche par couche toutes les parties de la région qu'il étudie, qu'il examine ensuite les rapports de chacune de ces parties, qu'il en étudie après la physiologie, et après encore la chirurgie ; si nous réfléchissons que M. Malgaigne fait, à propos de l'anatomie chirurgicale, un véritable traité de chirurgie topographique ou des régions, et qu'il laisse nécessairement beaucoup à désirer sous le rapport anatomique, et plus peut-être encore sous le rapport chirurgical, parce que là il ne peut point y avoir et il n'y a point d'ensemble, tout est morcelé et partiel, comme la région dont il étudie les maladies ; il nous sera facile de comprendre que tout n'a pas été fait en anatomie topographique.

Il y a des lacunes à remplir, il y a surtout une coordination méthodique à suivre. Telles sont probablement les

raisons qui ont porté notre collègue à reprendre le travail en sous-œuvre. Personne n'était placé dans des conditions plus favorables pour en recueillir les matériaux convenables, personne ne pouvait l'entreprendre avec plus de fruit à cause de la nature de ses études jusqu'à ce jour. Malgré les grandes espérances qu'il a eu lieu de concevoir, M. Pétrequin a désiré obtenir vos suffrages et vos légitimes observations sur son ouvrage avant de le mettre au jour. En conséquence, il vous en a offert le manuscrit, et, pour répondre à son désir, vous l'avez soumis à l'examen d'une commission composée de MM. Gensoul, Nichet et Brachet.

La classification qu'adopte M. Pétrequin nous paraît tout à la fois naturelle et méthodique. La description de toutes les régions vient s'y rattacher sans efforts. — Il divise le corps humain en tronc et appendices ou membres.

La première de ces divisions, ou le premier livre, comprend six sections : le rachis, la tête, le cou, la poitrine, l'abdomen et le bassin. Le second livre, qui traite des membres, se divise en deux sections : les membres supérieurs et les membres inférieurs. Ces huit sections principales sont ensuite subdivisées en autant de régions que cela a paru nécessaire pour l'étude de chaque objet sans confusion. Ainsi, la tête se partage d'abord en crâne et en face. Le crâne est ensuite étudié à l'extérieur et à l'intérieur ; et la face comprend successivement les régions auriculaire, oculaire, nasale et bucco-pharyngienne ; de cette manière, rien ne peut échapper à son scalpel investigateur.

Il ne fait point la description complète des organes ou des parties qui se trouvent comprises dans chaque région. Il procède couche par couche. Il étudie ainsi les objets à

mesure que la dissection les met à découvert. De cette manière, il est plus facile d'en saisir les rapports : chaque couche forme une sorte de tableau qui représente mieux l'ensemble et la position relative de chaque partie.

Un autre caractère de la méthode qu'a suivie M. Pétrequin, c'est de ne point séparer la pathologie de l'anatomie. A mesure qu'il découvre un objet, il ne se contente pas d'en faire connaître les conditions topographiques, il y joint sur-le-champ les considérations qui se rapportent à ses lésions physiques et vitales, et toutes les conséquences qu'on peut en tirer pour le manuel opératoire. Cette manière de faire nous semble réunir plusieurs avantages. Elle évite de nombreuses répétitions, et surtout elle fait mieux saisir les nuances opératoires, parce qu'elles se trouvent là enchaînées aux organes dont on vient de parler, et dont elles semblent faire partie intégrante. On n'a pas eu le temps de perdre de vue leur disposition. Tout se trouve ainsi lié de la manière la plus intime. Ce ne sont plus des parties séparées d'un tout, c'est un tout indivisible.

En procédant ainsi, l'auteur atteint plus facilement le but qu'il s'est proposé, de ne pas se renfermer exclusivement dans les considérations relatives à la chirurgie et d'embrasser en même temps la médecine. Il lui est alors facile de mentionner toutes les lésions médicales et chirurgicales, et, par la disposition des organes, d'en mieux faire ressortir les signes différentiels topographiques ou le diagnostic.

Vous le voyez, Messieurs, la tâche que s'est imposée notre collègue est immense. Malgré ses points de contact avec les autres traités d'anatomie topographique, elle devait présenter de grandes différences, elle devait avoir son

cachet particulier, son originalité. Nous ne pouvons déjà qu'applaudir à cette idée grande et lumineuse. Pour vous en faire juger à vous-mêmes toute l'importance, nous aurions voulu vous citer quelque chapitre de ses descriptions; mais leur étendue ne nous le permet pas; chacune d'elles dépasse de beaucoup les bornes qu'il est possible de donner à un rapport. Nous nous contenterons de vous signaler les régions axillaire, sus-claviculaire, mammaire, inguinale, périnéale et le canal de l'urèthre, etc., comme offrant tout à la fois un modèle de description et un choix de recherches et d'applications pathologiques et opératoires du plus haut intérêt. En vous citant de préférence ces régions, nous n'avons pas l'intention de vous faire regarder les autres comme moins bien traitées. Si elles nous ont frappé par la multiplicité et l'importance des objets qui y sont examinés, cela tient à leur disposition naturelle, au nombre et à la nature de ces objets mêmes. Car chaque partie est traitée avec le même soin, avec la même clarté et la même étendue de vue.

En général, quel que soit le paragraphe que vous lisiez, il pourra vous faire juger tout l'ouvrage. Vous y reconnaîtrez que l'auteur ne s'est pas borné à reproduire les travaux de ses devanciers, à faire un livre de compilation; il lui a donné une couleur médicale que n'ont point les autres traités. Il a su également mettre à profit les diverses conquêtes dont l'art s'est récemment enrichi sur l'anatomie, et ses nombreuses applications au pied-bot, au strabisme, au torticolis, aux déviations vertébrales, aux contractures des muscles, etc.; et sur une foule de procédés opératoires nouvellement imaginés ou modifiés, et au perfectionnement desquels il a pris lui-même une part très-

active. Il a aussi le mérite d'avoir mis à contribution les traditions lyonnaises, qui restaient enfouies dans nos hôpitaux et dans la pratique particulière de nos confrères. C'est avec ces documents locaux, avec ceux qu'il a rapportés en grand nombre de ses voyages scientifiques dans plusieurs contrées éloignées, et avec ses réflexions particulières et les nombreuses modifications qui lui appartiennent, que l'auteur donne à son œuvre cette physionomie de nouveauté qui la distingue.

Ses recherches sont immenses, et il en a fait des applications nombreuses et fécondes à la pathologie, à la physiologie, à la médecine légale, à l'art obstétrical et à la médecine opératoire. Rien n'est plus propre à démontrer de quelle utilité est l'anatomie des régions et le rang distingué qu'elle est appelée à tenir parmi les branches des études médicales. Le chirurgien et l'opérateur y rencontreront à chaque pas des enseignements précieux ; l'accoucheur y trouvera des recherches spéciales sur les déformations du bassin de la mère et de la tête du fœtus, et sur les opérations qu'elles peuvent nécessiter : le médecin légiste y recueillera des notions satisfaisantes sur les plaies, la strangulation, l'asphyxie, sur les perforations de l'estomac et des intestins, sur la docimasie pulmonaire, etc. Le lecteur sentira de plus en plus de quelle nécessité est l'étude de cet objet, autant au praticien, et surtout au praticien isolé dans les campagnes, qu'à l'élève en médecine ; l'utilité est la même pour le médecin militaire.

Nous vous avons dit, messieurs, que l'ouvrage de notre collègue n'était point une œuvre de simple compilation ; que c'était une œuvre de progrès. En effet, nous y avons remarqué une foule d'idées propres à l'auteur, sur l'ana-

tomie, la physiologie, la pathologie, et surtout un grand nombre de procédés opératoires, nouveaux ou modifiés.

En *anatomie*, l'auteur a fixé les mesures des artères et des nerfs de la face pour donner plus de précision, plus de certitude au bistouri, par exemple, dans la névrotomie appliquée au tic douloureux. Il a fait connaître quelques dispositions ligamenteuses sous-cutanées au pli de l'aîne, au coude, dans la région poplitée, etc.; et il y trouve l'application plus satisfaisante de quelques phénomènes. Il a indiqué une méthode pour mesurer, avec plus de précision, la longueur de l'urèthre, etc., etc.

En *physiologie*, M. Pétrequin a démontré, comme nous l'avions déjà fait, que le phénomène de l'érection n'est point un signe pathognomonique des affections du cerveau, ainsi que l'ont avancé Gall et MM. Serres et Falret. Il en a placé la cause dans la moelle épinière, et il y trouve l'explication de l'éjaculation dans la pendaison, dans le décubitus dorsal, etc. Cette théorie, sur laquelle M. Ségalas avait déjà fait quelques expériences, et que M. Olivier d'Angers a adoptée, toute ingénieuse qu'elle soit, trouvera peut-être des contradicteurs. Nous devons mentionner ses recherches sur les usages de la trompe d'Eustache; ce qui l'a conduit à une méthode particulière dans certains cas de surdité. Il trouve, dans ses connexions fibreuses, une explication satisfaisante des mouvements de la paupière inférieure; il rectifie quelques opinions sur l'influence des amygdales et de l'épiglotte, dans la formation des sons. Dans la transposition des viscères thoraciques et abdominaux, il fait dépendre de l'ectopie du cœur celle du poumon, du foie, de la rate, et de tout le canal alimentaire. Il a consigné dans son lieu le ré-

sumé de ses travaux sur les usages de la capsule de Glisson, qui, selon lui, protège la veine-porte, et lui permet de réagir sur le sang et d'accélérer la circulation hépatique, etc.

En *pathologie*, notre honorable confrère a émis plusieurs opinions qui lui sont propres, soit sur la pathologie, soit sur la physiologie pathologique. Il démontre que, dans les déperditions osseuses du crâne, la dure-mère ne contribue d'ordinaire en rien à la régénération osseuse. Il rappelle les bons effets qu'il a obtenus de l'emploi de l'opium dans les perforations spontanées des intestins, et surtout de l'appendice iléo-cœcale. Il expose, en même temps, les expériences curieuses qu'il a tentées avec M. Reybard, sur les diverses sutures appliquées aux plaies des intestins. Il fait comprendre la cause du bec-de-lièvre latéral de la mâchoire supérieure, en s'appuyant sur la présence de l'os inter-maxillaire. Il a consigné le résultat de ses expériences sur plusieurs fractures des membres, et les idées qu'elles lui ont suggérées, soit pour les réduire, soit pour les maintenir réduites. Nous ne pouvons pas passer sous silence un signe que l'auteur indique, et que nous devons regarder comme très-précieux, puisqu'il ferait découvrir l'onanisme dans l'enfance. Indépendamment de la dilatation de la pupille, il l'a trouvée déformée et transportée en haut, de façon que le bord supérieur de l'iris est minime, et parfois à peine visible dans ce point. Ce signe mérite d'être confirmé.

Mais c'est dans le *Manuel opératoire* surtout, que nous avons trouvé les études approfondies de notre collègue. Il n'est presque pas une opération sur laquelle il n'ait porté son œil investigateur, et, partout, il apporte des modifi-

cations importantes, ou substitue des procédés plus convenables, soit pour la facilité de l'exécution, soit pour la sûreté des résultats, en calculant toutes les chances que peut faire courir la lésion d'un organe ou d'une partie, faite dans un sens ou dans un point plutôt que dans un autre. C'est ainsi qu'aux opérations nouvelles et nombreuses de la ténatomie, relative aux pieds-bots, au strabisme, au torticolis, au bégaiement, à la pseudo-ankylose, il joint ses travaux particuliers aux conquêtes de la chirurgie moderne. Il y fait la description raisonnée de la substitution d'un strabisme artificiel à la pupille artificielle, opération qu'il a pratiquée le premier en France. Enfin, il expose les idées qui lui sont propres sur l'entropion musculaire, le staphylôme, le bec-de-lièvre, les adhérences oculo-palpébrales, les ulcères de la cornée, etc.

Telle est l'idée que nous nous sommes faite du livre que M. Pétrequin se propose de publier; tels sont les points les plus saillants qui nous ont frappés, soit par la manière dont ils sont exposés, soit par les travaux particuliers à l'auteur. Et dans cette longue énumération, nous n'avons pas tout dit : nous nous sommes dispensés surtout de mentionner toutes les bonnes choses que contient cet ouvrage, et qui sont du domaine de la science, parce que vous les connaissez.

Quoique nous n'ayons que du bien à dire de ce travail, nous n'avons pas la prétention de lui délivrer un brevet de perfection. Rien de ce qui sort de la main des hommes n'est parfait, dit-on. Sans doute, des esprits critiques pourront trouver des sujets de controverse sur des points qui ne sont pas en harmonie avec leurs opinions; sans doute des gens chagrins pourront trouver que l'auteur se met

souvent en scène ; sans doute aussi quelques aristarques pourront demander quelques corrections dans des locutions qui pourront ne pas leur convenir ; sans doute, enfin, on pourrait critiquer l'association un peu hétérogène de mots d'origine différente pour le même sujet, tels que, par exemple, ceux de région spinale, colonne vertébrale, canal rachidien, ce qui forme une sorte de combinaison hybride ; mais ces observations ne pourront en rien affaiblir toutes les bonnes choses que contient cet ouvrage (1).

Nous pouvons le dire avec confiance, l'anatomie topographique est devenue un besoin de l'époque ; aussi elle se glisse partout, et déjà elle a pénétré dans les principaux manuels d'anatomie de Bayle, de Lauth, de Brière de Boismont, etc. On ne saurait donc trop applaudir à un traité spécial, qui, en la présentant dans son entier, ne laisse rien à désirer sous le rapport anatomique, puisque c'est à l'amphithéâtre, et le cadavre sous les yeux, que l'auteur a fait ses descriptions ; et qui présente les mêmes garanties sous le rapport pathologique et opératoire, puisque c'est au lit du malade, en présence même de la maladie et de l'application des moyens chirurgicaux et thérapeutiques, qu'ont été rédigés ses corollaires pathologiques et opératoires, ce qui lui a permis de ne rien avancer qu'il n'eût vérifié lui-même, de rectifier souvent des idées inexactes, et même de démontrer des erreurs.

Votre commission a donc pensé que, pour toutes ces raisons, la Société de médecine devait donner des encou-

(1) L'auteur, ayant soumis à la Société son ouvrage en manuscrit, s'est empressé de corriger, dans l'impression qui s'achève en ce moment, les points qui prêtaient à la critique.

ragements à M. Pétrequin, et surtout, aussi, le féliciter du soin qu'il prend de rappeler les travaux des médecins de Lyon, toutes les fois que le sujet le permet.

REJET DE L'ORGANOLOGIE *phrénologique* de Gall et de ses successeurs, par F. LÉLUT, médecin en chef de la troisième section des aliénés de l'hospice de la Salpêtrière, médecin de la prison du dépôt des condamnés; 1 vol. in-8. chez Fortin, Masson et comp., place de l'Ecole de Médecine 1. Paris, 1843.

Lorsque Gall fit paraître ses premiers écrits, la philosophie qui y était contenue appela l'attention des savants, et fut combattue par un grand nombre d'entre eux. Les spiritualistes, les premiers, ouvrirent la brèche, s'il est permis de s'exprimer ainsi, et l'échafaudage scientifique dressé par Gall et ses élèves fut promptement ébranlé. Cependant l'auteur de la phrénologie répondit de son mieux aux critiques portées contre son système; il se défendit en désespéré, et après chaque combat releva la tête avec autant d'orgueil que s'il avait remporté la victoire. Vingt fois la lutte s'engagea entre les deux partis, et vingt fois elle fut inutile; car chacun, retiré dans son camp après le combat, conservait les croyances qu'il avait adoptées et dans lesquelles il avait foi. Quelles furent donc les causes de ces discussions sans cesse renaissantes et qui ne trouvèrent jamais de solution définitive pour la grande majorité? Si nous ne nous trompons, nous croyons pouvoir affirmer que cette différence tint surtout au terrain sur lequel se plaçaient les adversaires de la phrénologie. Les uns, en effet, trouvant dans les données de la théorie

pure des raisons suffisantes pour appuyer leur argumentation, n'allaient pas plus loin. C'était beaucoup, sans doute, pour détruire un système, de montrer le vice de ses principes, mais ce n'était pas assez dans l'espèce; car, d'une part, les conceptions méthaphysiques profondes ne sont bien saisies que par les esprits d'élite, et d'autre part, il y avait dans le système de Gall un point plus pratique, plus matériel qui faisait oublier la théorie pure, et à lui seul remplissait l'esprit. Or, c'est dans cette dernière catégorie que se trouvent les plus nombreux partisans de notre auteur. Certains adversaires de Gall, tout en admettant le fonds de ses idées philosophiques, ne regardèrent cependant pas son organologie comme suffisamment démontrée. Ils lui firent une opposition molle et faible qui n'embarrassa jamais sérieusement la phrénologie, parce que les données sur lesquelles ils s'appuyaient avaient été puisées dans l'ancienne physiologie. Les entraves diverses qu'on jeta sur le passage de la phrénologie purent ralentir sa marche, mais non l'empêcher de s'avancer; car, bien que ses adversaires fussent, pour la plupart au moins, hommes éminents par leur savoir et par leur position, cependant aucun d'eux ne prit la forme et les allures de la phrénologie, ne se fit aussi petit qu'elle, n'adopta ses méthodes d'investigation, ses procédés, son langage, en un mot, ne s'identifia avec elle pour la combattre. Cet adversaire tant cherché, tant désiré en apparence, la phrénologie vient enfin de le trouver dans un savant distingué, dans un homme laborieux et consciencieux qui a tout vérifié, qui a contrôlé les assertions de Gall les unes après les autres, et qui a institué plusieurs

ordres d'expérience qui l'ont conduit au renversement de la crânioscopie ou organologie phrénologique.

Avant d'aller plus loin, disons de suite quel est le but de M. le docteur Lélut : « Ce serait non-seulement discuter, » dit-il, mais abattre ce système, que de démontrer deux « choses : la première, c'est qu'à l'envisager du point de « vue purement organologique, il n'est pas possible; la seconde, c'est qu'en lui accordant, par hypothèse, cette sorte « de possibilité, il ne repose sur aucune des espèces de « preuves dont Gall prétendait l'appuyer. Pag. 41. » Le livre de M. Lélut est consacré au développement et à la preuve de ces deux assertions.

L'auteur établit d'abord que du point de vue de la division de la surface du cerveau en organes distincts et démontrables, l'organologie phrénologique n'est pas possible. L'inspection du crâne des animaux et quelquefois de leur cerveau, a beaucoup servi à Gall pour établir ses distinctions organologiques; il n'a pas craint, pour fonder sa science, d'établir entre l'homme et les animaux des rapprochements forcés, disons plus, impossibles. Il lui a paru aussi simple que possible d'inscrire sur le plus petit des animaux toutes les divisions bleues, blanches, vertes, rouges, etc., qu'il avait précédemment inscrites sur le cerveau de l'homme. Mais il y avait beaucoup à faire pour arriver à un pareil résultat, il fallait *beaucoup d'adresse* (Vimont, *Traité de phrénologie*, tom. 1.), ou, comme on dirait en politique, *beaucoup d'habileté de main* pour montrer aux adeptes des choses qui n'existaient que dans l'imagination de l'auteur, et pour faire croire à l'existence d'organes que personne n'a jamais vus, personne, pas plus les phrénologistes que les autres. M. Lélut a donc eu

soin de signaler l'un de ces tours d'adresse, et voici en quoi il consiste : Si l'organe cérébral qu'on cherche et qui *doit* exister dans une espèce quelconque, se trouve enveloppé dans une masse quelconque du cerveau, l'inventeur de l'organe se réjouit et s'écrie : « Voilà mon organe ! » S'il a besoin d'une autre découverte, si, après avoir observé une faculté nouvelle, il a besoin de la rattacher à une partie du cerveau, il court encore à la masse dont nous venons de parler et dit encore : « Voilà mon organe ! » Le même travail se répète un certain nombre de fois, de telle sorte qu'à la fin, une seule et même saillie peut être à la fois le siège de cinq ou six organes. En répétant cette assertion de M. Lélut, nous pouvons l'affirmer d'après notre propre expérience, car il nous est arrivé, après une séance phrénologique, de ne plus savoir la valeur phrénologique d'une bosse qui avait servi à la démonstration de plusieurs facultés. — Autre tour d'adresse. — M. Lélut a prouvé que les planches de Gall, quoique faites dans un certain esprit, n'avaient pas toujours rempli le but que se proposait leur auteur, car elles prouvent quelquefois diamétralement le contraire de ce qu'il voulait démontrer. Mais Gall n'était pas homme à s'arrêter pour pareille bagatelle : lorsqu'il a fini, il renvoie pertinemment le lecteur à l'étude de la nature, bien assuré, dit M. Lélut, qu'on n'irait pas si loin pour vérifier ses assertions.

M. Lélut, pour démontrer la non-corrélation entre les circonvolutions et les actes de l'intelligence, s'appuie sur l'impossibilité de la délimitation des circonvolutions et sur l'irrégularité de celles-ci. En effet, il est remarquable que ces circonvolutions extrêmement variables non-seu-

lement d'une espèce à l'autre, mais encore d'un individu à un autre, présentent des irrégularités notables et constantes entre les deux hémisphères du même individu. D'après ces faits, il faudrait admettre des facultés gauches et des facultés droites spéciales, si l'on tenait absolument à utiliser toutes les circonvolutions. Il faudrait donc une topographie cérébrale nouvelle qui ne sera jamais acceptée, car elle serait le renversement de la pseudo-science elle-même. Si de telles différences existent entre les hémisphères d'un même cerveau, comment avoir la prétention de les reconnaître à travers les parois de la boîte osseuse qui est censée les recevoir? Comment des élèves, des hommes intruits, peuvent-ils se trouver satisfaits de telles démonstrations? Comment? M. Flourens a donné le mot de l'énigme. « Il se trouve, dit-il, des gens, qui, sous ces noms « inscrits par Gall, s'imaginent qu'il y a autre chose que « des noms. » *Examen de la phrénologie.*

Après avoir indiqué l'impossibilité de l'organologie M. Lélut n'abandonne pas Gall, il l'appelle encore sur le terrain de la discussion et il cherche à prouver que tous les faits rapportés par le père de la phrénologie sont faux ou controuvés. Il est difficile de résister ici à l'argumentation de M. Lélut. Comment croire à des faits ramassés çà et là dans des histoires sans valeur? Comment se laisser convaincre par des démonstrations sur des bustes de pure fantaisie, tels que les bustes d'Homère, de Platon, de Socrate, etc.,? A qui espère-t-on en imposer en parlant du portrait de Moïse sur lequel on aurait, dit-on, découvert l'organe du merveilleux? M. Lélut en fait judicieusement la remarque, tous ces faits avaient été à l'avance condamnés par Gall lui-même, puisqu'il reconnaissait que

1843. Septembre. T. III.

7

les artistes qui se livrent à de pareils travaux *défigurent la nature et idéalisent leur modèle*. Si l'histoire peut être appelée à l'appui des faits fournis par la phrénologie, celle-ci fait quelques concessions pour harmoniser des doctrines avec les facultés connues. Ainsi, Gall et Spurzheim n'ont pas craint d'exagérer dans Rubens l'organe du coloris. Cette facilité singulière dans la façon d'agir de ces Messieurs, leur a valu, de la part de M. Vimont, leur élève, l'observation suivante :

« Gall et Spurzheim ont évidemment exagéré, dans le portrait qu'ils ont donné de Rubens, la saillie formée par l'organe du coloris, et il s'en faut de beaucoup qu'elle soit aussi développée que la représentent les deux fondateurs du système. » T. II, page 349. Accusation grave qui fait peser sur la moralité des inventeurs de la phrénologie, des soupçons légitimes. Ainsi, il est donc impossible d'admettre comme preuves, des faits faux ou mal observés. « Il y a pourtant quelque chose de plus misérable encore et de moins scientifique que ces preuves; ce sont celles que Gall est allé demander à ce qu'il a appelé la pathognomonique, la pantomime et plus brièvement la *mimique* des facultés. » Page 93. Par le nom de mimique, Gall voulait désigner l'ensemble des mouvements produits par l'activité des organes. Il pensait que les organes plus développés ou plus actifs, avaient la faculté d'abaisser la tête dans un sens donné, tantôt en avant, tantôt en arrière, tantôt à droite, tantôt à gauche, ou même, dans certains cas, de l'élever selon la position de l'organe hypertrophié. On croit, en vérité, lire un roman, en parcourant cette série de lois, données

avec un sang-froid si imperturbable. On se demande à chaque ligne si Gall parle sérieusement ou s'il se moque de son lecteur. Et cependant il faut bien croire le contraire, car ces principes ont fait fortune auprès de ceux qui ont recueilli sa succession phrénologique. Nous ne pouvons résister à la tentation de citer textuellement un passage de ce dernier écrivain ; ce passage, rapporté par M. Lélut, est relatif à la mimique de l'organe de l'attachement. C'est un spécimen précieux de la manière de Gall :

« L'organe de l'attachement étant placé à côté de l'organe de l'amour et de la progéniture, la tête et le corps doivent, lors de son action énergique, être légèrement inclinés de côté et en arrière. Cette mimique encore a été très-fidèlement rendue par les anciens. Il existe un beau groupe de Castor et Pollux ; l'on voit les bras de chacun des amis passés sur l'épaule de l'autre, et chacun d'eux serrer son organe de l'amitié contre le même organe de son ami. Dans la madone au Lapin, de Raphaël, Marie applique cette région de sa tête contre la région correspondante de la tête de l'enfant. Que l'on observe la pantomime des femmes très-susceptibles d'une tendre amitié, lorsqu'elles expriment à leur amie le sentiment profond qui les anime ; elles se placent l'une à côté de l'autre, s'embrassent les épaules et appuient l'une contre l'autre la partie postérieure de la tête. On verra la même attitude toutes les fois que l'on priera deux amies de se donner des marques de leur sincère amitié. Même, lorsqu'en se rencontrant dans leur couvent, deux moines se saluent, chacun d'eux passe les bras sur les épaules de l'autre et appro-

« che sa tête de la sienne , dans la région où se trouve
 « placé l'organe de l'attachement. Le salut amical ordi-
 « naire, entre deux hommes qui se rencontrent, consiste
 « à se toucher la main en se la secouant, et la pressant
 « légèrement; l'un tourne d'ordinaire l'occiput vers celui
 « de l'autre. Les chats, pour témoigner leur attachement,
 « détournent la tête latéralement en arrière et de haut en
 « bas, en filant et frottant doucement l'organe de l'atta-
 « chement contre la personne qu'ils caressent. »

M. Lélut fait suivre ce passage des réflexions suivantes :
 « Je le demanderai au lecteur, comptait-il sur rien de
 semblable à ce que je viens de lui mettre sous les yeux ?
 Comme elle est vraie et commode, cette pathognomoni-
 que de l'amitié! sans parler de Castor et Pollux, et de
 la madone au ~~Lapin~~, comme elles sont touchantes et
 ordinaires ces démonstrations affectueuses de femmes,
 d'amis, de moines, de chats, qui se pressent, s'embras-
 sent, se saluent, se frottent par le derrière de la tête !
 Aussi, lorsque chez une mère l'organe de l'amour des en-
 fants vient à agir simultanément avec celui de l'attache-
 ment, placé comme lui sous la partie postérieure du
 crâne, vous vous imaginez peut-être qu'elle va, comme
 on l'avait pensé jusqu'à présent, presser son enfant sur son
 cœur, sur son sein, sur ses lèvres? Point du tout, elle le
 portera vers sa nuque. » page 100. Après avoir rappelé la
 mimique de quelques autres organes aussi ridicule, et
 qui pis est, aussi fausse que la première, M. Lélut
 s'abstient de tout examen critique. Il est vrai que cela
 n'en valait guère la peine. Ainsi, après une étude atten-
 tive des faits fournis par Gall, M. Lélut a pu se con-
 vaincre qu'ils n'ont aucune valeur réelle, bien qu'ils

soient la base seule sur laquelle repose tout le système du docteur allemand, et il a pu ajouter comme conclusion de l'examen auquel il s'est livré : « Les faits, quelque peu valables, allégués par lui (Gall), avec tant de parcimonie, sont faux, ou annihilés par un nombre beaucoup plus considérable de faits d'un caractère opposé. » *Pag. 122.*

M. Lélut, après avoir démontré d'une manière générale la fausseté, les erreurs, ou plus, l'impossibilité du système, examine les mêmes questions, en les suivant dans tous les organes indiqués par Gall. Nous ne pouvons donner l'argumentation détaillée du contradicteur de Gall; disons seulement, et d'un seul mot, qu'elle est aussi forte et aussi vraie pour chaque organe en particulier que pour la masse cérébrale. On est frappé de la nullité, de l'inanité et le plus souvent de la fausseté des faits allégués par Gall. Mais, disent les phrénologistes, il faut tenir compte des exceptions. Nous ne sommes pas de cet avis. Ou la science est vraie, ou elle est fausse. S'il y a des organes assignés à des facultés spéciales, les organes ne doivent jamais manquer quand la faculté existe. Du reste, voici à cet égard, l'opinion de M. Lélut :

« Dans le rapport purement empirique qui eût lié de tels organes à leurs facultés, la démonstration de leur existence n'eût pu résulter que d'une corrélation constante des deux termes de ce rapport. Un seul fait, un seul fait bien formel, opposé à cette corrélation, détruit l'existence des organes, parce qu'il détruit le rapport empirique sur lequel seul était fondée l'opinion de cette existence. Que sera-ce donc lorsque, au lieu d'un seul fait de ce genre, il y en aura des milliers? » *Page 197.*

On a voulu expliquer les exceptions par la plus grande activité des organes. M. Lélut répond que ce n'est pas là une explication. « On ne fait que changer, dit-il, un mot contre un autre, un verbe contre un substantif. » Cela est vrai, sans doute ; mais les phrénologistes savent qu'il y a des gens qui s'en contentent. Du reste, en supposant même que cette explication soit l'expression de la vérité, elle renverserait la phrénologie ; car, si un organe peut être ou gros ou petit impunément, sans péril pour la faculté, adieu les protubérances, les éminences bombées en segments de sphères, allongées en ellipses, arrondies en cône, aiguës en pyramides, roulées en spirales, relevées en bourrelets monstrueux ! Adieu les bosses ! adieu par conséquent la science tout entière ?

Après Gall, la phrénologie ne succomba pas immédiatement. Des élèves, pleins de zèle et d'ardeur, s'emparèrent de sa succession scientifique et marchèrent sur ses traces, sans vouloir néanmoins suivre à la lettre les préceptes du maître. Depuis sa mort, des élèves nombreux vinrent successivement apporter leur pierre à l'édifice phrénologique. Parmi ceux-ci, brille au premier rang Spurzheim, l'inventeur de la nomenclature, tant soit peu barbare, généralement adoptée de nos jours, par la phrénologie. Nous ne pouvons nous arrêter aux détails intéressants que M. Lélut donne sur la doctrine, les principes, les erreurs, les omissions, les contradictions, etc., d'un grand nombre de disciples de Gall. Il passe ainsi en revue, Spurzheim, Georges et André Combe, Fossati, Imbert de Lyon, Broussais, Sarlandières, Scott d'Edimbourg, Schwartz de Stockholm, etc., et surtout Vimont et

Bailly de Blois. Il fait voir que tous ont marché dans les sentiers tracés par les maîtres, et qu'ils ont commis des fautes identiques. Après avoir battu en brèche le système de Gall, il devenait superflu de discuter de trop près les travaux de ses élèves; aussi M. Lélut s'en est abstenu. Cependant les travaux de Bailly de Blois ne pouvaient être passés sous silence; ils étaient en vérité trop importants dans l'histoire de la phrénologie. Ce phrénologue distingué, qui avait puisé la science aux bonnes sources, est venu déclarer positivement que *lorsqu'une région de la tête est lisse ou uniformément bombée, il n'existe, ni dans la crânioscopie, ni dans la céphalométrie, aucun moyen de constater les développements partiels des organes cérébraux qu'elle renferme*. Il n'avait rien négligé pour arriver à la démonstration de cette proposition, qui fut acceptée par ceux qui sont le moins partisans de la phrénologie. En résumé, on peut se convaincre, en lisant les écrits des disciples de Gall, que tous ont, à l'envi, discuté et combattu les assertions qu'il avait émises, soit quant au siège des organes, soit quant à la détermination du nombre des facultés et surtout aussi quant à leur nature. Ces luttes intestines, si dangereuses, puisqu'elles mettaient trop facilement à nu les vices de la doctrine, servent à expliquer, ou plutôt confirment la vérité de cette assertion de M. Lélut : « De tous les adversaires de la phrénologie, aucun ne lui a porté des coups aussi terribles que ses enfants les plus chers et les plus célèbres, et on ne trouverait nulle part une réfutation de sa doctrine organologique aussi démonstrative et aussi piquante que celle qui résulte explicitement de la comparaison de leurs écrits. » Page 282.

Les personnes qui voient de près les phrénologistes ou qui lisent leurs ouvrages savent avec quelle assurance ces messieurs parlent des faits qu'ils ont à leur disposition ; ils montrent avec un orgueil infini les collections qu'ils ont faites, et affirment qu'on trouve dans les quelques centaines de faits la confirmation des règles établies par leur science. Cette sorte de démonstration faite avec une certaine emphase, jointe à la méthode de Gall qui, sans plus de façon, renvoyait à la nature ceux qui n'étaient pas contents, cette sorte de démonstration, disons-nous, fait ordinairement impression sur les gens étrangers aux études profondes, et sur ceux qui, d'après M. Vimont, constituent ce qu'il appelle la *populace phrénologique*. Il était donc important de réfuter, sous ce point de vue, les assertions de la phrénologie. M. le docteur Lélut pouvait facilement, pour contredire Gall et ses partisans, trouver des milliers de faits sous sa main et les citer : cela eût suffi ; mais il a préféré consacrer à cet objet un chapitre puisé tout entier dans les propres annales de la phrénologie. Ce recueil de petites histoires organologiques est des plus édifiants. On y trouve la narration de la visite de M. Georges Combe à l'hôpital des aliénés, à Dublin ; celle de M. le docteur Voisin au bagne de Toulon ; toutes les deux aussi infructueuses l'une que l'autre pour la phrénologie.

On y trouve ensuite l'histoire du plus illustre des philologues modernes, Champollion le jeune, qui n'a pas l'organe de la philologie ; puis l'histoire de Bigonnet, membre du conseil des Cinq-cents, qui avait l'organe des localités, ce qui explique suffisamment pour la phrénologie

l'adresse qu'il montrait au billard et sa prédilection pour le *doublé*; l'histoire de Vitto-Mangiamele, ce prodigieux calculateur, qui, à l'âge de dix ans, donne la solution des plus grands et des plus difficiles problèmes de l'arithmétique et de l'algèbre, et qui, cependant, n'a pas l'organe du calcul; enfin, l'histoire du crâne de Raphaël, qui ne présente pas l'organe du coloris. Dans ce chapitre, un paragraphe spécial se trouve consacré à Napoléon. M. Lelut combat pied à pied, discute ligne à ligne les mesures qu'on a données du crâne de l'empereur. Nous ne blâmons pas sa manière de faire, mais nous croyons qu'il a perdu son temps. En effet, la phrénologie, chose que M. Lelut paraît ignorer, possède deux têtes de Napoléon : celle du docteur Antomarchi, puis une autre, toute différente de la première, moulée nous ne savons par quel artiste. Quoi qu'il en soit, cette dernière est au moins un tiers plus développée que la première, et il faut la placer, pour rendre hommage à la vérité, parmi ces bustes de fantaisie sur lesquels l'artiste (le phrénologiste) s'est plu à redresser les torts de la nature; ou, selon l'expression de Gall lui-même, *à idéaliser son modèle et défigurer la nature*. De cette manière, la phrénologie peut bien avoir tort avec le masque réel et véritable du docteur Antomarchi; mais elle se console en pensant qu'elle a raison avec son buste à elle, avec son buste idéalisé. Nous comprenons, en effet, qu'au point de vue organologique, le crâne, mais le crâne *idéalisé*, de l'empereur, doit rendre compte du grand développement intellectuel de l'homme qui a présidé aux destinées de la France. Les faits de cette nature n'ont besoin que d'être signalés pour être renversés et ramenés à leur juste valeur.

Le livre de M. Lélut se termine par un chapitre remarquable dans lequel l'auteur apprécie la valeur de la philosophie de Gall. Après avoir établi la fausseté, l'impossibilité et par dessus tout le ridicule du système au point de vue organologique, il rend justice aux travaux purement psychologiques de l'auteur. M. Lélut ne blâme dans la psychologie que la détermination absolue des facultés, détermination complètement impossible. Quant aux règles de philosophie appliquée, M. Lélut les regarde comme les formules exactes des restrictions puissantes et nombreuses apportées par l'organisation au libre arbitre de l'homme. Citons un passage dans lequel cette dernière opinion se trouve très-nettement et fort bien développée. « Gall a rappelé par des faits qu'il y a dans l'intelligence humaine des espèces et des degrés innombrables de puissance et de liberté. Il a fait voir que dans des degrés inférieurs il est des esprits d'une débilité tellement grande et tellement égale, sans que cela aille pourtant jusqu'à l'imbécillité déclarée, que la loi et la justice ne pourraient en aucune façon, pour la responsabilité de leurs actes, assimiler ces faibles esprits à ceux qui sont placés à l'autre extrémité de l'échelle. Il a montré, ce qui était bien plus important, parce que cela était bien moins connu, qu'il y a d'autres intelligences qui, dans le bien comme dans le mal, ont des prédispositions tellement particulières, tellement fortes et quelquefois tellement fatales, que sur les points de ces propensions, elles sont peut-être plus loin encore d'être douées d'un degré de liberté morale qui permette de leur appliquer la règle de rémunération ou de punition applicable au commun des intelligences. Et, dans ces dernières intelligences même, dans celles d'un ordre moyen, Gall a établi en s'appuyant

également de tout ce que lui offraient à cet égard les travaux des moralistes, que le libre arbitre est très-souvent encore restreint, et assez variable, pour que, dans la relation des hommes entre eux, il soit fait un principe de la nécessité de l'indulgence mutuelle, et pour que, dans leurs relations avec les représentants de la justice criminelle, une faute extérieurement la même ne les place pas tous sous le même niveau ni ne leur attire le même châtiment. » Pag. 366. M. Lélut a aussi voulu laver Gall du reproche de matérialisme qui lui fut si souvent adressé et duquel il se défendait avec tant de force. L'auteur démontre qu'aucun système n'avait plus besoin que celui de Gall, pour se compléter, de l'existence de l'âme. Cependant il ne nie pas qu'on trouve dans les ouvrages de l'écrivain qu'il critique certaines affirmations et des tendances matérialistes.

Ici se termine l'ouvrage de M. Lélut. La lecture attentive que nous en avons faite nous a montré sous un double jour le talent de l'écrivain. Dans le commencement du livre on trouve une raillerie fine et spirituelle, un ton malin et moqueur parfaitement en harmonie avec la nature du sujet. L'auteur plaisante quand il examine les démonstrations ridicules de Gall ou de ses adeptes, il rit de tout cœur, et le lecteur avec lui, des mille niaiseries racontées avec sang-froid par la phrénologie. Nous comprendrions difficilement qu'il ait pu rester sérieux en présence de raisons aussi risibles et puériles que celles qui servent de base à l'établissement des facultés et aux déterminations organologiques. D'un autre côté, M. Lélut fait trêve aux moqueries quand le sujet qu'il va traiter devient grave et profond. Ainsi, quand il doit apprécier la doctrine de Gall

au point de vue psychologique, sa pensée grandit comme le sujet. Alors il retrouve cette argumentation forte et puissante, cette logique serrée qui ne peuvent être que le résultat de travaux spéciaux, approfondis. Dans plusieurs ouvrages publiés antérieurement, M. Lelut avait déjà fait preuve d'un grand talent d'observation et de connaissances philosophiques étendues; jamais cependant il n'avait dépassé le but atteint aujourd'hui par lui, jamais il n'avait discuté avec plus de netteté et plus de vigueur les problèmes les plus difficiles de la philosophie transcendante; aussi nous pensons que son travail sera justement apprécié.

Ajoutons maintenant un seul mot. Le livre de M. Lelut nous semble destiné à un véritable succès. Son influence décidera, nous le croyons au moins, du sort de la phrénologie. Pour que cette dernière science sorte victorieuse de la lutte engagée contre elle, il faudra qu'elle se retrempe à de nouvelles sources, qu'elle se régénère en un mot; car elle ne pourra dissimuler les plaies profondes qui lui ont été faites. Allons plus loin: quand même les démonstrations de M. Lelut seraient moins rigoureuses, quand même ses objections n'auraient pas toutes porté, ce serait encore un grand honneur pour lui d'avoir nettement posé la question, d'en avoir rigoureusement défini les termes, enfin d'avoir indiqué les bornes qui, dans la science de Gall, séparent le faux du vrai.

D^r BOURDIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT DE FRANCE.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Août et Septembre 1843.)

Porrigo decalvans. — Pupille artificielle.

SÉANCE DU 14 AOÛT. — *Porrigo decalvans.* — Le *porrigo decalvans* est une maladie de la peau et principalement du cuir chevelu, qui produit la chute des cheveux. Il se caractérise par des plaques arrondies couvertes d'une poussière blanche et de petites écailles grisâtres, et la chute des cheveux. En examinant attentivement cette poussière blanche qui couvre la peau, sous le microscope, on sera étonné de voir que toute cette poussière blanche n'est autre chose que des cryptogames. En soumettant au microscope les cheveux provenant de cette maladie, on y remarque une grande quantité de cryptogames qui les entourent de tous côtés, et forment une véritable gaine végétale qui accompagne le poil depuis la sortie de la peau jusqu'à une distance d'un à trois millimètres. M. Gruby désigne cette production sous le nom de *microsporon Audouini*, en souvenir des recherches de M. Audouin sur les plantes parasites qui détruisent les tissus vivants des animaux.

Le *microsporon Audouini* commence son développement à la surface des cheveux, à un ou deux millimètres de l'épiderme; on voit le tissu des cheveux devenir

moins transparent dans une étendue de 30 à 40 1000 de millimètre. Il se développe de petites molécules à peine mesurable de 1-2 10 000 de millimètre de diamètre. Le tissu, ainsi altéré, est accompagné de fibres, de cellules plus larges que les fibres des cheveux, allongées et placées parallèlement à l'axe des cheveux. C'est dans cette partie qu'on observe les premières traces du microsporion, qui, en s'étalant entièrement sur les cheveux, et de là par contact immédiat sur plusieurs cheveux, les altère peu à peu jusqu'à ce qu'ils tombent en morceaux et produisent l'alopecie,

Ces cryptogames se développent et se multiplient avec une rapidité incroyable ; il suffit qu'une partie de la peau soit atteinte pour qu'en peu de jours une plaque de trois à quatre centimètres soit couverte de plantes parasites. Les cheveux, à l'endroit où ils sortent de la peau, deviennent grisâtres, et en huit jours ils cassent au même endroit où les cryptogames les entourent. Les cheveux dont le diamètre est plus épais résistent plus longtemps, et à mesure que les cheveux sortent de leurs follicules, ils sont attaqués par des plantes parasites ; on y voit même autour des cryptogames s'accumuler, et former une petite élévation grisâtre d'un quart à un demi-diamètre, et ce sont les mêmes élévations qu'on a considérées comme pustules, vésicules ou sécrétions de follicules sébacés.

La nature végétale du *porrigo decalvans* est un fait qui parle pour sa contagiosité ; et à ce titre elle exige les mêmes précautions de l'isolement que la teigne favéuse et le menthaphyte.

SÉANCE DU 25 SEPTEMBRE. — *Pupille artificielle*. — M. Guépin, ayant eu l'occasion de pratiquer 92 pupilles artificielles depuis environ trois ans, adresse à l'académie

les propositions suivantes, comme conséquences de cette nombreuse série d'opérations :

1° Les opérations de pupille artificielle réussissent mieux en général que les opérations de cataracte.

2° L'opération de la pupille artificielle peut être employée avec avantage dans les cas de cataracte étroite congénitale pour remplacer l'opération de la cataracte.

3° Lorsque l'œil est affecté d'une iritis rebelle avec capsulite et atrophie pupillaire plus ou moins complète, il est de bonne pratique de recourir à la pupille artificielle comme moyen d'éviter de pratiquer un jour et la pupille artificielle et la cataracte.

Aux méthodes connues l'auteur a ajouté l'enclavement dans la cornée, l'enclavement avec excision, l'excision par la sclérotique, le décollement simple ou avec excision par la sclérotique.

La méthode d'enclavement par M. Guépin, différant essentiellement des méthodes de Himli, d'Adam et de Baratta, consiste à dilater la pupille avec la belladone, inciser la jonction de la cornée à la sclérotique sur une longueur de 6 à 7 millimètres, enlever un petit morceau de la cornée au moyen d'un emporte-pièce, maintenir par des cautérisations la hernie iridienne qui se produit, et déterminer une inflammation adhésive.

Si l'on excise, dit-il, avec l'emporte-pièce, un lambeau de la cornée et la hernie iridienne, le bord libre de l'iris vient s'enclaver dans l'ouverture de la cornée, ce qui à un heureux résultat; M. Guépin a reconnu en outre, qu'en prenant très-près de la jonction de la cornée avec la sclérotique, on pouvait pénétrer par cette membrane dans la chambre antérieure en laissant la cornée complètement intacte; cette incision nouvelle permet à l'opérateur d'introduire pinces ou crochets, et de faire, soit l'exci-

sion, soit le décollement simple, soit le décollement avec excision.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

(Août et Septembre 1843.)

Luxation de la clavicule. — Inoculation du vaccin à la vache. — Superfétation. — Vaccine. — OEuvres de Giacomini.

SÉANCE DU 22 AOUT. — *Luxation de la clavicule.* — M. Jobert (de Lamballe) lit un rapport très-favorable sur le mémoire lu récemment devant l'Académie par M. Morel Lavallée sur ce sujet. Après un juste tribut d'éloges rendu à l'auteur de ce mémoire, que M. Jobert considère comme la monographie la plus complète des luxations de la clavicule, le rapporteur en fait une longue analyse. Ayant publié dans le temps un extrait étendu de ce travail, il serait superflu de reproduire cette analyse.

M. Jobert conclut, au nom de la commission, à ce que l'Académie vote des remerciements à M. Morel Lavallée, et que son mémoire soit renvoyé au comité de publication.

M. Velpeau : Je n'ai que des éloges à donner au mémoire ainsi qu'au rapport dont l'Académie vient d'entendre la lecture ; je n'ai qu'une seule question à adresser à M. Jobert. Je n'ai pas entendu parler dans le rapport d'une variété de luxation en dedans dont j'ai eu l'occasion de voir quelques exemples, un notamment, dans lequel la clavicule droite était luxée en dedans, au point que son extrémité sternale était venue se placer au-devant de la clavicule gauche.

M. Jobert : Il est question dans le mémoire de M. Morel de la luxation dont parle M. Velpeau ; mais l'auteur, n'en ayant sans doute pas vu d'exemple, s'est peu étendu sur ce point.

SÉANCE DU 29 AOÛT. — *Inoculation du vaccin à la vache.* — M. Bousquet lit un travail intitulé : *De l'Inoculation du vaccin à la vache comme moyen de renouveler ce virus.* Il résulte des recherches de M. Bousquet « qu'il y a un choix à faire parmi les vaches qu'on veut vacciner ; il faut prendre les vaches les plus jeunes, et particulièrement les génisses. A cet égard, plus l'ombre d'un doute. Il en est des vaches comme de l'homme. La petite vérole les prend dans l'enfance, qui se passe rapidement pour elles ; à mesure qu'elles s'éloignent du premier âge, l'aptitude à la contracter va diminuant ; je dis qu'elle diminue et non qu'elle s'éteint ; car, dans l'espèce bovine comme dans l'espèce humaine, la variole se voit à tout âge.

« Le choix de la vache une fois fait, l'art de la vacciner est des plus simples ; si la vache est déjà d'une certaine taille, on la laisse sur ses pieds ; si elle est encore génisse, on la renverse sur le dos. Dans l'un et l'autre cas, on charge la lancette comme pour les vaccinations de bras à bras, et on pique profondément dans le trayon, en ayant soin de laisser l'instrument en place pendant quelques secondes, pour donner aux vaisseaux le temps d'absorber le virus.

« Dès le second jour de l'opération, on aperçoit une rougeur superficielle à l'endroit des piqûres. Le troisième et le quatrième jour, cette rougeur augmente, et, si on y pose le doigt, on sent sur un fond très-légèrement engorgé un point saillant : c'est le début de la pustule. Le

1843. Septembre. T. III.

8

cinquième, elle est déjà apparente, ronde, plate, saillante, transparente, déprimée dans le centre, entourée d'une auréole, à la vérité très-circonscrite; elle offre tous les caractères des boutons de vaccine, quoiqu'elle n'en ait pas l'éclat; mais elle n'est jamais mieux caractérisée que le sixième jour. Dès le septième, le bouton commence à brunir sensiblement dans le centre; le huitième, la dessiccation gagne toute la surface; en même temps l'auréole se retire; les jours suivants, ce n'est plus qu'une croûte, laquelle devient de plus en plus noire jusqu'à ce qu'enfin elle tombe, ce qui arrive vers le quinzième jour.

« D'après cette description, on voit que la pustule vaccinale de la vache diffère un peu de celle de l'homme. L'engorgement sur lequel elle repose est moins considérable, l'auréole moins étendue, l'aspect moins brillant, et cet éclat passe plus vite. Plus lente dans ses commencements, elle arrive presque tout à coup (du cinquième au septième jour) à son plus grand développement; après quoi elle décroît avec la même rapidité, et se couvre d'une croûte qui se contracte sur elle-même, et se rapetisse à mesure qu'elle approche du moment de sa chute. »

Une seconde question a gravement préoccupé M. Bousquet. Quel est l'effet de cette inoculation sur les propriétés du virus vaccin? que devient ce virus en passant par la vache? Prend-il une nouvelle vigueur sur la terre natale, ou reste-t-il ce qu'il était? C'était surtout dans le but d'éclaircir cette question encore indécise que M. Bousquet avait entrepris ces expériences. A cet effet, et pour avoir un terme de comparaison, il porta le vaccin de la vache sur le bras gauche, et le vaccin ordinaire sur le bras droit d'un enfant. Après avoir répété dix fois ces expériences, il reconnut que les pustules des deux côtés

étaient parfaitement semblables, et que, par conséquent, la vache rend le vaccin comme elle le reçoit.

M. Bousquet a été conduit à reconnaître, par cette seconde série d'expériences, que ceux qui ont proposé de reporter le vaccin sur la vache, pour lui rendre sa vigueur en le retrem pant à sa source, se sont fait illusion. « Il est bon, dit-il en terminant, de renouveler de temps en temps le virus-vaccin; mais ne nous abusons pas sur les moyens d'opérer ce renouvellement. Si les expériences citées dans cet écrit ont la valeur que je leur attribue, il est évident que transporter un vieux vaccin de l'homme sur la vache n'est pas le moyen de le rajeunir. J'ai dit et je répète en finissant que la vache rend le vaccin tel qu'on le lui donne, ni plus ni moins actif. En commençant ces essais, je croyais en tirer des conséquences utiles à la pratique; je n'ai fait qu'une expérience intéressante pour la science. Elle nous apprend qu'autre chose est le cowpox artificiel, autre chose est le cowpox naturel, spontané. Le premier est égal au vaccin en circulation; le second a manifestement plus de feu, plus d'énergie. Il est impossible qu'ils soient d'un autre sentiment ceux qui ont suivi les expériences comparatives que nous fîmes en 1836, lorsque le hasard fit tomber un nouveau vaccin entre nos mains. Mais cette ardeur, cette énergie ne se soutient pas; elle baisse, elle s'affaiblit peu à peu, et cet affaiblissement est d'autant plus considérable que le virus est depuis plus longtemps en circulation, et d'autant plus rapide que les sujets par lesquels on le fait passer sont eux-mêmes plus débiles et plus chétifs; d'où il suit que le médecin peut à son gré hâter ou retarder cette dégénérescence. Mais je sens que je touche là une question toute nouvelle et trop délicate pour la traiter en passant; elle pourra faire l'objet d'une seconde lecture. »

M. Rochoux : Il serait dans les attributions de la commission de vaccine de résoudre la question qui vient d'être soulevée ; mais, puisqu'elle ne juge pas à propos de le faire, nous devons savoir gré à M. Bousquet de l'avoir tenté. M. Bousquet a dit à plusieurs reprises que le nouveau vaccin était plus actif que l'ancien : s'il veut dire par là que les pustules produites par le nouveau vaccin sont plus volumineuses, que leur auréole est plus étendue, la phlegmasie cutanée plus intense, d'accord ; mais s'il entend que la propriété préservatrice du nouveau vaccin soit plus énergique que celle de l'ancien, je le conteste. Je crois, au contraire, que les sujets, vaccinés avec l'ancien vaccin, sont tout aussi sûrement préservés que ceux qui sont vaccinés avec le vaccin nouveau.

M. Emery : On réussit mieux, en général, à obtenir des vaccinations secondaires chez les sujets âgés de plus de 14 ans avec le virus nouveau. Pour les premières vaccinations, au contraire, j'ai remarqué que le virus ancien était beaucoup plus sûr. Ainsi, en résumé, on obtient un plus grand nombre de réussites avec le virus nouveau pour les vaccinations et chez les personnes âgées de 14 à 20 ans, tandis que le virus ancien réussit plus souvent et plus sûrement pour les premières vaccinations ; enfin, on réussit mieux en vaccinant de bras à bras qu'avec du vaccin conservé. Tels sont les résultats auxquels m'ont conduit mes expériences.

M. Moreau : M. Emery vient de soulever une question qui ne paraît pas du tout facile à résoudre. J'ignore comment il s'y prend pour se procurer à volonté du vaccin de Jenner et du vaccin nouveau ; je crois qu'il est impossible aujourd'hui de connaître la véritable origine du vaccin dont on se sert. Quant aux revaccinations, j'ai fait aussi des expériences qui ne m'ont point convaincu du tout

sur la nécessité de recourir à cette mesure. J'ai pratiqué des revaccinations longtemps avant la découverte du nouveau cowpox ; c'était en 1825, à l'époque où se manifestèrent à Paris un grand nombre de varioles secondaires. Les revaccinations n'ont réussi, en général, que très-exceptionnellement ; j'ai revacciné indistinctement des sujets soit déjà vaccinés, soit inoculés, soit variolés, et j'ai obtenu, dans tous les cas, des résultats à peu près semblables, c'est-à-dire un très-petit nombre de réussites. C'est sur le résultat de ces expériences que je me basais l'année dernière, lors de la discussion qui eut lieu sur cette question, en disant qu'il ne fallait pas établir une mesure générale sur des faits exceptionnels, et que, dans le cas où l'on adopterait cette mesure, il faudrait revacciner également les sujets vaccinés, variolés ou inoculés.

M. Bousquet : Il m'a été adressé plusieurs objections, auxquelles il me reste à répondre. M. Rochoux distingue deux choses dans la vaccine, la pustule et l'action préservatrice du vaccin ; cette distinction est très-juste, et je l'admets comme lui. Quand je dis que tel vaccin est plus énergique que tel autre, je n'entends pas parler de son énergie comme pouvoir préservateur, mais uniquement du degré de développement des pustules, de leur aspect et de l'intensité de la phlegmasie cutanée qui les accompagne. Quant à l'intensité plus grande de l'action préservatrice de l'un ou de l'autre de ces vaccins, M. Rochoux n'en sait rien, et nous non plus.

M. Moreau paraît attacher peu d'importance aux revaccinations. Il ne doit pas ignorer cependant qu'il est des faits, et en grand nombre, qui militent fortement en faveur de cette mesure. Je n'en citerai qu'un seul : il y a quelques années qu'une épidémie de petite vérole éclata dans le collège de Sorèze ; un grand nombre d'é-

lèves en furent atteints. Parmi eux se trouvaient deux Espagnols non vaccinés, dont l'un mourut. On fit revacciner tous les élèves qui n'avaient pas été encore atteints par l'épidémie, et celle-ci cessa aussitôt.

Quant à ce qui a été avancé relativement à l'efficacité comparative de l'ancien et du nouveau vaccin pour les revaccinations, je dirai que j'ai rarement réussi à obtenir de bonnes revaccinations avec l'ancien vaccin, tandis que le nouveau m'a donné généralement de bons résultats ; mais je dois ajouter que ce dernier lui-même réussit moins bien actuellement que dans les premières années qui ont suivi la découverte.

M. Dupuy : La question de la préservation par une seconde vaccination me semble posée d'une manière défectueuse. On n'a qu'une seule fois la vaccine, comme la petite vérole ; j'en citerai pour exemple Chrétien, qui était dans l'habitude de conserver sur lui-même impunément le vaccin pour les besoins de sa pratique.

M. Gaultier de Claubry : Il n'est personne qui puisse dire quel est le virus dont on se sert actuellement. Le virus de 1836 a fait perdre de vue le virus ancien. Depuis 1836, d'autres virus, venant de sources différentes, se sont mêlés à celui de 1836, de sorte que les traces de ce dernier sont aujourd'hui aussi difficiles à suivre que celles du virus de Jenner lui-même. Mais une question beaucoup plus importante que celle-là et qui a été soulevée dans la discussion, c'est la question relative à l'intensité de l'éruption, par rapport à son action préservatrice. Cette intensité est-elle pour quelque chose dans la préservation ? Je crois que cette question est jugée, et M. Bousquet lui-même a rapporté un grand nombre de faits qui concourent à cette solution ; il a souvent cité des cas où des varioles très-discrètes ont préservé d'une variole se-

condaire tout aussi sûrement que des varioles confluentes; d'autres cas, au contraire, où des varioles confluentes ont été suivies de récidives. Il en est de même pour la vaccine; l'intensité de la vaccine, actuellement développée chez un enfant, ne permet nullement de présumer que cet enfant ne sera pas sujet à contracter la variole; je pourrais citer un grand nombre d'exemples à l'appui de cette assertion. Je professe d'une manière formelle l'opinion que la vaccine, une fois développée, qu'elle soit peu ou très-intense, et quelle que soit son origine (je me hâte de dire qu'elle ne préserve pas toujours), donne, dans tous les cas, des chances égales de préservation. Il n'y a donc pas pour la vaccine, de même que pour la variole, de rapport entre l'intensité de l'éruption et de la préservation.

M. Moreau : J'approuve et je partage entièrement l'opinion de M. Gaultier de Claubry. J'éprouve un chagrin nouveau à chaque fois que des discussions de ce genre se renouvellent dans le sein de l'Académie, parce que rien n'est plus propre que ces discussions à ébranler la confiance du public. Avant de s'occuper de la nécessité des secondes vaccinations, il serait beaucoup plus utile de s'occuper des premières vaccinations, et de s'assurer qu'elles sont bien exécutées. Les cas exceptionnels de récidive ne peuvent pas servir à établir la règle; il serait par conséquent superflu d'engager le gouvernement à intervenir dans cette question. Telle est du moins pour moi la conviction qui résulte de mes expériences : j'ai revacciné, et je n'ai point obtenu de différences suivant les âges, comme on l'a dit. La proportion des succès des vaccinations, proportion très-petite, je le répète, a été la même à tous les âges. Quant à l'intensité de l'éruption vaccinale, elle dépend des dispositions individuelles; la

preuve, c'est que des sujets vaccinés en même temps et avec le même vaccin présentent de très-grandes différences dans les résultats. On n'est donc pas admis à dire que tel vaccin a plus d'énergie que tel autre.

M. Bousquet : Je commencerai ma réponse par la dernière des objections que vient de m'adresser M. Moreau. Je crois l'avoir suffisamment réfutée en disant que, dans les expériences que j'ai faites pour juger de l'énergie comparative des deux virus, j'ai eu constamment la précaution de vacciner un même sujet des deux bras, d'un côté avec le virus ancien, de l'autre avec le virus nouveau.

M. Moreau dit que les revaccinations donnent les mêmes résultats à tous les âges ; je nie qu'il en soit ainsi. Les revaccinations réussissent peu, soit ; mais elles réussissent mieux chez les sujets avancés en âge que chez les enfants. C'est là un fait qui est mis hors de doute par des expériences répétées. On ne sait, nous dit-on, à quel vaccin on a affaire ; c'est évidemment au vaccin nouveau. La raison en est bien simple : du moment où j'ai cru reconnaître une plus grande énergie au nouveau vaccin, je me suis fait un cas de conscience de laisser perdre l'ancien, et toutes les vaccinations qui ont été faites depuis à l'Académie de médecine l'ont été avec le nouveau vaccin.

M. Emery : Je suis de l'avis de M. Moreau sur la nécessité de ne point ébranler la confiance en la vaccine. Je crois, en effet, comme notre honorable collègue, que ces discussions ont déjà fait beaucoup de mal sous ce rapport ; c'est au point que je connais des localités où l'on a presque renoncé à la pratique de la vaccine. Cependant, je suis loin d'en conclure que les revaccinations sont inutiles. En effet, d'après les nombreuses observations que j'ai faites dans tous les hôpitaux de Paris, j'ai pu me con-

vaincre, ainsi que l'ont fait beaucoup d'entre nous, de l'existence assez fréquente de varioles intenses chez des sujets vaccinés et âgés de plus de 17 ans ; j'ai vu même des varioloïdes tellement intenses, qu'on pouvait les confondre avec des varioles véritables. Il y en a eu enfin de tellement graves que quelques sujets y ont succombé. J'ai constaté, d'un autre côté, qu'à l'hôpital des Enfants les varioloïdes sont beaucoup plus rares et en général très-bénignes.

Quant à ce qu'a avancé M. Bousquet, savoir que le succès des deuxièmes vaccinations est d'autant plus assuré qu'on les pratique sur des sujets plus éloignés de l'enfance, c'est un fait très-réel. Tous ces faits sont de la dernière évidence pour tous les médecins qui se sont livrés à des expériences. S'il est donc vrai qu'une seconde vaccination donne plus de garantie de préservation, ce que l'expérience nous apprendra, il ne faudra pas hésiter, vu l'innocuité de cette pratique, à recourir aux revaccinations.

SÉANCE DU 19 SEPTEMBRE. — *OEuvres de Giacomini.* M. Cornac fait un rapport verbal sur le cinquième volume du *Traité philosophique et expérimental de thérapeutique*, du professeur Giacomini (de Padoue). Ce volume est consacré à l'histoire des propriétés physico-chimiques, savoir : 1° les agents modificateurs des produits organiques actuels ; 2° les agents modificateurs des produits organiques morbides ; 3° les modificateurs des fluides ; et 4° des solides. L'auteur examine spécialement dans ce volume, le mode d'action des principaux agents physiques de la nature, tels que le calorique, l'électricité, etc. Le calorique est envisagé comme un stimulant ou un des hypersténisants des plus énergiques. Le froid, qui n'est

autre chose que la soustraction du calorique, est considéré par contre comme un déprimant, un hyposténisant par excellence ; son action est considérée successivement comme locale et comme générale. Giacomini range le froid parmi les contro-stimulants les plus puissants et le met même au-dessus de la saignée, en ce que son action est beaucoup plus rapide et presque instantanée, etc.

Le rapporteur se borne à faire une analyse rapide des principaux sujets traités dans ce volume, et à signaler les points culminants qui y sont traités ; il conclut en engageant l'Académie à adresser des remerciements à l'auteur et à inscrire son nom sur la liste des correspondants étrangers.

M. Londe : Parmi les propositions que nous venons d'entendre, il en est quelques-unes qui me paraissent fausses, du moins exprimées d'une manière aussi absolue que le fait l'auteur. Il s'en faut, par exemple, que le froid agisse toujours comme un hyposténisant ; tout le monde sait qu'il détermine, au contraire, dans certains cas, une stimulation puissante par réaction, non pas seulement lorsqu'une partie du corps a été exposée au froid, mais lors même que son application a été générale. J'en pourrais dire autant pour la chaleur ; son mode d'action est exprimé d'une manière beaucoup trop absolue.

M. Martin-Solon : J'ai entendu avec beaucoup de plaisir la lecture de ce rapport sur l'ouvrage de M. Giacomini, d'autant plus que c'est aux Italiens que nous devons le retour à l'étude de la matière médicale. Néanmoins, bien que ce livre, dont nous venons d'entendre l'analyse, soit une œuvre très-distinguée, je répéterai avec M. Londe, qu'il y a beaucoup à redire sur les opinions qui y sont exprimées. Pour ne pas sortir de l'exemple qui a déjà été choisi, je dirai que le froid n'est ni

absolument hyposténisant, ni absolument hypersténisant; on sait qu'à l'aide du froid on obtient, suivant les circonstances, des résultats très-différents. Ce sont là des faits que tout le monde connaît, et que je ne rappelle ici que pour mieux faire sentir combien est exclusive la manière de voir de l'auteur.

M. Dupuy : L'action du froid ne me paraît pas avoir été appréciée d'une manière exacte par l'auteur de l'ouvrage dont nous venons d'entendre l'analyse. L'effet du froid intense est de déterminer la coagulation du sang et un mouvement rétrograde de ce fluide de la périphérie vers le centre, mouvement auquel succède un mouvement en sens inverse ou excentrique, lors de la soustraction. Un effet analogue est obtenu par l'injection de la matière cérébrale dans les veines. Je ne doute pas qu'on ne tire un jour parti de ce curieux résultat, et que cette injection soit substituée, avec avantage, aux moyens mécaniques employés pour arrêter la circulation dans les vaisseaux.

M. Delens : Il y a, suivant moi, deux choses à distinguer dans un médicament, savoir : la valeur du médicament sous le point de vue de la matière médicale, et sa valeur sous le rapport thérapeutique. On confond trop souvent ces deux points de vue. Un médicament n'a pas et ne peut pas avoir plusieurs modes d'action ; mais il donne des résultats différents, suivant les conditions diverses dans lesquelles il est appliqué. C'est donc en raison des circonstances particulières d'administration et des effets secondaires qui en résultent, qu'il faut distinguer les manières d'agir différentes que l'on observe, et non admettre dans un même agent plusieurs modes d'action. C'est ainsi qu'il faut entendre l'action du froid, que l'on

considère à tort alternativement comme un stimulant ou un déprimant.

SÉANCE DU 26 SEPTEMBRE. — *Superfétation.* —

M. Londe fait un rapport sur une communication de M. Levrat, de Lyon, relative à plusieurs sujets de médecine et de chirurgie. Nous avons remarqué entre autres les observations suivantes : 1° trois cas d'accouchement avec menaces d'asphyxie ayant nécessité la rupture de la poche des eaux ; 2° trois observations de superfétation ; 3° un cas de tumeur indolente de la parotide guéri par l'usage des frictions avec l'iode ; 4° une observation d'ophtalmie chez un enfant, produite par une espèce particulière d'acarus siégeant dans les cils ; 5° une observation de glossite ; 6° un cas d'erysipèle de la cuisse avec troubles généraux et altération des fonctions digestives, guéri par des saignées locales ; 7° une hernie inguinale étranglée compliquée de gangrène, opérée avec succès.

Le rapporteur, après avoir succinctement analysé chacun de ces faits, s'est plus spécialement étendu sur les observations de superfétation que l'auteur avait fait suivre de réflexions générales sur cette question. D'après l'auteur de ce travail, les cas de superfétation ne seraient pas aussi rares qu'on paraît le croire généralement. S'ils paraissent aussi rares, c'est, dit-il, parce que, dans les cas de grossesses multiples, les accoucheurs sont dans l'usage d'aller chercher le second enfant aussitôt après la sortie du premier, au lieu d'attendre le moment du second travail. L'auteur est porté à croire qu'il y a superfétation dans la presque totalité des cas de grossesses doubles. Il n'est pas nécessaire, suivant lui, qu'il y ait une matrice double pour que la superfétation ait lieu ; elle peut également avoir lieu dans une matrice simple. Il rapporte un

cas dans lequel la superfétation aurait eu lieu malgré une occlusion du vagin. L'auteur rappelle enfin les exemples les plus connus de superfétation, et les diverses théories qui ont été émises sur ce phénomène, qu'il cherche à expliquer lui-même par une hypothèse dont il nous a été impossible de suivre les développements.

Le rapporteur conclut à ce que l'Académie vote des remerciements à l'auteur pour sa communication, et que son nom soit inscrit sur la liste des correspondants.

M. Capuron : M. Levrat cite un cas où la superfétation a eu lieu malgré l'occlusion du vagin. C'est là un fait évidemment impossible, et qui ne peut s'expliquer que par quelque méprise du genre de celles dont j'ai été témoin une fois. Un praticien me fit part de l'embarras dans lequel il se trouvait, ayant, disait-il, affaire à une femme enceinte qui avait une imperforation du vagin : j'examinai cette femme, je reconnus en effet la grossesse, mais en l'explorant avec soin je reconnus aussi que l'imperforation du vagin n'était pas complète : il existait un petit pertuis qui avait échappé à l'attention du médecin et qui était suffisant pour expliquer l'imprégnation. Il suffit pour rendre l'accouchement possible de fendre le vagin. Il est probable que toutes les observations données comme des cas d'imperforation présentaient la même circonstance; quant aux faits de grossesse avec imperforation complète, je n'y crois pas du tout.

M. Londe croit pouvoir justifier l'assertion de l'auteur par l'exemple suivant dont il a été témoin. Je fus consulté, dit-il, par une femme chez laquelle je trouvai une interruption complète du vagin par une cloison ; j'eus beau chercher à pénétrer avec une sonde, je ne pus découvrir aucune issue. Je conseillai en conséquence à cette femme de se faire faire une opération, d'ailleurs

fort simple, qui lui permettrait de faire plus tard des enfants. Je fus fort surpris d'apprendre qu'elle avait eu déjà plusieurs enfants. L'oblitération avait eu lieu consécutivement au dernier accouchement.

M. Velpeau : Il est admis par tous les physiologistes que la fécondation ne peut avoir lieu sans la pénétration du liquide séminal, et par conséquent sans l'existence d'une ouverture qui lui livre passage. Mais de ce que le vagin est oblitéré, ce n'est pas une raison pour que la fécondation soit impossible, car elle peut avoir lieu dans ce cas à la faveur d'une communication du vagin avec le rectum, ainsi qu'on en connaît plusieurs exemples.

M. Moreau : Je ne pense pas qu'on doive admettre la possibilité de la fécondation sans la pénétration du liquide séminal. Sans doute on a pu voir des imperforations chez des femmes qui avaient eu des enfants ; mais, dans ces cas, l'imperforation était le résultat d'un travail morbide consécutif à la fécondation. Le fait cité par M. Capuron n'est pas sans exemple ; il est vrai que la fécondation a pu avoir lieu dans quelques cas par un pertuis extrêmement étroit. Entre autres faits de ce genre, je me rappelle celui d'une femme dont Méry rapporte l'histoire, et chez laquelle on crut à une imperforation complète, tant l'orifice du vagin était étroit, ce qui fit dire à Méry que la fécondation pouvait avoir lieu par l'*aura seminalis*.

M. Royer-Collard pense qu'on ne peut pas limiter, comme on le fait, les cas de possibilité de superfétation. Cette question me paraît, dit-il, devoir être considérée sous un nouveau point de vue. J'ai fait à ce sujet quelques expériences encore incomplètes, qui pourront, je l'espère, me conduire à des résultats nouveaux ; jusqu'à là je ne puis encore émettre mes idées là-dessus que sous forme d'hypothèse. Tout le monde sait, par exem-

ple, qu'une chienne après avoir été couverte par un chien d'une certaine espèce, étant couverte plus tard par un chien d'une autre espèce, fait une portée dont tous les petits ressemblent au premier. Il semblerait par là que le premier père a laissé quelque chose qui s'est empreint sur les produits de la seconde copulation. Ne pourrait-il pas se faire, en effet, que, dans une première copulation, plusieurs ovules, dont un seul serait actuellement fécondé, descendent dans la trompe de Fallope et n'attendent en quelque sorte qu'une nouvelle copulation pour être fécondés à leur tour; d'où l'on pourrait être conduit à admettre, qu'une première copulation ne fait en quelque sorte que préparer, pour quelques ovules, une fécondation dont l'accomplissement ne pourra être opéré que par une seconde copulation. Il serait donc possible à la rigueur d'admettre le concours de deux pères pour une seule conception, le second donnant occasion à la naissance d'un enfant déjà fécondé par le premier. En d'autres termes, il ne me paraît pas impossible qu'une femme puisse faire des enfants d'un premier mari avec un second.

M. Breschet : On fait évidemment confusion entre deux circonstances fort différentes, l'imperforation et l'oblitération. Il est difficile de démontrer comment la fécondation peut avoir lieu, lorsqu'il y a une oblitération; à la rigueur cependant elle n'est pas impossible. Mais je pose en fait qu'elle est tout à fait impossible dans les cas d'imperforation. Il n'est pas très rare, en effet, de rencontrer les oblitérations chez des femmes qui ont eu plusieurs enfants. Elle sont ordinairement le résultat d'une inflammation du vagin; les fistules vésico-vaginales peuvent aussi, en se cicatrisant, leur donner naissance. J'ai vu souvent de ces sortes d'oblitérations sur des cadavres

de vieilles femmes de la Salpêtrière, bien que ces cadavres portassent des traces évidentes de plusieurs accouchements. Quant aux cas d'imperforations congéniales, elles rendent la fécondation manifestement impossible par le vagin ; elle ne peut avoir lieu que par une autre voie. Cette question a fait le sujet d'une thèse soutenue devant l'Académie de chirurgie par Louis, qui concluait dans le même sens.

M. Gérardin : Pour soutenir la théorie des superfétations, on a mis en avant des faits qui manquent de tout caractère d'authenticité. Je n'en excepte pas le fait de Buffon dans lequel il s'agit d'une négresse qui, après avoir eu des rapports avec un homme blanc, accoucha de deux enfants, dont l'un était blanc et l'autre noir. Buffon n'ajoute pas autre chose ; or, tout le monde sait que les enfants ne naissent pas noirs. D'ailleurs, en admettant que cette femme ait été fécondée par un homme blanc, le produit de cette fécondation devait être un mulâtre et non pas un nègre. Quant à la plupart des autres faits, ils sont présentés sous des noms qui n'ont pas une autorité suffisante.

M. Capuron : M. Royer-Collard a dit, si j'ai bien compris, qu'une première copulation pouvait faire descendre plusieurs ovules ou germes dans la trompe de Fallope. Je suppose comme lui qu'il en soit ainsi, et qu'à la suite d'une seconde copulation l'un de ces germes, retenu dans la trompe, descende dans la matrice, où il devra se développer à côté d'un premier germe déjà fécondé et en voie de développement ; j'admets que la chose soit possible : mais elle ne serait possible, dans tous les cas, qu'à la condition que cette seconde conception aurait lieu à une époque très-rapprochée de la première ; car, pour peu qu'il s'écoule entre ces deux copulations un

certain laps de temps, le développement du premier germe ne tarderait pas à oblitérer l'orifice des trompes, et à rendre par conséquent impossible la descente d'un second germe dans l'utérus.

M. Royer-Collard : Je crois que, dans l'acte de la fécondation, il y a deux choses à considérer : la descente de l'ovule d'abord, puis un acte organique que nous ne connaissons pas et qui achève la fécondation. Tout le monde sait, par exemple, que les poules vierges font des œufs ; il faut donc admettre, par conséquent, qu'il y a déjà eu un premier travail, une première modification imprimée au germe par la femelle elle-même, indépendamment de toute participation du mâle, modification qui doit être complétée plus tard par la copulation.

M. Londe répond à quelques-unes des objections qui ont été faites aux assertions de l'auteur du mémoire, et notamment en ce qui concerne le fait d'occlusion, en disant que cette occlusion était évidemment d'une origine récente et postérieure au dernier accouchement.

M. Baudelocque : J'ai été témoin de faits qui prouvent que la superfétation est possible, quoiqu'il n'y ait qu'une matrice. Dans un cas de ce genre, j'ai trouvé, indépendamment de l'orifice naturel de la trompe, une seconde ouverture artificielle qui la faisait communiquer avec la matrice.

La discussion terminée, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Vaccine. — M. Bousquet lit, sous ce titre : *Des différentes opinions qui règnent sur la vaccine*, un travail dans lequel il se propose principalement pour but de donner des éclaircissements nouveaux sur quelques-uns
1843. Septembre. T. III. 9

des points en litige qu'il a abordés dans sa précédente communication.

Il règne, dit-il, sur la vaccine deux opinions qui se partagent les médecins. Dans l'une de ces opinions, on dit : le virus-vaccin est inaltérable, et la vaccine préserve, à quelques exceptions près, sans retour. L'autre consiste à dire que la vaccine ne promet pas une égale protection à tous les vaccinés ; on convient dans celle-ci qu'il en est un certain nombre qui, après un certain temps, seront encore exposés à la variole.

Après avoir montré que la première doctrine, légitime aux premiers jours de la découverte de la vaccine, cessait de l'être à notre époque ; après avoir rappelé les faits et les circonstances qui ont donné naissance à la nouvelle doctrine, cherché à pénétrer les causes qui ont fait admettre l'affaiblissement de la vaccine, et déterminé le but qu'on se propose par les revaccinations, M. Bousquet s'exprime ainsi :

Le nouveau virus, ai-je dit, donne des pustules plus belles et plus durables que l'ancien ; il s'agit de savoir si, à cet avantage, il en joint un autre, celui d'être plus préservatif. Je réponds d'abord que le problème ainsi posé ne peut pas être résolu directement et par voie d'expérience. Il y a maintenant sept ans que le cowpox de Passy est en circulation ; il est donc dans le même état où se trouvait celui de Jenner en 1805. Or, à cette époque, tous les vaccineurs proclamaient encore l'infailibilité de la vaccine.

Si, à défaut d'expérience, on consulte le simple bon sens, il semble naturel de penser que le virus le plus actif est aussi le meilleur.

Au fond on peut croire que les deux virus se valent dans leurs effets préservatifs ; mais, pour le croire, il faut que le raisonnement fasse un peu violence à la raison.

C'est une vérité banale que la variole la plus abondante ne met pas à l'abri de la récurrence plus sûrement que la variole discrète; la variole discrète, plus que la variole inoculée, et la variole inoculée plus que la varioloïde. Et de même, la vaccine à plusieurs boutons, la vaccine à un seul bouton, la vaccine sans boutons, donnent absolument la même garantie. A ces raisons, je puis en ajouter deux autres : l'une tirée de la similitude des pustules pendant la première période; la seconde, du moment même où la vaccine entre en jouissance de ses propriétés.

J'ai dit que l'ancien et le nouveau vaccin produisaient des pustules inégales; mais il est bien remarquable que cette inégalité ne commence à devenir bien sensible qu'au septième ou huitième jour; or, à cette époque l'effet général est produit; la préservation a lieu lorsque la dissemblance des pustules commence à se prononcer.

Voici comment M. Bousquet s'est assuré du moment où la vaccine prend possession de ses propriétés : il a ouvert, détruit ou cautérisé les pustules à leur début. Il a essayé ensuite de revacciner ces mêmes enfants, et jamais cette deuxième opération n'a réussi après le sixième ou septième jour; d'où il conclut que la première était bonne, que la vaccine est préservative au sixième ou septième jour, et que l'infection générale se fait pendant l'incubation et non pendant la résorption, comme on l'a dit sur la foi de la théorie.

Est-ce à dire, ajoute-t-il, que les pustules soient sans importance et ne méritent aucune attention? Telle n'est pas ma pensée. Je dis bien qu'elles ne contiennent pas l'effet préservatif, mais elles l'indiquent, elles le révèlent, elles le mettent en lumière, elles rendent témoignage que la vaccine a produit son effet.

Quant à la dégénérescence du vaccin, il ne croit pas

qu'elle soit telle, que la science ait un grand intérêt à renouveler ce virus.

Ceux qui rapportent à l'affaiblissement du vaccin les atteintes que les vaccinés ont reçues de la variole prennent certainement le change ; je n'oserais pourtant affirmer que cet affaiblissement n'y soit pour rien ; mais je dis que ce n'est pas là la cause principale.

La preuve en est dans l'âge même des vaccinés qui se montrent sensibles aux épidémies de variole ; ce sont presque tous des adultes dont la vaccine remonte à douze quinze, vingt ans ; or, il est sensible que plus on se rapproche du berceau de la découverte, moins le vaccin est altéré ; au contraire, les derniers vaccinés, j'entends ceux de 1834, 35 et 36 (avant la rencontre de Passy), les derniers vaccinés ont, dis-je, reçu le plus mauvais vaccin, et cependant c'est parmi eux que la petite vérole est le plus rare ; donc le vaccin, si faible qu'on le suppose, est encore assez fort pour les protéger. D'où l'on voit que le danger d'avoir la petite vérole est proportionné non pas à l'affaiblissement du vaccin, non pas à la pauvreté des pustules, mais bien à la pauvreté de la vaccine, c'est-à-dire au temps écoulé depuis le jour de la vaccination ; plus ce jour est reculé et plus la petite vérole a des chances ; plus il est proche et moins il en a.

La conséquence naturelle de ce qui précède est l'indication des revaccinations. Mais en conseillant de revacciner, M. Bousquet n'entend pas dire que la seconde vaccination soit de même nécessité que la première. La première est indispensable chez tous, parce que tous sont disposés à la petite vérole, tandis que pour les sujets vaccinés, comme c'est le plus petit nombre qui reste exposé aux atteintes de la variole, et que d'ailleurs le nombre en fût-il plus grand, la variole est dans ce cas

d'une grande bénignité, on n'a pas le même intérêt à la prévenir. Mais dans l'impossibilité où l'on est de distinguer ceux qui sont encore susceptibles de contracter la variole et par conséquent de faire un choix, la prudence conseille de revacciner indistinctement, vu le peu de gravité de l'opération.

Pour faire repousser la pratique de la revaccination, on a dit que la vaccine prenait presque aussi bien sur les varioleux que sur les vaccinés. M. Bousquet, sans se dissimuler la valeur de cette objection, ne croit pas cependant qu'elle détruise ce qui précède. De même, dit-il, que je ne crois pas que tous les variolés accessibles à la vaccine soient menacés d'une récurrence, de même aussi je ne puis admettre que tous les vaccinés, susceptibles de recevoir une seconde vaccine, auraient eu la variole ou la varioloïde. Autre chose est d'insérer un virus par voie d'inoculation, autre chose de s'exposer à la contagion. Les dispositions individuelles sont si variées qu'on comprend très-bien que ceux en qui ces dispositions sont très-faibles ne se rencontrent jamais dans les circonstances qui peuvent les faire éclore. En résumé, le succès de la revaccination n'indique pas seulement que la modification introduite par la première vaccine s'est affaiblie, elle apporte avec elle le remède à cet affaiblissement ; ce qui ressort, de la manière la moins contestable, des exemples nombreux qui sont apportés dans ce mémoire.

M. Bousquet termine enfin en réfutant cette objection que les adversaires des revaccinations puisent dans la crainte d'alarmer des familles et de discréditer la vaccine. Cette crainte, outre qu'elle n'est pas fondée, devrait être d'ailleurs bien moins inspirée par le conseil de répéter la vaccination, que par la possibilité de voir survenir de nou-

velles épidémies de petite vérole, si l'on négligeait le moyen que l'on a de les prévenir.

M. Londe relève une omission qu'il croit avoir été faite par M. Bousquet. Parmi les hommes, dit-il, qui ont contribué à répandre les idées que M. Bousquet vient d'émettre, il en est un dont il a oublié de parler, et qui cependant est le premier qui ait soutenu la dégénérescence du vaccin : c'est M. James.

M. Bousquet : M. Londe est dans l'erreur ; bien avant la personne qu'il vient de nommer, MM. Brisset, Tueffard et Fiard avaient soutenu la même opinion, que je ne partageais pas alors, à cause de la confusion qui régnait dans les doctrines diverses de ces messieurs. C'est la découverte du vaccin de 1836 qui me ramena à l'opinion que je professe aujourd'hui.

M. Moreau voit toujours avec chagrin s'élever des discussions semblables dans le sein de l'Académie ; elles ont pour lui un grand danger, en ce qu'elles affaiblissent la confiance des familles dans l'efficacité préservatrice du vaccin. M. Bousquet, dit-il, a parlé de vaccine sans boutons qui préservait cependant aussi bien que les autres ; je lui demanderai quelques explications à cet égard, aussi bien que sur le fait du collège de Sorèze qu'il a cité. Je crois, pour mon compte, que les revaccinations sont de date trop récente pour qu'on puisse en rien conclure.

M. Bousquet donne de nouvelles explications sur le fait passé au collège de Sorèze, qu'il a invoqué dans la précédente discussion à l'appui de ses opinions. A Oran, ajoute-t-il, M. le docteur Dugua, qui ne croyait pas à la dégénérescence du virus et à l'efficacité des revaccinations, a été converti par un fait non moins intéressant. Une épidémie de variole se déclara dans la ville ; M. Dugua

voit bientôt un grand nombre d'individus vaccinés être atteints comme ceux qui ne le sont pas, mais à un moindre degré. Alors il revaccine toute la population, et la dernière revaccination était à peine pratiquée que l'épidémie était éteinte.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

COMPTE-RENDU DES TRAVAUX.

Torticollis à la suite d'une application de sangsues. — Hallucinations.

M. Camus présente à la Société une petite fille affectée d'un torticollis du côté gauche survenu à la suite d'une application de sangsues qui fut faite, il y a deux ans, sur le côté droit de la nuque pour une maladie dont la nature n'est pas déterminée.

M. Bouvier : Ce cas est intéressant sous le point de vue du diagnostic. Les faits de ce genre sont encore peu connus de la plupart des praticiens. Chez la jeune fille qui vous est soumise, la tête est inclinée à gauche, et elle a subi un mouvement de rotation de gauche à droite. On éprouve de la résistance lorsqu'on essaie d'incliner la tête sur le côté droit, et lorsqu'on veut imprimer un mouvement de rotation de droite à gauche.

Au premier aspect, on est porté à croire que la difformité dépend d'une rétraction du muscle sterno-mastoïdien du côté gauche; *M. Bouvier* ne pense pas qu'il en soit ainsi. En effet, dit-il, le muscle sterno-mastoïdien du côté gauche n'est pas soulevé, et ne forme pas une corde inflexible, quoiqu'il soit assez résistant; il n'est pas non plus visible à l'extérieur.

Quand on imprime à la tête un mouvement de rotation de droite à gauche, la jeune malade se plaint d'une douleur à droite vers les apophyses articulaires des vertèbres cervicales; elle ne souffre pas au niveau du muscle sterno-mastoïdien. En conséquence, M. Bouvier pense que, dans ce cas, la déviation de la tête est due non à la rétraction du muscle sterno-mastoïdien, mais à une affection des articulations des vertèbres cervicales. Dès lors, la section du muscle sterno-mastoïdien ne remplirait pas ici l'indication principale et ne donnerait aucun résultat avantageux. Il faut avant toutes choses, attaquer l'affection des articulations vertébrales; il peut, sans doute, arriver qu'on soit obligé, dans des cas analogues, d'agir et sur le muscle raccourci et sur les articulations vertébrales. Dans le cas qui nous occupe, dit M. Bouvier, la section du muscle sterno-mastoïdien ne sera pas nécessaire. La maladie est bornée aux surfaces articulaires, il n'existe d'ailleurs pas de lésion dans le corps des vertèbres comme dans les tumeurs blanches des vertèbres cervicales dont M. A. Bérard a parlé dans sa thèse avec beaucoup de détails.

M. Jolly est disposé à admettre que l'application de sangsues qui fut faite, il y a deux ans, sur la nuque, pourrait fort bien ne pas être étrangère à la maladie dont il s'agit. La piqûre des sangsues lui a paru dans un cas analogue amener le même genre d'accident chez un enfant auquel il a donné des soins.

M. Bouvier : Le cas dont vient de parler M. Jolly est distinct de celui présenté à la société; il s'agit dans le fait de M. Jolly d'une névralgie due à la piqûre des sangsues, névralgie qui a provoqué la contraction plus ou moins permanente du sterno-mastoïdien.

J'ai vu, continue M. Bouvier, l'existence simultanée

d'une rétraction musculaire, d'une névralgie et d'une lésion des articulations des vertèbres cervicales.

M. Bérard pense que chez la jeune fille présentée par *M. Camus* à la société, la maladie se lie à une lésion des vertèbres cervicales. La rétraction musculaire lui paraît, comme à *M. Bouvier*, étrangère à l'affection de cet enfant. Suivant lui, il existe ici une tumeur blanche des articulations des vertèbres cervicales sur une des moitiés latérales de la colonne vertébrale.

M. Bérard pense que le traitement devra consister dans l'application des moyens mécaniques et des révulsifs.

M. Bouvier fait remarquer que son opinion diffère peu de celle de *M. Bérard*; seulement, il ne pense pas, comme ce dernier, qu'il y ait ici du gonflement dans les vertèbres cervicales. Suivant *M. Bouvier*, la tumeur existant en arrière et du côté droit, est due à la rotation forcée de la tête sur la colonne vertébrale. Au reste, ajoute *M. Bouvier*, les moyens mécaniques pourront servir à éclairer le diagnostic; ils suffiront pour faire disparaître la saillie de la colonne vertébrale s'il n'y a qu'une simple affection des surfaces articulaires.

M. Bouvier promet à la société de la tenir au courant des suites de cette observation.

Rapport fait à la Société sur un mémoire de *M. Baillarger*, intitulé :
FRAGMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES HALLUCINATIONS, par une commission composée de *MM. Deleens, Roche et Prus*, rapporteur.

(Imprimé par décision de la Société.)

MESSIEURS,

L'attention soutenue que vous avez prêtée à la lecture du Mémoire que vous a présenté dernièrement *M. le docteur Baillarger*, médecin des aliénés de la Salpê-

rière (1), m'est un sûr garant du souvenir que vous avez conservé et du sujet intéressant de ce Mémoire et de la manière lucide dont il a été traité. Vous avez chargé une commission composée de MM. Roche, Delens et moi de vous rendre compte de ce travail. C'est au nom de cette commission que je vais avoir l'honneur de vous soumettre l'analyse du Mémoire de M. Baillarger, analyse dans laquelle je ferai entrer quelques remarques et quelques faits que je livrerai à votre appréciation.

Convaincu qu'une science n'est faite que quand chaque chose peut être indiquée par un mot auquel on attache un sens précis et clair, Esquirol a rempli une véritable lacune lorsqu'il a désigné par le mot *hallucination*, l'état d'un homme en délire, qui a la conviction intime d'une sensation perçue, alors que nul objet extérieur propre à produire cette sensation, n'est à portée de ses sens. Depuis longtemps les hallucinations de la vue avaient reçu le nom de *visions*. Mais ce nom ne convenait qu'à une espèce d'hallucination ; il manquait un terme générique. Qui aurait osé dire : les visions de l'ouïe, du goût, de l'odorat, du toucher ? Le mot hallucination n'ayant pas d'acception restreinte, convient à toutes les variétés de délire qui supposent la présence d'un objet capable d'impressionner l'un des sens, quoique rien de semblable n'existe dans les conditions nécessaires à la production d'une sensation.

La dernière édition du Dictionnaire de l'Académie, définit ainsi une hallucination : « C'est l'illusion d'une personne qui croit avoir des perceptions qu'elle n'a pas réellement. »

M. Lélut n'admet pas cette définition, il veut, avec Crichton, qu'on distingue les illusions des sens des hal-

(1) Ce mémoire a été publié dans la *Revue médicale*, cahier de janvier 1842.

lucinations proprement dites. Les premières sont de fausses perceptions nées à l'occasion de l'action des objets extérieurs sur les surfaces sensibles, ou, ce qui est plus rare, par l'effet d'une maladie de ces mêmes organes. Les hallucinations, au contraire, n'ont lieu que lorsque le malade a la conscience d'une perception sans que rien agisse sur les organes des sens, et sans que ceux-ci soient aucunement altérés. Cette distinction est certainement bien fondée. Toutefois, il faut reconnaître qu'elle n'est pas toujours d'une application facile. Souvent, en effet, il existe si peu de rapport entre la perception et l'objet extérieur ou la lésion organique qui en a été l'occasion, qu'on peut conserver des doutes sur la question de savoir s'il y a fausse sensation ou hallucination véritable.

La définition donnée par Esquirol ne préjuge rien, comme le dit très-bien M. Baillarger, sur le mode de formation des hallucinations; elle constate, mais elle n'explique pas le phénomène.

M. Lélut, dans son ouvrage si savant et si curieux, intitulé : *le Démon de Socrate*, est allé plus loin. Frappé de la ressemblance ou du moins de l'analogie qui existe ordinairement entre les préoccupations habituelles des aliénés et leurs hallucinations, il pense que celles-ci ne sont que *les idées transformées en sensations*, ou si l'on veut encore, c'est toujours M. Lélut qui parle, *les hallucinations sont des transformations spontanées de la pensée en sensations*, le plus souvent externes, une sorte de *délire sensorial*, dont les *illusions* ne sont la plupart du temps que le premier degré.

Cette nouvelle vue est un véritable progrès, dit M. Baillarger. Je partage entièrement cette opinion, si M. Baillarger voit le progrès dans cette observation, fruit d'une longue et habile expérience, savoir, que les hallu-

cinations des aliénés sont ordinairement dans un rapport évident avec les idées favorites, persistantes de ces maladies. On conçoit, en effet, que cette remarque importante mène à l'appréciation plus exacte de l'état mental de certains aliénés et aussi des moyens de traitement les plus convenables. Mais, si M. Baillarger applaudit à cette locution : *transformation d'une idée en sensation*, je serai d'un avis opposé à celui de mes deux honorables confrères.

Il y a hallucination chez un individu quand il a la conscience de la perception d'une sensation, quoiqu'aucun objet extérieur n'ait impressionné celui de ses sens auquel se rapporterait cette sensation. Il n'y a chez l'halluciné ni plus ni moins que cela. Dire qu'une idée se transforme alors en sensation, c'est se servir d'une expression métaphorique qui n'est pas suffisamment rigoureuse, et qui, d'ailleurs, serait loin de pouvoir s'appliquer à toutes les hallucinations. Qu'on veuille bien examiner sévèrement les faits et réfléchir aux conséquences qu'on est en droit d'en tirer, et l'on verra que s'il y a fréquemment une grande analogie entre les idées dominantes des aliénés et les objets de ses hallucinations, presque jamais, à moins de tenir compte de faits tout à fait exceptionnels, il n'y a ressemblance parfaite, encore moins identité. Cette identité constante entre l'objet de l'idée et celui de l'hallucination serait cependant nécessaire pour qu'on fût fondé à dire que l'hallucination est la transformation de l'idée en sensation.

Une autre objection non moins décisive contre la définition de M. Lélut, c'est que la sensation suppose l'action d'un sens, tandis que le caractère essentiel de l'hallucination, d'après M. Lélut lui-même, est de n'avoir lieu qu'autant que le sens auquel elle se rapporte est dans

l'inaction. L'hallucination est une perception sans sensation. Le but de ces réflexions est uniquement de montrer pourquoi l'expression métaphorique de M. Lélut n'est pas suffisamment exacte. Je ne veux aucunement nier, je le répète, la relation qui existe souvent entre les idées habituelles de l'aliéné et ses hallucinations.

Je pense fermement, au contraire, que M. Baillarger a fait une chose utile à la science, en démontrant par des observations détaillées et concluantes, que les idées qui absorbent l'attention de l'aliéné sont souvent la cause déterminante des hallucinations. Les deux faits exposés dans le premier fragment du Mémoire qu'il vous a lu, font parfaitement voir le rapport qui a existé entre les préoccupations des malades et leurs hallucinations.

Je puis moi-même citer quelques exemples qui confirmeront cette vérité.

M. le professeur Moreau (de la Sarthe) a connu une jeune fille dont la maladie commença par la préoccupation continuelle de l'idée et de la crainte des peines éternelles qu'elle croyait avoir encourues en cédant à un penchant trop tendre. La monomanie graduellement amenée par l'exagération de ces terreurs, se déclara d'une manière positive dans un rêve pendant lequel cette jeune personne crut voir et entendre un messager du ciel qui lui annonçait sa damnation éternelle et celle de sa famille.

Un jeune homme s'était mal conduit envers sa mère ; il était en proie à des remords qui le tourmentaient sans cesse. Un jour, voulant se distraire, il prit un roman : mais la seule phrase qu'il put apercevoir à chaque page fut celle-ci : *tu es un enfant dénaturé* ; — il résista longtemps à cette hallucination, mais enfin il perdit entièrement la raison.

Le Tasse, dominé par l'imagination la plus brillante, croyait avoir un génie particulier qui lui apparaissait de temps en temps et avec lequel il s'entretenait. Un jour qu'il causait avec un de ses amis, il parut tout à coup distrait et porta ses regards vers une fenêtre : le voilà, le voilà, s'écria-t-il ; regardez, écoutez, et vous ne pourrez plus avoir aucun doute. L'ami regarda et ne vit rien ; mais il entendit le poète qui parlait à haute voix tantôt pour répondre, tantôt pour interroger, et toujours avec une élévation de sentiments, une abondance d'idées, une élégance, une noblesse d'expression également remarquables.

Une jeune fille de 20 ans, fortement constituée, se livrant aux travaux de la campagne, se croyait ensorcelée depuis qu'un prétendu sorcier était entré dans la maison de son père, où elle vivait auparavant très-tranquille. Selon elle, le diable était logé dans sa poitrine, et voulait à chaque instant l'étouffer en fermant l'ouverture pharyngienne ; de là des convulsions très-violentes. Les règles s'étant supprimées lors de l'impression qu'avait produite la vue du sorcier, je prescrivis une large application de sangsues à la vulve ; je conseillai ensuite des bains tièdes et des boissons antispasmodiques. Je priai en outre le curé du village de vouloir bien user de son ascendant pour persuader à la malade que ses prières avaient chassé le diable. En peu de jours, les symptômes les plus graves perdirent beaucoup de leur intensité ; mais le délire et les convulsions ne cessèrent entièrement que par une abondante éruption des règles, véritable crise tout à fait analogue à celles qui ont fait dire à Hippocrate dans un de ses aphorismes : *Insanientibus si varices aut hemorrhoides supervenerint, insanie fit solutio.*

Cette dernière observation est remarquable en ce que l'idée superstitieuse qui a donné lieu à l'hallucination a

amené ce singulier phénomène presque au même moment où elle-même a pris naissance. C'est parce que la crainte du diable s'est emparée de l'esprit de la malade que les accidents ont été si précipités. La crainte d'une mort prochaine et inévitable peut agir de la même manière.

En 1794, madame la duchesse de Grammont fut amenée à l'hôtel de la Petite-Force. Elle fut placée dans la même chambre qu'avait occupée l'infortunée princesse de Lamballe. Au moment où la concierge entre pour la visiter, madame de Grammont se figura voir auprès d'elle M. de Cazotte, devenu si célèbre par la grande sagacité avec laquelle il prévint toutes les catastrophes de la révolution de 1789. « Eh! que me veut ce bon homme? dit-elle assez haut pour être entendue, vient-il encore renouveler ses indiscrettes et sinistres prédictions? » Toutes les personnes qui étaient près de madame de Grammont témoignèrent un grand étonnement, ne voyant devant elle que la concierge. Bientôt elle reprend, en s'adressant de nouveau à M. de Cazotte : « Commentavez-vous pénétré ici? qui vous en a donné l'ordre? est-ce madame? » en arrêtant ses yeux sur la concierge, qui se croyait poursuivie par l'ombre de M. de Cazotte, qu'elle savait mort. — Le lendemain, madame de Grammont n'existait plus.

Vous voyez, messieurs, que je me suis attaché à multiplier les preuves de la vérité signalée par M. Lélut, et fortifiée par M. Baillarger. Je dois toutefois me hâter d'ajouter que les idées dominantes des aliénés sont loin d'être la seule cause des hallucinations. Cette opinion est aussi celle de M. Baillarger; car, dans le second fragment de son mémoire, il s'occupe des *hallucinations par reproduction des sensations vives antérieures*. Ici encore les exemples qu'il a recueillis sont extrêmement intéressants; ils établissent parfaitement comment une sensation

vive antérieure peut être le point de départ, la cause de certaines hallucinations. C'est également avec raison que, dans les réflexions que lui suggère un des faits rapportés, il fait ressortir toute l'influence de certaines associations d'idées sur la production d'un grand nombre d'hallucinations.

Permettez-moi de vous présenter une observation bien remarquable sous ce rapport.

Un jeune homme natif de l'île Sainte-Lucie, et qui a demeuré à Paris il y a quelques années, se trouva un jour seul dans une forêt de son pays. Pendant qu'il marchait, il s'aperçut tout à coup que son chapeau venait d'être jeté à terre. Aussitôt il regarda au-dessus de lui, et vit un énorme serpent suspendu par une branche; à cette horrible vue, il tomba en syncope. Depuis cet événement, telle est dans son esprit la liaison de l'idée de forêt et de celle de serpent, qu'aussitôt qu'il se trouve au milieu d'arbres élevés et touffus, il revoit le redoutable reptile, et se sent encore prêt à tomber en syncope.

Pour citer un exemple d'un genre plus gracieux, je pourrais rappeler que Pétrarque ne voyait jamais un laurier sans se représenter sa belle maîtresse et sans éprouver à cette vision tous les transports de la passion la plus véhémence.

Toutes les hallucinations dont M. Baillarger nous a donné l'histoire se rapportent aux deux causes déjà indiquées, les idées habituelles ou dominantes des aliénés, et des sensations vives antérieures; cependant d'autres causes assez nombreuses peuvent aussi déterminer des hallucinations qui ne se rangeraient pas dans les deux groupes présentés par M. Baillarger.

Quelquefois des convulsions, dont il serait impossible

d'indiquer exactement l'origine, sont suivies d'hallucinations bien évidentes.

Une demoiselle de 17 ans, blonde, n'ayant jamais été malade, est prise, sans cause appréciable, de convulsions générales et très-fortes. Bientôt la malade, étrangère à tout ce qui l'entoure, quoique les yeux fussent bien ouverts, donne toute son attention à des personnages imaginaires, et leur parle avec la plus grande volubilité. Cet accès se renouvela tous les jours pendant six semaines. Chaque conversation était parfaitement liée dans toutes ses parties, et faisait facilement voir le rôle que la malade prenait dans son entretien avec les interlocuteurs qu'elle supposait exister.

L'usage immodéré des liqueurs spiritueuses peut aussi donner de véritables hallucinations.

J'ai donné des soins à un homme de 30 ans, d'un tempérament athlétique, tonnelier, chez lequel l'abus de l'eau-de-vie a amené graduellement un tremblement continu des membres et un trouble marqué dans les facultés intellectuelles. Une nuit, il s'imagina qu'on avait percé une porte derrière son lit, qu'il y avait dans la chambre où il couchait des oiseaux qui voltigeaient, des chats qui se battaient. Malgré tout ce que put lui dire sa femme pour dissiper ces hallucinations, il se leva, alluma une chandelle, alla chercher sa mère, qui demeurait dans une maison voisine, pour lui montrer la réalité de ses visions.

Qui n'a entendu parler de l'espèce de délire appelé *calenture*, et que les médecins ont observé assez fréquemment chez les marins qui naviguent *sous une température très-élevée*? Les malades atteints de ce délire croient tout à coup voir de vastes prairies, des campagnes bien plantées, etc.

1843. *Septembre*. T. III.

Une singularité digne de remarque, c'est que le froid peut faire naître un délire analogue à la *calenture*. La plupart des Français que le froid moissonna par milliers dans la Russie tombèrent d'abord dans une espèce de somnolence accompagnée de rêveries profondes et assez agréables; je me suis trouvé moi-même dans cet état, pendant la campagne de 1814, vers les derniers jours de janvier. Le corps d'armée auquel j'étais attaché s'étant arrêté à deux lieues au-delà de Troyes, je le quittai pour me rendre à cette ville, dans l'intention de donner des soins à un officier de mes amis qui avait été grièvement blessé dans la journée. A peine avais-je fait une lieue par le froid le plus rigoureux auquel j'eusse été exposé de ma vie, que je m'aperçus que je n'étais pas dans une disposition normale. Je marchais plutôt par habitude que par la force de ma volonté; tout mon corps me semblait d'une légèreté extraordinaire. Connaissant la cause et le danger de cet état, je voulus, mais en vain, hâter ma marche; ce qui me gênait davantage, c'est que mes yeux se fermaient à chaque instant et malgré moi. Alors j'étais assiégé par une foule d'images gracieuses, je me croyais transporté dans des jardins délicieux; je voyais par la pensée des arbres, des prairies, des ruisseaux. J'éprouvais un sentiment de fraîcheur fort agréable; cependant, à force de lutter contre ce dangereux penchant au sommeil et après une marche longue et pénible, j'arrivai enfin à Troyes. Le lendemain, j'appris que plusieurs soldats, qui, dans cette même nuit, s'étaient abandonnés à ce sommeil trompeur, étaient morts de froid sur la route.

Une religion plus ardente qu'éclairée, les passions et surtout les passions tristes, des chagrins violents, une conscience troublée par les remords, une continence sévère, certaines plantes de la famille des solanées sont au-

tant de causes productrices des hallucinations, ce que je pourrais prouver par des faits nombreux si je ne craignais de donner trop d'étendue à ce rapport. Je me bornerai à vous présenter deux observations qui me semblent dignes d'intérêt, l'une parce que la cause me paraît avoir résidé dans un organe des sens, l'autre parce qu'elle nous montre un homme, jouissant d'ailleurs de toute sa raison et de la plénitude de la santé, tourmenté par les hallucinations les plus bizarres.

Cullen a connu une dame, qui, ayant été longtemps tourmentée de maux de nerfs, vint enfin à croire qu'elle était constamment environnée de démons et de spectres, quoi qu'en plein jour et lorsqu'elle avait les yeux bien ouverts. On regarda ce phénomène comme annonçant une affection du cerveau et on la traita en conséquence, mais sans succès. Un jour que, dans son désespoir, elle courait avec fureur dans son appartement, quelqu'un, en cherchant à l'arrêter, mit par hasard la main sur un de ses yeux ; à l'instant tous les symptômes s'évanouissent et la malade devient parfaitement tranquille. Mais au moment où on ôta la main, elle revit ces mêmes objets. Cette expérience ayant été répétée plusieurs fois, on trouva un moyen bien simple de remédier à ce mal. Ce fut de couvrir quelque temps cet œil de manière à ce qu'il ne reçût pas la lumière. Delaroche, qui rapporte ce fait dans son ouvrage intitulé, *Analyse du système nerveux*, ajoute que son ami le Dr Butin lui a raconté un fait très-analogue.

L'autre observation est due à M. le docteur Savary, qui l'a consignée dans un curieux mémoire ayant pour titre : *Faits pour servir à l'histoire des lésions des facultés intellectuelles*.

Rousard, charpentier, âgé de 47 ans, ayant toutes les apparences d'une bonne santé, est tourmenté d'une mul-

titude d'idées insolites et extravagantes : il croit souvent planer dans les airs ; il parcourt par la pensée des campagnes riantes, de grands appartements, de vieux châteaux, des bois, des jardins. D'autres fois, il voit des personnes lui parler, passer et repasser devant lui, sauter par la fenêtre, descendre par le plafond, sortir par des trous pratiqués dans la muraille. Tous ces fantômes n'empêchent pas le malade de raisonner juste. Il se rappelle toutes ses visions fantastiques, en rit le premier sans cependant pouvoir s'y soustraire.

Est-il besoin d'ajouter, messieurs, que toutes les causes indiquées plus haut amèneront d'autant plus facilement des hallucinations, qu'elles rencontreront des sujets doués d'une plus grande irritabilité nerveuse. C'est de ces sujets que parlait Lorry lorsqu'il disait, dans son latin aussi élégant qu'expressif : *Miserimi homunciones a recto tramite perpetuò dejiciuntur quòd et acutiùs sentiant et undique pateant causis continuò occurrentibus. Hinc fit ut faciliè ab ingruentibus imaginationis figmentis toti detineantur eaque ante oculos semper versentur.*

Messieurs, je serais tenté de réclamer votre indulgence pour l'étendue qu'a déjà prise ce rapport, si je ne savais que je parle devant des hommes qui connaissent toute l'importance de la médecine mentale, non seulement pour l'étude et le traitement de la folie, mais aussi pour l'étude et le traitement d'une foule d'autres maladies. Malheur au praticien qui n'a pas profondément réfléchi sur l'influence si puissante de nos facultés affectives et intellectuelles ! Combien de désordres maladifs dont la cause et par conséquent les moyens de traitement lui échappent ! Combien de symptômes inexpliqués viendront à chaque instant obscurcir, fausser le diagnostic ! Ce n'était pas seulement aux médecins chargés de traiter les

aliénés que s'adressaient Gaubius (*De regimine mentis quod medicorum est*), F. Hoffmann, (*de animo sanitatis fabro*) et tant d'autres médecins anciens et modernes qui ont compris la nécessité d'une étude approfondie de nos passions et de nos facultés intellectuelles. Revenant aux hallucinations, je dirai que ce phénomène si bizarre ne doit pas être regardé par le médecin comme un objet de simple curiosité.

Quelquefois une hallucination constitue seule la folie. Si vous parvenez à détruire la première, la seconde cessera à l'instant. Esquirol a guéri un démonomane qui croyait avoir le diable dans une oreille, en lui persuadant que le diable ne pourrait résister à une douche. La douche chassa en effet le diable, et le malade fut guéri.

Si la folie est rarement d'une nature aussi simple et d'une guérison aussi facile, souvent au contraire les hallucinations ajoutent singulièrement à la gravité, au danger du délire maniaque ou monomaniacal.

Un aliéné de Bicêtre, calme depuis plusieurs mois, est tout à coup agité pendant un tour de promenade. Ses yeux deviennent étincelants et comme hors des orbites ; son visage, le haut du col et de la poitrine sont aussi rouges que le pourpre ; *il croit voir le soleil à quatre pas de distance* ; il dit éprouver un grand bouillonnement dans la tête. D'où viennent cet afflux du sang vers les parties supérieures, ce sentiment de bouillonnement dans la tête, si ce n'est d'une forte impulsion donnée au cerveau par l'idée du soleil à quatre pas ?

Un autre fait dont j'ai également été témoin à Bicêtre montre jusqu'à quel point certaines hallucinations sont dangereuses pour les malades et pour les personnes qui les entourent.

Quelques jours avant le 20 mars 1815, dans le mo-

ment où on venait d'apprendre le débarquement de Napoléon et de ses compagnons d'armes, le nommé L..., cordonnier, d'un tempérament nerveux, âgé de 35 ans, s'imaginait être protégé par l'ange Gabriel, et conçut un projet qui devait mettre fin aux jours de l'empereur. La garde nationale des environs de Paris devait se joindre à celle de cette ville; à l'approche de Napoléon toutes ces troupes devaient se réunir et l'envelopper. C'est alors que L..., à la tête de quelques braves, et aidé de son bon ange Gabriel, devait se précipiter sur l'ennemi commun et le poignarder. Tel était le plan que L... ne craignait pas de communiquer, le 21 mars 1815, dans les rues de Paris, à tous ceux qui voulaient l'entendre, lorsque la police le fit conduire à Bicêtre, comme atteint d'aliénation mentale. La manie fut d'abord si furieuse qu'on jugea à propos de l'enfermer dans une loge. Cet état d'exaltation persista pendant trois jours, au bout desquels le malade commença à déplorer sa pénible situation. Comme il parlait toujours de son bon ange Gabriel, Hébréard, alors chargé du service, l'engagea à prier son puissant protecteur de le tirer de la loge où il était renfermé. L... suivit ce conseil avec enthousiasme. A la visite du lendemain, le miracle n'ayant point eu lieu, le médecin insista sur le peu de confiance qu'il devait avoir dans l'ange Gabriel qui répondait si mal à ses prières. Frappé de cette remarque, il se tut. Dès lors son état s'améliora sensiblement; il lui fut même permis de se promener dans les cours. Cette tranquillité dura peu: car, le 30 mars, L... étant couché sur l'herbe au milieu de quelques aliénés, fixa tout à coup ses regards vers le ciel: Oui, mon bon ange Gabriel, s'écria-t-il, je vous vois, je vais vous suivre. Dans la crainte qu'il ne commit quelque méprise funeste, on le mit de nouveau dans une loge. Depuis cette dernière hallucination, la

manie devint franchement intermittente et présenta le type tierce. Le quinquina mis en usage demeura sans effet. Enfin, le 24 avril, épuisé et cependant délirant toujours, il termina ses souffrances et sa vie.

Les hallucinations qui, comme nous venons de le voir, peuvent aggraver certaines maladies mentales, peuvent aussi produire des maladies convulsives.

Le jeune P..., âgé de 9 ans, d'une bonne constitution, élevé dans toute la simplicité de la campagne, a vu dans un spectacle un diable qui a produit sur lui la plus grande impression. Quelques jours après, il rêve que ce diable saute sur lui, et au même instant il est pris de la chorée la plus violente. Cette maladie n'a cédé au traitement que j'ai conseillé qu'après trois mois de soins moraux et physiques.

Une jeune fille, âgée de 9 ans, s'amuse à fixer le soleil, et après quelques minutes, elle voit au milieu de cet astre une grosse tête noire; elle s'effraie et le soir même, en racontant à sa mère ce qu'elle a vu, elle est prise du premier accès d'épilepsie (Maisonneuve, Recherches sur l'Épilepsie). Sauvages établit que sur dix épilepsies, six au moins sont produites par la peur. Peut-être ne se tromperait-on pas en disant que la moitié de ces six est due à des terreurs imaginaires, bien plus redoutables dans leurs effets sur l'économie que les craintes fondées sur des objets réels.

Une cause assez puissante pour produire de tels désordres, pourra, on le conçoit facilement, agir d'une manière bien fâcheuse même chez les malades atteints d'affections qui ne sembleraient pas devoir en être aggravées.

Un élève d'Hildebrand, qui, avant d'être attaqué du typhus contagieux, avait assisté à la représentation d'un

opéra intitulé : le Miroir d'Arcadie, se crut, pendant un délire de sept jours, chargé du rôle de preneur de vipères. Il serait impossible d'exprimer les terreurs, les angoisses auxquelles il était en proie lorsqu'il lui fallait saisir le reptile qu'il avait en horreur.

Qui pourrait penser que de semblables tourments n'ont pas ajouté au danger de la maladie !

J'ai été témoin d'un fait analogue et non moins remarquable :

Le 28 octobre 1823, le nommé V..., boulanger, âgé de 40 ans, menant habituellement une vie fort tranquille, alla se distraire à un spectacle dans lequel il fut fortement électrisé par une femme qui fit ensuite des tours d'adresse. A la sortie du spectacle, V... éprouva un refroidissement. Le lendemain, je le trouvai atteint d'une pneumonie de tout le lobe inférieur droit. Quatre saignées pratiquées en deux jours prévinrent l'hépatisation. Le troisième et le quatrième jour on n'entendait qu'un léger râle crépitant de retour. La percussion donnait un son égal des deux côtés de la poitrine ; l'expectoration qui d'abord avait été sanguinolente, était simplement muqueuse et bien aérée. Le pouls ne donnait que 80 pulsations. En un mot, le malade semblait toucher à la convalescence, lorsque, sans aucun symptôme nouveau, il se plaignit amèrement d'une sorcière qui se plaisait à le tourmenter. Tantôt elle détachait le papier qui tapissait les murs de sa chambre ; tantôt elle l'accablait de coups. Malgré tous les moyens révulsifs et calmants mis en usage, cette hallucination persista, constituant seule le délire, agitant, fatiguant extrêmement le malade. Sa mort arriva neuf jours après l'invasion de la maladie, et après que déjà depuis trois jours il n'existait plus aucune trace de l'affection pulmonaire.

Je vous laisse, Messieurs, le soin de tirer de cette observation les conséquences qui en découlent naturellement. Je me hâte d'arriver à quelque chose de plus consolant, je veux parler de quelques effets heureux qui paraissent devoir être rapportés à certaines hallucinations.

De combien de spasmes, de combien d'accidents seraient exempts les malades qui doivent subir une opération, si on pouvait prévenir la douleur dont la seule appréhension est un si grand mal pour tant d'opérés ? L'esprit, fortement occupé, absorbé par des objets sans réalité, ou regardés comme présents quoique absents, a quelquefois prévenu le sentiment de la douleur. L'exaltation du sentiment religieux peut avoir le même effet.

J'ai opéré, dit Percy (art. douleur, *Dict. des Scien. méd.*), d'un anévrysme considérable de l'artère poplitée un directeur de séminaire, qui, quoique jeune encore et assez impressionnable, supporta l'opération très-compiquée et très-longue, avec un silence et un calme aussi imperturbable que si je l'eusse faite à un autre, et qu'il n'eût pas été question de lui. Tenant un crucifix dans la main, il était plongé dans une extase religieuse qui le mettait en communication avec Dieu et le rendait tout à fait étranger à la douleur.

Un soldat français, amputé d'une cuisse, en ma présence, sur le champ de bataille de Bautzen (Saxe), répond aux consolations que nous lui adressons : *Le 69^e y est passé.* Ce brave voyait par la pensée le pont que son régiment était chargé de prendre.

Sans doute, il ne serait pas prudent de s'efforcer de faire taire ainsi la douleur en produisant une telle exaltation mentale ; de graves accidents consécutifs feraient voir le danger de pareilles tentatives.

Je citerai, enfin, un fait que je suis loin de regarder comme authentique, mais qui toutefois ne manque pas de quelque vraisemblance. Il s'agit encore d'une hallucination prévenant ou du moins rendant tolérable une douleur des plus cruelles qu'on puisse imaginer.

Un brigand italien appliqué à la question pour lui faire avouer ses crimes, résiste aux tourments les plus affreux en répétant : *Ti vedo*. Echappé au gibet par cette résistance, on lui demanda l'explication de ces mots *ti vedo*, je te vois. C'était la potence, dit-il, qui frappait mes yeux et me soutenait dans la négation.

Je termine ici ce rapport déjà bien long et qui le serait encore bien davantage si j'avais cru devoir indiquer toutes les questions intéressantes que soulève le sujet dont s'est occupé M. Baillarger dans le Mémoire dont il ne vous a lu que la première partie.

La Commission vous propose : 1° d'adresser des remerciements à M. Baillarger, en l'engageant à présenter à la Société le complément de son travail; 2° de voter l'impression de son Mémoire dans le recueil de vos travaux.

VARIÉTÉS.

DISTRIBUTION DES PRIX A L'HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

La distribution des prix à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce a eu lieu cette année avec une pompe inusitée, sous la présidence de M. Martineau-des-Chesnez, conseiller d'Etat, secrétaire général du ministère de la guerre. Les officiers de santé en chef de ce royal établissement avaient convoqué à cette solennité les autorités de la science et les autorités de l'armée; toutes ont répondu à

l'appel qui leur avait été fait. On remarquait, auprès des officiers de santé des hôpitaux et des régiments de la garnison de Paris, un grand nombre de sommités académiques, scientifiques et littéraires, qui avaient compris ce qu'elles devaient de sympathies et d'encouragements à cette jeunesse studieuse qui s'élance chaque année de l'hôpital de perfectionnement pour répandre ses services sur toute l'armée.

La séance a été ouverte par M. Baudens, chirurgien en chef et premier professeur. Il a pris pour sujet de son discours l'histoire du Val-de-Grâce et les diverses transformations de ce monument, depuis sa fondation par Anne d'Autriche, jusqu'à nos jours. De l'érudition, des sentiments nobles et généreux, des allusions ingénieuses, et un style bien approprié au sujet, telles sont les qualités qui ont été remarquées dans ce discours, et qui ont captivé l'attention du savant auditoire. Ensuite M. Martineau-des-Chesnez a pris la parole, et, dans une allocution très-simple, mais très-éloquente dans sa simplicité, il a dit avec un goût exquis ce qu'il y avait à dire, et il a vraiment accordé à chacun selon son rang et selon ses œuvres : les officiers de santé d'abord, les officiers d'administration ensuite, et MM. les sous-intendants militaires, ont été tour à tour l'objet de ses éloges. On a beaucoup applaudi à ceux qui ont été adressés à M. Versial, officier comptable, directeur du Val-de-Grâce, parce que tout le monde sait combien ils sont mérités.

Voici les noms des élèves qui ont obtenu des grades, des médailles et des livres à la suite du concours annuel, qui a été, dit-on, fort brillant.

CHIRURGIE. — Premier prix : médaille d'or, livres et grade de chirurgien aide-major : M. Valette (Tharsile-André-René), chirurgien sous-aide.

PHARMACIE. — Premier prix : médaille d'or, livres et grade de pharmacien aide-major : M. Beylier (Ives-Claude), chirurgien sous-aide.

CHIRURGIE. — Deuxième prix : médaille, livres et grade de chirurgien sous-aide : M. Puel (Jean-André-Marie-Odillon), chirurgien élève.

E. A.

RÉCLAMATION.

En rendant compte dans le précédent cahier de la *Revue médicale* (Analyse des journaux, page 556) de la méthode proposée par M. Vidal (de Cassis) pour opérer la taille sus-pubienne en deux temps, nous avons dit que l'auteur préférerait le caustique à l'instrument tranchant pour l'exécution de cette opération. M. Vidal nous écrit que sa pensée n'a pas été bien comprise, et nous adresse quelques explications, que nous nous empressons de publier.

« Le caustique, dit M. Vidal (de Cassis) n'est qu'une variété de la méthode, et une variété qui, dans certains cas, n'est pas admissible. La méthode, comme d'ailleurs vous l'avez parfaitement exprimé, consiste 1° à aller d'abord jusqu'à la vessie par le bistouri ou par le caustique ; 2° à n'ouvrir la vessie qu'après avoir condensé le tissu cellulaire qui la sépare des parois abdominales.

« Cette méthode, dit encore M. Vidal, vient de réussir entre les mains habiles du docteur Monod, et cela dans un cas des plus graves, chez un sujet très-avancé en âge et porteur d'une lésion profonde des voies urinaires, qui compliquait l'affection calculuse. »

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Tableau synoptique des maladies de la peau, réunissant la concordance des classifications et nomenclatures, adoptées par Plenck, Alibert, Rayet, etc., etc., et l'Exposé des éléments étymologiques, symptomatologiques et autres qui composent l'ensemble de l'histoire des espèces dont se compose la pathologie cutanée. Par le docteur DUCHESNE-DUPARC.

Tel est (abrégé, modifié et résumé) le titre de l'œuvre de M. Duchesne-Duparc, titre qui est à lui tout seul une analyse, et que le lecteur trouvera d'ailleurs textuel et complet au *Bulletin bibliographique* du précédent cahier de la *Revue médicale*.

L'idée de présenter dans un tableau synoptique l'ensemble de la classification, de la synonymie, des caractères et du traitement, a été appliquée à la pathologie cutanée par un professeur de Berlin, M. le docteur *Isensee*, qui a proposé une nouvelle classification très-savante et très-ingénieuse des *maladies de la peau*. L'œuvre de notre compatriote, plus simple et moins ambitieuse, a l'avantage d'offrir au lecteur une étude plus facile et moins embrouillée ; car, il faut bien l'avouer, les difficultés matérielles d'exécution mettent toujours un grand obstacle à la réalisation de cette prétention de l'auteur à faire embrasser d'un coup-d'œil toutes les divisions de pareils tableaux synoptiques.

M. Duchesne-Duparc a modifié de la manière suivante la classification établie par son maître, le professeur Alibert ; il a réparti les genres morbides en onze groupes désignés par les noms de :

1. Dermites (simples, phlegmoneuses, gangréneuses) ;
2. Exanthèmes ; 3. Gourmes (dépuratoires, parasites, acciden-

telles); 4. Dartres; 5. Dégénérescences (lépreuses, cancéreuses); 6. Scrofules; 7. Scabiès; 8. Hémorrhagies cutanées; 9. Lésions pigmentaires; 10. Hypertrophies (simples, capillaires, tuberculeuses, accidentelles); 11. Syphilides.

Cette classification, comme celle d'Alibert, manque d'unité et de clarté. Sous prétexte de réunir les espèces morbides qui sont d'une nature analogue, elle méconnaît souvent les analogies de formes (bien plus faciles à saisir), et surtout elle s'éloigne du but principal qui est, selon nous, d'appliquer facilement la synonymie, et d'arriver à un diagnostic clair et précis. Ce double avantage se trouve, au contraire, dans la classification anglaise modifiée, telle qu'elle est exposée dans mon *Traité des maladies de la peau*, ce qui ne m'empêche nullement d'applaudir à l'utilité que peut avoir le *Tableau synoptique* dressé par les soins de M. le docteur Duchesne-Duparc.

GIBERT.

Nouvelle hygiène de la bouche, ou Traité complet des soins qu'exigent l'entretien de la bouche et la conservation des dents, par O. TAVEAU, médecin-dentiste, etc. Cinquième édition. In-8°, 320 pages.

Que dire d'un livre arrivé à sa cinquième édition? Nous qui ne connaissons pas les précédentes, nous pourrions en faire l'analyse comme d'une production toute neuve; mais nos lecteurs, plus avancés que nous, ne s'en arrangeraient peut-être pas, et nous avons à cœur de les satisfaire encore plus que les auteurs. J'espère pourtant qu'ils ne nous sauront pas mauvais gré de leur dire que nous avons lu le volume de M. Taveau avec quelque intérêt, qu'il nous a paru contenir de sages préceptes sur l'hygiène de la bouche, de bonnes vues pratiques sur la pathologie dentaire, et que, indépendamment de cela, nous avons été à même d'apprécier l'avantage de son mode de plombage à l'amalgame d'argent, notre opinion ne fût-elle sur tous ces points que la répétition d'opinions déjà émises par la

presse médicale sur les premières éditions du livre que nous avons sous les yeux. CORBY.

Bibliothèque du médecin-praticien, ou Résumé général de tous les ouvrages de clinique médicale et chirurgicale anciens et modernes, publiés en France et à l'étranger; par une Société de médecins sous la direction du docteur Fabre, rédacteur en chef de la Gazette des hôpitaux; 3^e livraison. A Paris, au bureau de la Gazette des hôpitaux, r. Dauphine, 22-24.

Cette troisième livraison termine les maladies des organes génitaux de la femme, en même temps qu'elle complète le premier volume de la *Bibliothèque du médecin-praticien* (1). Elle est entièrement consacrée à la continuation des affections de l'utérus et de ses annexes.

Nous avons lu avec plaisir, et nous signalons, parmi les articles qui composent cette livraison, le chapitre relatif à la *leucorrhée*, et à son traitement hygiénique et médical; celui relatif aux *corps fibreux de la matrice*, dans lequel sont fondus les beaux travaux de Bayle, de M. Roux, et les derniers travaux de M. Amussat sur ce sujet; les articles *polypes de la matrice*, d'après la classification de M. Gerdy, modifiée par M. Vidal, et *cancer de la matrice*. Ce dernier article résume les principaux travaux anciens et modernes, notamment ceux de Bayle, madame Boivin et Dugès. On voit que l'auteur de l'article s'est imbu de leurs ouvrages, et qu'il a puisé à bonnes sources. L'exposé qu'il fait du cancer utérin est empreint de la plus grande exactitude; il est emprunté, en effet, à Bayle, qui l'a copié sur la nature, et ceux qui ont connu ce célèbre médecin savent comment il s'acquittait de ce rôle.

Avant de passer aux maladies du col utérin, l'auteur a consacré quelques pages aux autres dégénérescences de la matrice, aux tubercules et aux hydatides de cet organe. *Les maladies du*

(1) Voir les notices sur les précédentes livraisons dans les numéros de juin et avril 1843.

col, bien plus fréquentes que celles du corps de l'utérus, sont exposées avec beaucoup de développement. Parmi elles, les rougeurs, les engorgements et les ulcérations si communes chez les femmes, les polypes et les cancers du col ont été exposés d'une manière toute pratique. Les affections des trompes utérines et des ovaires terminent cette troisième livraison qui complète elle-même le premier volume.

L'histoire des maladies propres à la femme n'ayant point été complètement terminée dans ce premier volume, nous espérons voir dans la livraison prochaine, qui commencera le deuxième volume, le complément de ce sujet. Il n'a point encore été question, en effet, dans les trois livraisons dont nous avons rendu compte, des maladies du sein, de l'hystérie, de la chlorose, des dérangements de la menstruation, etc., autant de sujets qui intéressent la pratique journalière de la médecine, et qui ne sauraient être omis sans une lacune dans la Bibliothèque du médecin-praticien.

G. V.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

De la physiologie dans ses rapports avec la philosophie, par J.-J. VIEEY, docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre de l'Académie royale de médecine, ancien professeur d'histoire naturelle et médicale à l'hôpital de Perfectionnement, au Val-de-Grâce et à l'Athénée de Paris, etc., etc. — 1 vol. in-8°. Prix : 7 fr. Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'École-de-Médecine, n° 17. A Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

Imprimerie de Hauquelin et Bautruche, r. de la Harpe, 90.

REVUE MÉDICALE.

(Octobre 1843.)

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

RAPPORT

FAIT A LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

SUR LES DEUX PREMIÈRES LIVRAISONS D'UN RECUEIL PÉRIODIQUE INTITULÉ :

*Annales des maladies de la peau
et de la syphilis,*

PUBLIÉES PAR ALPHÉE CAZENAVE,
MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS.

Avec cette épigraphe :

Periculosum est credere et non credere.

L'auteur de cette publication nouvelle s'est proposé le double but d'étudier la physiologie pathologique des maladies de la peau (ce sont ses expressions), et d'éclairer les questions encore obscures qui se rattachent à l'étiologie, à la symptomatologie et au traitement de la syphilis.

Des faits bien observés, une discussion raisonnée des théories et des faits, des essais thérapeutiques rationnels, telle est la triple voie qu'il se propose de parcourir pour atteindre ce but. Pour ce qui a trait à la syphilis, l'auteur

1843. Octobre T. III.

11

s'est adjoint comme collaborateur M. le docteur Castelnau, ex-élève de l'hôpital des Vénériens (hommes), se réservant à lui seul tout ce qui se rapporte à la pathologie cutanée.

Un premier article dogmatique sur les maladies de la peau occupe les premières pages des deux numéros qui nous ont été remis, et porte le titre suivant, qui en indique le but et l'esprit :

« Quelques considérations sur le siège anatomique des maladies de la peau. Des indications que la connaissance de ce siège peut fournir sur la nature de ces affections et sur le traitement qui leur convient. »

S'il y a en pathologie un axiome avéré, selon moi, c'est celui-ci : le siège, la forme, l'élément anatomique (si l'on veut) d'une maladie ne peut absolument rien préjuger sur la nature et la thérapeutique de cette maladie.

Et pour ne pas sortir de la pathologie cutanée, qu'importent, je le demande, à la nature et au traitement de la *pustule maligne* la forme pustuleuse qu'elle revêt, l'élément anatomique de la peau qui peut être considéré comme le siège principal de l'éruption ? qu'importe à la nature et au traitement d'une pustule d'*ecthyma simplex* comparée à la pustule qui se développe à la suite de l'inoculation artificielle du virus syphilitique, ou d'une vésicule d'*eczema* comparée à une vésicule de *gale*, ou d'une bulle de *pemphigus* comparée à celle que peut provoquer l'action de la chaleur ou celle des cantharides... qu'importe, dis-je, la considération de l'élément anatomique affecté ?

Second axiome, qui découle du premier : ce n'est, en aucune façon, sur la considération de l'élément anatomique des maladies que peuvent se fonder les indications thérapeutiques.

Dès lors que devient la prétention de l'auteur, de tirer de l'étude des considérations *anatomiques* des indications relatives à la nature et au traitement des maladies de la peau?

Que sera-ce donc si j'ajoute, que, de l'aveu de l'auteur lui-même, ces considérations prétendues positives et *anatomiques* ne se composent guère que de suppositions et de probabilités... ainsi qu'on pourra en juger par le passage suivant, qui termine l'article dont j'ai exposé le titre ci-dessus :

« Je n'ai assurément pas démontré le siège de toutes les affections de la peau... Je sais bien, que, quand même les considérations que je viens d'émettre seraient pour tout le monde bien démontrées, il resterait encore bien des mystères à pénétrer... mais même je me hâte de dire qu'en cherchant à établir le siège des exanthèmes dans le réseau vasculaire, des éruptions vésiculeuses dans l'appareil sudoripare, des éruptions pustuleuses dans les follicules et dans le réseau lymphatique, des affections papuleuses dans le corps papillaire, des affections squameuses dans l'appareil blennogène, des altérations de la couleur dans l'appareil chromatogène, des tubercules dans le tissu fibreux, je n'ai entendu qu'appeler l'attention de mes confrères sur des aperçus généraux, qui, à mes yeux, sont *tout près*, je l'avoue, d'une vérité démontrée, et qui me semblent devoir ouvrir la voie à la thérapeutique rationnelle des maladies de la peau. »

J'ai donné tout-à-l'heure mon sentiment sur cette voie prétendue *rationnelle*, et je crois inutile d'insister davantage sur ce point. Une thérapeutique rationnelle, je le ré-

pète, ne saurait se fonder sur des considérations anatomiques.

Outre l'article dogmatique que je viens d'indiquer, on trouve dans les deux livraisons publiées deux autres articles généraux, l'un sur l'interprétation des faits en *syphilographie* (suivi d'un Aperçu bibliographique sur la syphilis au seizième siècle); l'autre sur la *blennorrhagie syphilitique*.

Ce dernier article, tout de raisonnement, tend à établir : d'une part, que l'inoculation du pus blennorrhagique donne des résultats variables, et ne peut, par conséquent, fournir aucune base solide au diagnostic; d'autre part, que la présence supposée d'un chancre uréthral *larvé*, pour expliquer les cas où cette inoculation serait suivie d'effets caractéristiques, n'a que la valeur d'une hypothèse.

C'est aussi là ma manière de voir : j'ajoute que l'insuccès de l'inoculation dans des cas de symptômes primitifs, tels que les tubercules plats et la végétation, ou de symptômes consécutifs, tels que certaines éruptions ulcéreuses..., symptômes contagieux cependant dans certaines conditions données, prouve surabondamment que l'inoculation ne peut être invoquée comme un moyen de diagnostic infallible. A plus forte raison, ne peut-on se fonder sur les inductions tirées de cette pratique artificielle pour créer une doctrine nouvelle de la syphilis. — Quelques observations particulières et une courte revue de faits publiés ailleurs complètent le cadre des *Annales*. Dans cette seconde partie se trouvent une observation d'*éléphantiasis arabe* guéri et quelques remarques relatives à la *pellagre*.

J'ai eu moi-même l'occasion de présenter récemment à l'Académie royale de médecine deux sujets atteints d'une

affection tuberculeuse qui simulait chez l'un la *radesyge* ou lèpre du Nord, et qui rappelait chez l'autre quelques-uns des traits du *leontiasis* ou lèpre tuberculeuse d'*Alibert*.

J'ai fait à cette occasion, sur les maladies exotiques, quelques remarques que l'on voudra bien me permettre de rappeler ici :

Les maladies endémiques, dans certains climats éloignés, peuvent accidentellement se produire à l'état sporadique dans notre pays, sous l'influence de certaines conditions de localités, de tempérament, d'habitudes qui ne sont pas toujours faciles à apprécier. Dans la pathologie cutanée en particulier, on voit çà et là se montrer dans notre climat quelques éruptions qui rappellent la physiologie du *molluscum* d'Amboyne, du *pian* de nos colonies, de l'*éléphantiasis* des Arabes, etc.

Ces éruptions, le plus ordinairement, n'ont qu'une analogie de forme avec la maladie exotique qu'elles représentent : dans certains cas néanmoins elles peuvent être regardées comme identiques et de la même nature. Ainsi les deux exemples authentiques et incontestables de *pellagre* (terminée par la mort) qui se sont présentés l'an passé et cette année à ma clinique de l'hôpital Saint-Louis ont prouvé que cette maladie, endémique en Lombardie et aux environs de Bordeaux, pouvait se montrer aussi à l'état sporadique dans les environs de Paris... fait qui avait complètement échappé à l'observation si attentive et si éclairée de mes prédécesseurs, *Bielt* et *Alibert*.

Mais, pour revenir aux *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, je dois dire un mot d'un dernier article qui traite du *porrigo decalvans* et de l'*herpes tonsurans*.

On sait que le groupe des *teignes* a toujours été pour les dermatologistes une source d'embarras et d'incertitude. Ceux qui, comme le savant *Lorry*, ont voulu ramener la teigne à des caractères précis et invariables, n'ont pu reconnaître que dans une seule espèce (le genre *favus* d'*Alibert*) un ensemble de phénomènes propres à constituer une maladie spéciale et bien distincte des autres éruptions qui peuvent se montrer au cuir chevelu comme sur les autres régions du corps. *Bielt* s'était rangé à cette manière de voir, et regardait comme des espèces fausses les genres décrits par *Bateman* sous le nom de *porrigo favosa* et de *porrigo decalvans*, et par *Alibert* sous ceux de *teigne muqueuse*, de *teigne furfuracée* et de *teigne amiantacée*.

Cependant un médecin de Paris, le docteur *Gillette*, publia en 1839, dans la *Gazette médicale*, des faits d'alopecie contagieuse qu'il crut devoir rattacher au *porrigo decalvans* de *Bateman*, et dont nous avons eu nous-même plus d'une fois, depuis lors, l'occasion d'observer les analogues, tant en ville qu'à la consultation de l'hôpital.

Aujourd'hui le rédacteur des *Annales* cherche à établir que le *porrigo decalvans* de *Bateman* n'est point une maladie contagieuse, mais qu'il existe en effet une sorte de teigne furfuracée qui doit être rapportée au genre *herpes*, et qui est réellement l'espèce décrite par le docteur *Gillette*, et plus récemment signalée par le docteur *Gruby* comme offrant, ainsi que le *favus*, une production végétale qui est la vraie source de la transmission du mal d'un individu à un autre.

J'avoue que ni la description tracée par l'auteur, ni les observations qui me sont propres ne me paraissent en harmonie avec l'opinion qu'il a cherché à faire prévaloir. Quoi

qu'il en soit, la seule chose importante à constater par les praticiens, c'est qu'outre le genre *favus*, regardé jusqu'ici avec raison comme le prototype de la vraie teigne, il y a une autre affection du cuir chevelu, contagieuse, observée dans certains pensionnats de Paris, qui ne présente point de croûtes épaisses comme le *favus*, mais qui s'offre sous l'apparence de plaques alopétiques avec de très-petites écailles furfuracées (regardées par M. Gruby comme des cryptogames), affection qu'il paraît naturel de rapporter au genre décrit par Bateman sous le nom de *porrigo decalvans*, comme l'ont fait les docteurs Gruby et Gillette.

Beaucoup moins grave que la teigne faveuse, cette espèce est toujours partielle, guérit ordinairement sans entraîner de calvitie durable, et cède aux soins de propreté, aux applications toniques, et surtout à l'éloignement des sujets qui ont été la source de la contagion.

J'ai cherché, Messieurs, à vous donner en peu de mots une idée du cadre que s'était tracé le rédacteur des *Annales* et de l'esprit qui a présidé à la rédaction de ce recueil périodique. Je pense que la Société doit à l'auteur des remerciements et des encouragements, et je me félicite, pour ma part, de l'apparition d'un nouveau journal dans lequel seront traitées les questions les plus importantes de la spécialité à laquelle j'ai depuis longtemps consacré mes travaux les plus assidus.

GIBERT.

DE LA REFORME DES QUARANTAINES

ET

DES LOIS SANITAIRES DE LA PESTE.

Mémoire lu à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine,

PAR M. AUBERT-ROCHE,

EX-MÉDECIN EN CHEF AU SERVICE D'ÉGYPTÉ.

DEUXIÈME PARTIE (1).

De la circulaire ministérielle en date du 22 juin 1843, par rapport aux mesures de l'Autriche et de l'Angleterre. — Sa nullité.

Les faits qui précèdent étant certains, qu'a-t-on fait pour y obvier ? Rien, ou presque rien. Les administrations sanitaires, prévoyant l'avenir par l'ébranlement des esprits et par les sourds murmures qui se faisaient entendre autour d'elles, ont sollicité du ministre du commerce une circulaire qui se résume ainsi :

« Les provenances de l'empire ottoman seront soumises, avec patente brute et avec patente suspecte, aux mêmes quarantaines que par le passé; seulement la patente suspecte sera admise, et délivrée, le quarantième jour après le dernier cas de peste, au lieu du départ.

« La patente nette sera admise, aux termes de l'ordonnance du 7 août 1822. La quarantaine sera, le moins, de 12 jours d'observation pour les bâtiments de commerce et les marchandises débarquées; de 9 jours pour les bâti-

(1) Voir le précédent cahier de la *Revue médicale*.

« ments de guerre et les passagers. Cette patente sera déli-
« vrée le trois cent soixante-cinquième jour après le der-
« nier cas de peste. L'Égypte et la Syrie seront exceptées
« de ces mesures; elles resteront soumises aux quaran-
« taines jusqu'alors en vigueur.

« La Grèce et le Maroc jouiront du bénéfice de la pa-
« tente nette comme ci-dessus; la quarantaine d'observa-
« tion pour ces deux pays sera de 7 jours. »

Cette circulaire est de la plus entière nullité; elle est impraticable; en quelques mots je vais en indiquer les défauts.

La patente brute régit toujours, comme par le passé, les provenances du Levant; les choses restent dans l'état où je les ai signalées, c'est-à-dire à l'avantage de l'Autriche et de l'Angleterre et au détriment de la France. Nous n'avons donc pas à nous occuper de cette patente.

L'admission de la patente suspecte après quarante jours, et de la patente nette après 365 jours, diminuerait seule quelque peu les avantages des deux puissances nos rivales, surtout si la mesure était applicable aux provenances de l'Égypte et la Syrie, mais justement la circulaire en fait exception. La ligne de nos paquebots à vapeur de ces contrées est la seule directe, tandis que la ligne de Constantinople, à laquelle est applicable la prétendue amélioration de la circulaire, est indirecte et subit sa quarantaine à Malte; or, Malte appartient aux Anglais, qui ont intérêt à faire exécuter à nos paquebots les plus longues quarantaines, car, sans ces quarantaines, leurs lignes de bateaux à vapeur de Londres à Alexandrie ne pourraient exister, ainsi que je l'ai dit. Donc, il est difficile de croire que les Anglais adopteront la décision de notre ministre du commerce.

Mais, il y a plus : dans la circulaire il y a ordre ne pas appliquer le bénéfice de la modification, bien que le temps de la quarantaine soit fixé, comme on l'a vu. Il y est dit en outre : « La quarantaine qu'entraîne le régime de la patente nette est déterminée par l'art. 33 de l'ordonnance du 7 août 1822 ; mais les provenances du Levant exigeront pendant longtemps encore une surveillance particulière, et les administrations ne peuvent user à leur égard de toute la latitude que comporte l'article que je viens de citer. »

L'ordonnance du 7 août 1822 donne une latitude de 5 à 15 jours. Par la circulaire, M. le ministre a fixé le minimum à 9 jours pour les passagers ; or, celui qui connaît les tendances des employés de la santé sera certain qu'ils appliqueront plutôt 15 jours que 9 : c'est là, du reste, l'esprit de la circulaire.

Ainsi il n'y a rien de changé. Cette décision est donc illusoire.

Véritablement, il est fort difficile de comprendre comment et pourquoi M. le ministre du commerce a lancé une telle circulaire, qu'il annule par sa sévère recommandation et par l'exception qu'il fait pour la Syrie et l'Égypte. Avec ce système, c'est non-seulement favoriser la ligne anglaise, que l'on préférera par rapport à la certitude et au mode de temps de ses quarantaines, de plus, c'est engager les voyageurs à tromper légalement les intendances sanitaires. Qui empêchera, étant en Égypte ou en Syrie, où la patente sera toujours brute, de prendre les paquebots pour Rhodes ou Smyrne, qui toujours, vu les circonstances et la circulaire, auront patente nette, et de là retourner en France par la ligne de Constantinople ? En suivant cette route, si Malte le veut bien, on ne fera que 9 jours

de quarantaine, tandis que, par la ligne droite, venant d'Egypte, on en aurait fait 20 à Marseille. La circulaire entend très-bien les intérêts anglais.

Enfin, comment pourra-t-on savoir s'il n'y a pas eu de cas de peste depuis 40 ou 365 jours? Je défie qui que ce soit de l'affirmer; toutes les personnes qui ont habité l'Orient savent fort bien, et on l'a vu plus haut, que la visite des cadavres est matériellement impossible, et qu'excepté à Alexandrie, la police n'existe que de nom. Quoi qu'on en dise, la peste est endémique dans tous les états turcs; chaque fois qu'on l'a voulu, on a pu constater ça et là des cas de peste; jamais il n'y a eu 365 jours sans accident; quant à l'espace de 40 jours, cela est possible.

La décision ministérielle est rationnellement inexécutable; de plus, elle invite au mensonge, conséquemment elle est dangereuse, car, pour s'y conformer, les intendances sanitaires doivent connaître ce qui se passe dans l'intérieur des villes et des pays; or, ignorent-ils que les Turcs, les négociants et les gouvernements orientaux s'arrangeront selon leurs intérêts pour faire délivrer la patente la plus favorable?

Au point de vue scientifique, qu'est-ce que cette circulaire? quelle est sa base? sur quels documents scientifiques s'est-on appuyé? Sur la demande de l'intendance sanitaire de Marseille.

Certes, il faudrait s'en féliciter; c'est la première fois qu'une intendance sanitaire ferait un progrès!

Cependant on aurait dû attendre la décision des Académies; seules, elles sont capables de prononcer, et non les intendances sanitaires, qui, n'étant pas composées de médecins, peuvent bien constater les faits, mais non les apprécier scientifiquement; la vérité est que l'on craint les corps sa-

vants : c'est afin de gagner du temps et pour les entraver que l'on ose prendre des mesures inutiles, presque injurieuses. Ce qui prouve du reste la nullité de la circulaire, c'est le lieu d'où la demande a été faite. Cela seul en constate le prix. On doit la regarder comme non avenue. Tel est le remède que l'administration a prétendu opposer au mal; c'est un impuissant palliatif.

EXAMEN DES DIFFÉRENTS MOYENS A OPPOSER AUX
PROGRÈS DE L'ANGLETERRE ET DE L'AUTRICHE.

Evidemment, si les choses restent dans l'état où elles sont, la France perd les avantages de sa position géographique, et comme un tel état ne peut durer, on doit aviser aux moyens de le changer.

Pour y arriver, il faut poser en principe cette règle fixe : *on ne doit pas arriver à Londres venant de Constantinople ou d'Alexandrie, passant par Malte et Gibraltar, ou par Vienne, Strasbourg et la Belgique, plus tôt qu'en passant par Marseille et Paris.* Le gouvernement et l'administration doivent être inébranlables sur ce point.

En terminant la première partie de ce mémoire, j'ai dit qu'il fallait, pour porter un remède prompt, efficace, et faire sortir la France de la fausse position où elle se trouve;

- 1° Ou abolir nos quarantaines ;
- 2° Ou faire exécuter aux provenances de l'Angleterre et de l'Autriche, sur nos frontières, un temps de quarantaine égal à celui de la France, et faire mettre ces deux puissances en quarantaine avec l'Europe;
- 3° Ou forcer ces deux puissances à s'imposer des qua-

quarantaines égales aux nôtres, c'est-à-dire de vingt jours, en dehors du voyage et en tous temps.

Or de ces trois propositions il n'y en aurait qu'une d'exécutable. La première doit être rejetée; elle ferait jeter de beaux cris à la Provence et à l'Italie. Quant à la seconde, elle est impossible. Reste donc la troisième, celle de forcer l'Angleterre et l'Autriche à s'imposer, si elles le veulent, des quarantaines égales aux nôtres. Nous allons examiner cette question, qui du reste n'est qu'une hypothèse; car ces puissances n'ont pas avancé pour reculer.

Dans ce cas, c'est-à-dire avec vingt jours de quarantaine sur toutes les lignes, le résultat serait :

Pour les provenances de Constantinople (1) :

De Constantinople à Paris,			
ligne française,	976 f.	et 43 j.	de route.
De Constantinople à Paris,			
ligne anglaise,	1446	42	id.
<i>Avantage de la France,</i>	470 f.	1 j.	<i>avantage</i>
			<i>de l'Angl.</i>
De Constantinople à Londres,			
ligne française,	1124 f.	et 48 j.	de route
De Constantinople à Londres,			
ligne anglaise,	1420	39	id.
<i>Avantage de la France,</i>	299 f.	9 j.	<i>avantage</i>
			<i>de l'Angl.</i>

(1) Voir dans la première partie le détail des prix des voyages, des différents frais et des jours de route.

De Constantinople à Paris,
ligne française, 976 fr. et 43 j. de route.

De Constantinople à Paris,
ligne allemande, 875 53 id.

Avantage de l'Autriche, 101 fr. 10 j. *Avantage de la France.*

De Constantinople à Londres,
ligne française, 1121 fr. et 48 j. de route.

De Constantinople à Londres
par la Belgique, lig. allemande, 998 55 id.

Avantage de l'Autriche, 123 fr. 7 j. *Avantage de la France.*

Pour les provenances d'Alexandrie :

D'Alexandrie à Paris, ligne
française, 940 fr. et 35 j. de route.

D'Alexandrie à Paris, ligne
anglaise, 1439 41 j.

Avantage de la France, 499 fr. 6 j. *à l'avantage de l'Angleterre.*

D'Alexandrie à Londres, li-
gne française, 1085 40 j.

D'Alexandrie à Londres, li-
gne anglaise, 1412 39 j.

Avantage de la France, 327 fr. 1 j. *à l'avantage de l'Angleterre.*

Ainsi, avec la ligne directe de nos paquebots à vapeur
d'Alexandrie, on voit que les avantages sont pour la France

sur l'Angleterre, si celle-ci admettait vingt jours de quarantaine comme nous.

Pour la route de Constantinople, les avantages de temps et d'argent sont tantôt pour, tantôt contre la France, parce que la ligne des paquebots n'est pas directe. Mais il est facile d'y arriver; alors les avantages seront pour la France, en temps ou en argent. C'est ce que j'expliquerai plus loin.

Ce résultat seul montre évidemment que ni l'Autriche, ni l'Angleterre ne reculeront; elles répondront: Faites comme nous.

Ici se présentent deux questions. Agirons-nous comme l'Angleterre, c'est-à-dire comprendrons-nous dans le temps du voyage le temps de la quarantaine, la réduisant comme cette puissance à quatorze jours? Ou bien, ferons-nous comme l'Autriche, admettrons-nous seulement la patente brute avec dix jours, et plus de quarantaine en temps d'épidémie?

Agir comme l'Angleterre, ce serait une mesure qui tournerait en partie contre la France, en voici la preuve.

Route d'Alexandrie :

D'Alexandrie à Paris, ligne française,	794 fr. et 20 j. de route.
D'Alexandrie à Paris, ligne anglaise,	1224 19 id.
<i>Avantage de la France,</i>	<i>430 fr. et 1 j. Avantage de l'Anglet.</i>

D'Alexandrie à Londres, li-
gne française, 939 fr. et 25 j. de route.

D'Alexandrie à Londres, li-
gne anglaise, 1212 17 id.

Avantage de la France, 273 j. et 8 j. *Avantage*
de l'Angleterre.

Route de Constantinople.

De Constantinople à Paris ,
ligne française, 761 fr. et 21 j. de route.

De Constantinople à Paris ,
ligne anglaise, 1232 20 id.

Avantage de la France, 471 fr. et 1 j. *Avantage*
de l'Angleterre.

De Constantinople à Londres,
ligne française, 906 fr. et 26 j. de route.

De Constantinople à Londres,
ligne anglaise, 1195 18 id.

Avantage de la France, 289 fr. et 8 j. *Avantage*
de l'Angleterre.

De Constantinople à Paris ,
ligne française, 761 fr. et 21 j. de route.

De Constantinople à Paris,
ligne allemande, 660 33 id.

Avantage de l'Autriche, 101 fr. et 12 j. *Avantage*
de la France.

De Constantinople à Londres,
ligne française, 906 fr. et 26 j. de route.

De Constantinople à Londres,
par la Belgique, lig. allemande, 773 35 id.

Avantage de l'Allemagne, 183 fr. et 9 j. *Avantage*
de la France.

Ainsi, en admettant la mesure prise par l'Angleterre de compter le temps de la route comme temps de quarantaine, les avantages et désavantages des temps et d'argent sont à peu près comme si chaque puissance faisait vingt jours de quarantaine, outre le voyage. L'Angleterre seule gagnerait à cette mesure; il y aurait pour se rendre à Londres un avantage de huit jours pour la ligne anglaise. Il est vrai qu'il est compensé par 273 francs que l'on dépenserait en plus par cette ligne.

Malgré les avantages balancés que présentent ces deux modes d'agir, on doit les rejeter parce qu'ils ouvrent la porte à la fourberie; ici, comme question sanitaire, on ne doit rien laisser dans le vague; comme question nationale, la France ne doit pas s'inquiéter du prix des transports qui peuvent être et qui seront diminués. Elle doit surtout porter son attention sur la question de temps; elle doit marcher avec la règle fixe que nous avons posée.

Maintenant, accepterons-nous le mode d'agir de l'Autriche? Oui. Il y a deux ans que je l'ai proposé à l'Académie des sciences, à l'Académie de médecine, au Ministre du commerce, et l'Autriche l'a mis à exécution l'année dernière. Mais il y a dans la conduite de l'Autriche, et dans la route qu'elle a suivie pour arriver à cette décision, quelque chose de trop vague et qui laisse trop à l'arbitraire: la France et son gouvernement ne doivent pas ainsi procéder.

DE LA SOLUTION DE LA QUESTION DES QUARANTAINES AU
POINT DE VUE SCIENTIFIQUE.

L'état actuel de la science offre-t-il un moyen de solution? — Non.

La contagion, la non contagion, la période d'incubation
1845. Octobre T. III.

de la peste, au point de vue scientifique et comme base du temps de la quarantaine, cercle vicieux où jusqu'à présent on s'est enfermé, et où l'on voudrait encore restreindre les corps savants et les médecins qui s'occupent des quarantaines, ne présentent rien de certain, rien que l'on puisse admettre comme base assurée d'une organisation sanitaire nouvelle.

Je suis convaincu de l'impossibilité de déterminer mathématiquement si la peste est contagieuse ou non, et quelle est la période d'incubation de cette maladie. La pratique sur les lieux au milieu des pestiférés, la vue des faits et de leur analyse n'amènent qu'à des raisonnements qui produisent des convictions, mais qui ne donnent aucun résultat mathématique, comme il doit être établi lorsque l'on veut baser une loi si grave pour la santé publique.

Les moyens qui ont été employés jusqu'à ce jour pour arriver à une certitude scientifique sur la question de contagion et d'incubation sont : 1° l'observation des médecins et la lecture de leurs écrits; 2° l'observation des intendances sanitaires et des agents consulaires d'Orient.

Quelle solution assurée peut-on retirer du travail des médecins sur la contagion? absolument aucune, et par une raison bien simple, c'est que tous, ou à peu près, ont noté et discuté sans définir le mot contagion, sans se rendre compte de ce qu'ils entendaient par là, et surtout sans comparer leur définition avec les mesures dites sanitaires.

La notice historique et bibliographique suivante des opinions et des auteurs qui ont vu la peste, peut, je crois, fournir quelques documents.

Par rapport aux lois sanitaires, il n'y a, à vrai dire, que trois opinions sur la peste : 1° la non contagion ; 2° la contagion pure ; 3° la contagion mixte et raisonnée.

La première opinion était professée généralement par les médecins de l'antiquité, par les médecins arabes et ceux d'Europe jusqu'au xvi^e siècle.

Hippocrate, Galien, Averrhoës, Avicennes, Zicinius, Quescetan, Paracelse, etc., niaient la contagion.

Fracastor est l'auteur du premier écrit qui formule la doctrine des contagionistes purs. En 1556, elle fut inventée pour soutenir la politique du pape Paul III et faire transférer le concile de Trente à Boulogne. On peut s'en assurer en lisant l'histoire de ce concile, par Fra Paolo Scarpì.

De 1556 à 1720, la doctrine de la contagion pure, soutenue par la peur, le fanatisme, les papes et la sainte inquisition, fut généralement admise. Parmi les médecins remarquables de cette époque, et qui ont écrit sur cette maladie qu'ils observaient, on peut citer comme non contagionistes : Valeriola, Facio, Erastratus, Mercurialis, Bertholo, Sydenham. Comme contagionistes : Naldi, Montanaus, Vanhelmont, Massaria, Ambroise Paré, Prosper Alpin, Diemerbroek, Hogds.

1720 est la date de la réaction. On doute de l'infailibilité du pape ; la science a fait de grands progrès, il y a liberté d'examen. Quatre médecins des facultés de France, Verniers, Souliers, Chicoyneau et Didier, soutenus par Jacques Robert, Claude Rimbault, Mailhe, Boyer, médecins de Marseille, nient hautement la contagion, la main sur les pestiférés. Senac, Astruc et Chirac professent la même opinion.

Le courageux médecin Bertrand soutient seul l'opinion contraire.

En 1771, lors de la peste de Moscou, Mertins nie, Samailovitz affirme la contagion.

Dans l'expédition d'Égypte, Desgenètes, Larey, Pugnet, Savaresy, Sotira, admettent la contagion raisonnée; Assalini, Pouqueville, Renaud, Dussap, Withe, médecin anglais, nient la contagion.

En 1815, Mac Léon et Vitagello Morea; en 1825, Cholet et Gosse, sont, les deux premiers pour, les deux seconds contre la contagion.

En 1831, MM. Lagasquie, Pariset, Guillon, Dumont, admettent une contagion raisonnée.

M. Brayer repousse toute idée de contagion.

De 1834 à 1838, dans l'empire ottoman, des études ont été faites sur différents points; il y a eu un travail général.

Voici l'opinion des médecins qui se sont occupés de la peste:

MM. Clot, Duvigneau, Sesson, Peron, Prunier, Fischer, Delsignor, Loria, Pauthod, Grecson, Chamas, Laidelow, Lefèvre, Émangard, Kock, Abot, Racord, Lago, Melingen, sont non contagionistes.

MM. Grassi, Estienne, Lardoni, Roubio, Boyer, Bela, sont contagionistes purs.

M. Gaetano admet l'air comme véhicule; M. Lachèse croit à une contagion modérée.

MM. Édouars, Masgand, et Flocaïn sont incertains: ils étaient contagionistes.

Ce simple exposé démontre que la contagion est une opinion moderne, inconnue dans l'antiquité, et datant seulement de 1546; qu'elle doit sa naissance à la politique des papes et aux intérêts religieux, qu'elle fut combattue à sa

naissance, mais généralement admise jusqu'en 1720. A cette date commence la réaction : sur 74 observateurs, de 1720 à 1842, 50 nient la contagion, 10 l'admettent, 14 en doutent, ou lui posent des limites.

Le temps, l'expérience et la majorité repoussent donc l'opinion de la contagion.

Sans doute cette triple base donne une bien grande solidité aux conséquences que l'on pourrait tirer des chiffres, mais, en résumé, il y a une minorité, une exception, il n'y a pas unanimité; en un mot, la solution pour ou contre la contagion n'est pas mathématiquement vraie.

Parmi les efforts tentés pour arriver à une solution en dehors des opinions et des raisonnements, la science a enregistré des expériences faites sur l'homme pour chercher à prouver la contagion ou la non contagion de la peste. Malheureusement ces expériences ont été pratiquées dans des foyers d'épidémie ou d'infection.

Withe, médecin anglais, et Desgenettes, lors de l'expédition d'Égypte, s'inoculèrent du pus de bubon; le premier mourut.

Walli, médecin à Constantinople, inocula à vingt-quatre individus du pus de bubon mélangé avec du virus variolique; nul ne contracta la peste.

Rossenfeld se frictionna de pus de bubon, habitant l'hôpital des pestiférés de Constantinople; vingt-deux jours après son expérience il fut attaqué et mourut.

A Tanger, le docteur Sola a fait des expériences d'inoculation sur 14 condamnés à mort. 7 des inoculés, dit l'auteur, eurent, 14 heures après l'inoculation, quelques légers symptômes locaux, c'est-à-dire chez trois d'entre eux un petit bubon à l'aîne, chez un autre, un charbon à la

fesse, chez les trois autres, des symptômes généraux fébriles, et autour de l'incision une vague irritation; aucun ne fut même grièvement indisposé. La peste régnait alors à Tanger.

Enfin des expériences ont été faites au Caire en 1835, pendant l'épidémie, par M. le docteur Clot-Bey, sur lui-même et sur 5 condamnés à mort, un seulement a succombé.

Ainsi 47 individus ont été soumis à des expériences d'inoculation de pus ou de sang de pestiférés. Sur ce nombre, 5 sont morts, 4 ont ressenti de légers symptômes de cette maladie. Rigoureusement on pourrait nier que ces morts et ces maladies fussent dues à l'inoculation du virus d'un bubon pestilentiel, mais à la simple introduction d'un principe putride dans l'économie.

Pour la question des quarantaines, nous devons regarder le résultat de ces expériences comme nul. Sans doute la règle générale est la non contagion, mais il y a trois cas de mort; on pourrait, il est vrai, leur opposer l'endémicité et l'épidémicité de la peste dans les lieux où ces expériences ont été faites; ces trois cas de mort empêchent toute conclusion rigoureuse en faveur de l'une ou de l'autre opinion.

Une remarque assez curieuse m'a frappé en faisant ces recherches : c'est que les médecins qui avaient vu et étudié consciencieusement la peste sur les lieux pendant plusieurs années, n'ayant d'autre intérêt (1) que la question

(1) Il ne faut pas perdre de vue que l'opinion de la non-contagion ne rapporte que discussions et inimitiés, tandis que l'opinion contraire conduit souvent à la fortune; il est fâcheux que l'on puisse faire cette comparaison. Je sais qu'il y a des hommes fort honorables et

elle-même, et non leur position présente ou des avantages futurs, ceux-là avaient presque tous fini par devenir non contagionistes, car on commence toujours par être contagioniste. Aussi je crois qu'il est utile, pour porter un jugement certain sur les écrits qui traitent de la peste, de savoir et de rechercher si l'opinion de l'auteur n'aurait pas d'autre mobile que la science et la vérité.

Il est plus nécessaire qu'on ne le pense généralement de connaître ces détails, lorsqu'il s'agit de résoudre une question aussi importante que l'est celle des quarantaines, d'apprécier froidement et sans passion les documents présentés pour ou contre, et de se former d'après eux une opinion.

Quant aux intendances sanitaires et aux autorités européennes en Orient, on a tort de les invoquer; elles ne peuvent rien fournir pour la question scientifique; c'est une série d'histoires extraordinaires sur la transmission de la peste. Pourrait-il en être autrement, puisque les premières ne voient que ce qui se passe dans les lazarets, encore, par des rapports? Les secondes, bien qu'elles soient sur les lieux où règne la peste, ne voient rien : renfermées

convaincus, qui sont contagionistes sans arrière pensée; mais il est fâcheux, je le répète, qu'on puisse dire : A vous, partisans de la contagion, les honneurs et la fortune; à vous, non contagionistes, haine et misère. Témoin le noble et courageux Chervin, qui, après une vie de dévouement, d'études et de combats, renverse le triste échafaudage des quarantaines de la fièvre jaune, épargne à l'état et au commerce des millions, et périt dans le dénuement le plus complet (1843). Il vivait depuis son triomphe dans un grenier, ayant dépensé sa fortune pour la science et pour sa patrie, tandis que parmi ses adversaires vaincus il y en a qui reçoivent encore des pensions comme récompenses de leurs erreurs et de leurs inutiles travaux.

dans leurs maisons, elles enregistrent ce que les uns et les autres leur content, sans se donner jamais la peine de vérifier; de plus, les hommes qui remplissent ces fonctions ne sont pas médecins.

En résumé, il est mathématiquement impossible de se prononcer sur la contagion comme sur la non-contagion; on peut se former une conviction, mais voilà tout.

Pour la période d'incubation, les données et les documents fournis sont à peu près les mêmes que pour la question que nous venons de traiter: cependant, contagionistes ou non, tous l'admettent; ils ne diffèrent que sur les chiffres, et encore beaucoup moins qu'on ne le croit généralement.

Voici un tableau qui pourra donner une idée exacte de l'état de la science sur ce point.

Félix Plater.

Daniel Sennert.

Hoffmann.

Pestalossi.

F. Franc.

Sernet.

Schraud.

Durée moyenne de l'incubation,
7 jours; quelquefois instantanée,
quelquefois se prolongeant indéfiniment.

Manget, 7 jours en moyenne, quelquefois un mois.

Diemerbroeck, de 15 à 20 jours et même plusieurs mois.

*Enquête faite par Howart, près des médecins de lazarets
ou d'hôpitaux de pestiférés.*

Desmoulins, à Marseille, 2 ou 3 jours.

Giovanelli, à Livourne, rien de certain; durée selon la constitution des individus.

They, à Malte, même réponse.

Verdonl, à Trieste, 13 jours au plus ordinairement. Incubation rapide.

Le médecin juif, à Smyrne, même réponse.

Fra-Luigi, prieur de l'hôpital de Smyrne, 24 heures.

Puguet, selon la disposition de l'individu.

Brayer : chacun dès le début de l'épidémie est sous son influence. Manifestation de la maladie selon la disposition de l'individu.

Grassi, période d'incubation de 8 jours au plus. C'est le temps de la séquestration qu'il faisait subir à Alexandrie à ceux qui avaient été en contact avec les pestiférés.

Bela, même opinion.

Gosse, de 3 à 12 jours.

Clot-Bey, de 2 à 3 jours ; au plus 8 jours.

Seisson, 5 à 6 jours.

Duvigneau, 3 jours.

Fischer, 3 à 4 jours ; cas rares, 10 jours.

L'enquête du secrétaire du conseil de santé, faite par ordre du ministre du commerce, porte la période d'incubation au plus à 8 jours.

On voit quelle est la variation de la période d'incubation, de 1 jour à plusieurs mois. Si l'on examine attentivement cette liste, on reconnaîtra que tous ces observateurs donnent un temps fort court, ou bien, plus ordinairement, 7 à 8 jours en moyenne, à l'incubation, et que les cas qui passent ce chiffre, de 8 jours, sont des cas extraordinaires. Raisonnablement on pourrait nier ces exceptions qui toutes se sont passées au milieu d'épidémies, ou dans des pays où la peste est endémique, et n'admettre que la règle

générale de 8 jours ; mais on cite des exceptions occasionnées par la susceptibilité du tempérament, le moment de l'épidémie, le foyer d'infection, la saison, le climat, etc. ; nous sommes donc loin d'une certitude. Combien la science est pauvre de faits d'incubation bien constatés, et auxquels on ne puisse faire aucune objection ! Le seul cas bien précis que je connaisse est celui d'un batelier Maltais, à Malte, en 1841, et dont je parlerai dans la réponse aux objections qui m'ont été faites par M. le ministre du commerce. Il n'y a pas eu à opposer l'épidémicité, l'endémicité, ou un séjour prolongé dans le foyer d'infection, la période d'incubation a été de 6 jours.

On peut voir à ce simple exposé que les résultats fournis par les médecins, sur la contagion ou la non contagion, se combattent et s'annulent par des exceptions en faveur de cette dernière opinion ; ceux donnés sur la période d'incubation pourraient facilement faire admettre le chiffre de 7 à 8 jours ; mais il y a aussi des exceptions extraordinaires, anti-scientifiques ; dans une question aussi importante, lorsqu'il s'agit d'une maladie qui ravage des populations, jette le désordre et la perturbation dans les états, on ne peut passer sur les exceptions.

Il est donc impossible d'aborder et de résoudre la question des quarantaines, en prenant pour base la période d'incubation, la contagion ou la non-contagion, au point de vue scientifique.

TROISIÈME PARTIE.

BASE D'UNE RÉFORME DES QUARANTAINES ET DES LOIS SANITAIRES.

Quelle doit donc être la base d'une réforme dans le sys-

tème sanitaire? Nous avons déjà dit que le gouvernement français, se fiant à une expérience d'un siècle, n'a pas craint d'abolir entièrement les quarantaines pour les provenances d'Alger. Par cette sage mesure, il a mis de côté toutes les discussions scientifiques, toutes les théories; n'admettant que la théorie du fait irréfutable, c'est une large porte ouverte à la vérité et aux réformes. C'est donc sur des chiffres et sur des faits que doit être basé tout nouveau système de lois sanitaires.

Si l'on veut opérer une réforme sanitaire, utile et durable, on doit laisser de côté tous les débats sur la contagion, la non contagion ou l'infection, et de tous les points scientifiques n'en prendre en considération que deux, encore au point de vue du fait, savoir les foyers de peste (1) et la durée de la période d'incubation de cette maladie. Bien que l'on ne soit pas d'accord sur l'action des foyers, ni sur la durée de l'incubation, personne ne s'est avisé de les nier. Il faut donc les accepter, examiner ce qu'ils ont de certain et démontrer quel rôle ils jouent dans les faits dont ils font toujours partie.

Nous pensons que les quarantaines et les lois sanitaires peuvent être modifiées de manière à satisfaire toutes les opinions. Nous croyons qu'en se basant sur les faits, on peut créer un système sanitaire nouveau facile à exécuter. Le problème à résoudre est celui-ci : trouver moyen d'annihiler les quarantaines, sans danger, sans fermer les lazarets et sans renvoyer les employés, sans effrayer les populations,

(1) J'ai employé à dessein cette expérience afin de ne pas décider si ces foyers sont des foyers de contagion ou d'infection; ce qu'il y a de certain, c'est que ce sont des foyers de peste.

sans froisser les amours-propres et sans toucher aux intérêts généraux et particuliers. Ce problème assez difficile, nous espérons le résoudre aussi complètement que possible. Notre système repose sur l'observation des faits depuis 1717. Tous ont été notés par les contagionistes ; ils existent dans les archives des différents lazarets d'Europe et dans les ministères. On ne peut les révoquer ni même les mettre en doute.

Enquête. — Faits.

Voici le résultat de mon travail et de mes recherches.

L'objet de mes investigations à Malte et à Marseille, lors de mon retour d'Orient, après y avoir étudié la peste et apprécié les risibles efforts faits par des intéressés, pour y acclimater des lazarets, fut d'examiner les établissements sanitaires de ces deux villes, et de constater ce qui s'y était passé depuis de longues années. A Malte, où j'ai été séquestré 20 jours en 1838, j'ai pu recueillir de précieux renseignements ; M. Cazolini, un des directeurs du lazaret, me les a donnés avec la bonne foi et la complaisance la plus grandes.

J'avais posé à M. Cazolini diverses questions, lui demandant des réponses précises. Voici cette espèce d'enquête.

1^o Y a-t-il eu des cas de peste dans le lazaret sur les personnes commises à la purification des lettres et des marchandises ? — Jamais.

2^o Quelles précautions prend-on pour ouvrir les lettres et les marchandises ? — Lorsque la peste ne règne pas épidémiquement dans le pays d'où proviennent les bâtiments, on manie avec la main et sans intermédiaire les lettres et les marchandises ? Si la peste règne épidémiquement, on saisit les lettres avec des pinces, on les parfume, puis on les prend avec la main, on les coupe et on les parfume de

nouveau. Pour les marchandises, on les laisse dans les magasins, après avoir ouvert les balles avec des instruments en fer; un mois après, on les touche directement. Dans ces deux cas, jamais il n'y a eu d'accidents de peste au lazaret.

3° Avez-vous eu des attaques sur des passagers en quarantaine? — Oui; mais ces attaques venaient de bâtiments infectés qui avaient eu des attaques pendant la traversée.

4° Les registres du lazaret relatent-ils quelque attaque, soit sur les passagers, soit sur un bâtiment en quarantaine, lorsque la santé a été bonne pendant la traversée? — Non, jamais.

5° Croyez-vous que l'on pourrait admettre en libre pratique un bâtiment venant des Échelles, lorsqu'il n'a pas eu d'attaques pendant la route? — Je le crois; seulement, par précaution, il serait bon de lui faire subir quelques jours d'observation, lorsque la peste régnerait épidémiquement dans le pays d'où il vient.

A l'appui de ces réponses, M. Cazolini me donna connaissance des faits de peste qui ont eu lieu à Malte depuis qu'il est au lazaret; il s'appuyait donc sur son expérience. De telles réponses, après ce que je venais de voir et de constater sur la marche de la peste en Orient, devaient nécessairement m'étonner.

Les faits et les paroles que je recueillis étaient articulés par un fonctionnaire de l'intendance de santé de Malte. Le lazaret de cette ville est le plus rapproché du Levant et celui dont les communications avec le pays où la peste règne épidémiquement, sont les plus rapides.

Malgré l'importance de ces documents, il nous aurait été difficile d'en tirer une conclusion générale, si Marseille,

puis Venise, Gènes et Livourne n'étaient venues à notre secours. Il se trouvait que le secrétaire de l'intendance de Marseille était le père d'un de mes amis. Depuis longtemps il occupait cette place et pouvait me donner les renseignements les plus exacts.

M. Magastre est un homme à la probité et à l'honneur duquel on peut se fier entièrement.

Voici le résumé de ses conversations.

Jamais il n'y a eu d'attaques de peste sur les servants et les portefaix commis à la purge des marchandises.

Jamais il n'y a eu d'attaques sur les passagers, les équipages et les bâtiments, à moins qu'il n'y ait eu des attaques pendant la traversée.

Tout bâtiment, arrivé au port sans attaque, n'a jamais eu d'attaque en quarantaine.

Ces réponses sont appuyées sur des faits qui embrassent une période de 124 ans. Elles sont parfaitement d'accord avec celles du directeur du lazaret de Malte. Si j'avais pu me rendre à Venise, Gènes et Livourne, je suis convaincu que j'aurais obtenu les mêmes réponses. Heureusement ce travail a été fait, il est venu compléter mes recherches.

Le relevé des faits pour les lazarets d'Italie et la conclusion existent dans un second rapport fait au ministre du commerce, par le Secrétaire du conseil général de santé, envoyé en mission pour étudier la question des quarantaines. Je ferai remarquer, que les faits consignés dans ce rapport, doivent être d'un poids d'autant plus grand, que ce Secrétaire est contagioniste, et que les faits qu'il cite peuvent et doivent ébranler, voire même renverser le système actuel des quarantaines.

Voici ce qu'on lit, après un détail de 65 faits d'importation de peste (pag. 26, 2^e Rap. en 1840) : « On trouve que la maladie « a éclaté à bord de 50 navires dans la traversée. Si je joins à « ces documents les pestes portées dans les lazarets de Mar- « seille, de Gènes, de Livourne et de Venise, qui ont été « mentionnées dans mon travail de 1834 (1^{er} rap.), je remar- « que une proportion tout autre ; car, sur un total de 96 « importations, il s'en trouve, 81 qui ont éclaté pendant le « voyage. » Puis il cite les 15 cas qui n'ont pas eu lieu pen- « dant la traversée, mais seulement après l'arrivée. Aucun ne « s'est déclaré dans les quarantaines d'Europe (2^e rap.) ; 6 cas « ont eu lieu à Alger, à Tunis, à Bône, à Tanger, enfin 9 dans « le lazaret de Syra. Total 15 cas, dans des pays sujets aux « épidémies de peste, ou très-rapprochés des endroits où la « maladie est endémique. Puis, le secrétaire ajoute : « Ainsi, « sur 96 cas de peste, les 87 environ ont éclaté pendant « le voyage, quand le voyage a été de quelque durée. » Enfin il conclut (page 141, 2^e rap.) : « La peste éclate « presque toujours dans la traversée. Il n'y a pas de preu- « ves positives que des marchandises aient communiqué « la peste dans les lazarets. » Le mot *presque* a rapport « aux 15 faits de Syra et autres. Quant à la forme dubitative « de la seconde conclusion, dans la bouche d'un contagio- « niste, elle équivaut à une affirmative. Donc, d'après M. le « secrétaire du conseil de santé, ce qui nous a été rapporté « sur Malte et sur Marseille par rapport aux marchandises, « nous est confirmé pour Venise, Livourne et Gènes.

TABLEAU

Offrant l'état général des attaques de peste qui ont eu lieu dans les lazarets de Marseille, Malte, Venise, Livourne, Gênes, et à bord des navires européens faisant le commerce entre l'Europe et le Levant de 1717 à 1841. Les faits détaillés se trouvent dans les archives des lazarets cités ci-dessus, et dans les Archives des ministères des affaires étrangères, du commerce et de la marine.

DATES.	NOM et qualité du Navire.	NOM du capitaine ou Nationalité.	LIEU de provenance.	LIEU d'arrivage, en route.	CAS après l'arrivée.
1717 30 janv.	St-Louis.	Chabert.	Smyrne.	Marseille.	1 cas.
1718 18 juin.	D'Hyaenothé.	Reynaud.	Alexandrie.	Id.	1 cas.
1720 25 mai.	St-Antoine.	Chatzoul.	Seyde.	Id.	Cas à bord.
1721 23 juin.	Brick.	Daniel.	Alexandrie.	Id.	Id.
1723 3 juin.	Navire.	Français.	Tunis.	Id.	Id.
13 sept.	Navire.	Français.	Alexandrie.	Id.	Id.
1726 16 déc.	Brick.	Jaufret.	Smyrne.	Id.	8 cas.
1731 4 août.	Brick.	Aubert.	Daniette.	Id.	Cas à bord.
22 oct.	Ste-Thérèse.	Pagé.	Daniette.	Id.	Id.
29 oct.	Navire.	Français.	Seyde.	Id.	Id.
1735 10 juin.	Lemarie.	Chenry.	Seyde.	Id.	Id.
1741 19 juin.	L'Etoile du Nord.	Contel.	Alger.	Id.	5 cas.
1751 23 déc.	Navire.	Français.	Constantinople.	Id.	Cas à bord.
1752 17 juil.	St Jacques.	Jules Bastide.	Alger.	Id.	Id.
1760 8 mai.	Ste-Famille.	Eillon.	St Jean d'Acce.	Id.	7 cas.
1768 30 mai.	Brick.	Brun.	Tripoli de Barbarie.	Id.	4 cas.
1784 12 juil.	Corsaire.	De Malte.	Lampedouse.	Malte.	Cas à bord.
19 juil.	L'Assomption.	Mellich.	Maroc.	Marseille.	8 cas.
1785 27 avril.	Le Crétiois.	Daniel.	Tunis.	Id.	2 cas.
22 janv.	Marie-Anne.	Candier.	Tunis.	Id.	3 cas.
1786 2 juin.	Brick.	Giraud.	Bone.	Id.	Cas à bord.
2 juin.	Providence.	Bernardy.	Bone.	Id.	Id.
12 juin.	Malonel.	Pont.	Bone.	Id.	Id.
13 août.	Jenidre.	Blacas.	Smyrne.	Id.	Id.
1787 24 mars.	Navire.	Espagnol.	Alger.	Mahon.	Id.
1793 4 juil.	Tartane.	Hydriote.	Syrie.	Venise.	Id.
1796 20 juil.	Bâtiment.	Américain.	Alger.	Marseille.	2 cas.
26 juil.	Frégate.	La Justice.	Dardaullès.	Toulon.	Cas à bord.

SUITE DU TABLEAU.

DATES.	NOM et qualité du Navire.	NOM du capitaine ou Nationalité.	LIEU de provenance.	LIEU d'arrivage en route.	CAS après l'arrivée.
10 août.	Navire.	Espagnol.	Alger.	Marseille.	Cas à bord.
12 août.	L'Eulalie.	Rodriguez.	Id.	Id.	1 cas. 1 cas.
3 août.	La Fortune.	Colder.	Id.	Id.	2 cas. Cas à l'arrivée.
1799	Brick.	Rasto.	Alexandrie.	Venise.	8 cas.
1815 28 mars.	St-Nicolas.	Id.	Id.	Malte.	2 cas. 2 cas.
28 mars.	Nelly.	Id.	Id.	Id.	Cas à bord.
28 mars.	El Dolce.	Espagnol.	Id.	Id.	Id.
1816	Fortuna.	Italien.	Id.	Livourne.	1 cas.
1817	Mailland.	Anglais.	Id.	Venise.	Plusieurs cas.
1818	Navire.	Maronich.	Durrazo.	Venise.	Cas à bord. 11 cas.
1819 30 avril.	La Continuation.	Anderson.	Tunis.	Marseille.	3 cas. 2 cas.
27 mar.	Sant. Trinita.	Azzo-Pardi.	Souza.	Malte.	1 cas. 4 cas.
	Brick.	Morronguwich.	Alexandrie.	Venise.	1 cas.
	Id.	L'Alexandre.	Alger.	Livourne.	1 cas.
1820 10 oct.	Navire.	Français.	Tunis.	Marseille.	1 cas.
1821	Cicés.	Suèdois.	Alexandrie.	Livourne.	1 cas.
	L'Eole.	Sarde.	Id.	Id.	Cas à bord.
	Cheval-Pégase.	Id.	Id.	Id.	Id.
21 mars.	La Constance.	Luppi.	Id.	Id.	3 cas. 14 cas.
1823	La Sapho.	Sarde.	Id.	Id.	Cas à bord.
1824	B. de Rosetti.	Sarde.	Constantinople.	Id.	1 cas.
1825 29 juin.	Les 3 Sœurs.	Baou.	Alexandrie.	Marseille.	Cas à bord.
1826	Brick Sarde.	Franç-Ferrand.	Belino.	Gènes.	3 cas. 5 cas.
1826 29 juin.	Heureuse Sabine.	Audibert.	Alexandrie.	Marseille.	4 cas. 1 cas.
1827 23 juin.	Tourcosol.	Colombes.	Syrie.	Id.	2 cas.
1828 8 juil.	Frégate.	Russe.	Morée.	Malte.	Cas à bord.
1830	St-Georges.	Id.	Constantinople.	Livourne.	5 cas à bord.
1835 12 fév.	Brick.	Torrelle.	Alexandrie.	Marseille.	1 cas.
	Amars. Le Titée.	Toscan.	Id.	Livourne.	1 cas. 1 cas.
12 mars.	L'Amié.	Regnier.	Id.	Marseille.	1 cas.
2 mai.	Sophie-Ilène.	Id.	Id.	Malte.	4 cas. 5 cas.
	dée. L'Africain.	Belland.	Constantinople.	Gènes.	1 cas. 3 cas.
1837	Léonidas.	Vapeur français.	Id.	Marseille.	1 cas. 1 cas.
23 fév.	Sarda.	Cantargi.	Tripoli.	Malte.	1 cas. 3 cas.
2 mars.	Chebeck.	Homard.	Id.	Id.	2 cas.
1841 9 mars.	Frégate.	Le Costor.	Caïa.	Id.	13 cas.

124 ans. 61 navires.

64 faits. 2 6 attaques.

Ainsi il résulte des faits ici consignés que 64 fois la peste a été importée, et que les attaques ont eu lieu, ou seulement pendant la route, ou pendant la route et après l'arrivée dans un port d'Europe. Nous aurions pu donner les faits plus détaillés ; mais nous avons préféré en dresser simplement un tableau, afin qu'on puisse les embrasser d'un coup d'œil. Nous les possédons, au reste, tels qu'ils ont été donnés par les directeurs de Lazarets, soit à M. le secrétaire de la Santé, soit à nous.

Dans ce qui précède, on a pu voir que M. le secrétaire, dans ses deux rapports, avait noté 81 faits, qui tous ont éclaté pendant la traversée. En ajoutant ceux que nous avons rassemblés, ce chiffre se trouvait porté à 108, nous aurions pu faire comme cet administrateur contagioniste, mais comme nous ne nous occupons que de ce qui a rapport à l'Europe, et surtout à la France, nous avons voulu apporter la rigueur la plus grande et nous avons retranché tous les faits d'importation, soit à terre, soit à bord, qui se sont manifestés dans les échelles du Levant lorsque le bâtiment ne devait pas retourner en Europe. Telle est la cause pour laquelle 64 faits seulement ont été notés.

Que nous importe que la peste puisse éclater après l'arrivée d'un bâtiment en Grèce, en Égypte, sur les côtes de l'empire ottoman ou des régences ! ce qu'il nous faut constater et ce qui nous regarde, c'est ce qui se passe et s'est passé sur le littoral de la Méditerranée, en Italie, en France et en Espagne. Nous dirons même plus, la France ne devrait pas s'occuper de ce qui existe chez nos voisins et dans les autres Lazarets, mais seulement de ce qui se passe chez elle. Certes, l'exemple lui est donné ; elle doit agir comme l'Angleterre, qui ne demande aucun avis aux au-

tres pays pour supprimer en quelque sorte ses quarantaines.

Ainsi, il est constant que jamais à Marseille, il n'y a eu une attaque de peste sur les gardes et les porte-faix commis aux marchandises; il est constant que jamais bâtiment arrivé sans attaque en route n'en a eu après l'arrivée; cela seul devrait suffire à la France pour la direction de sa conduite. On a vu que non seulement nous avons été très-sévères dans l'admission des faits, mais encore, que si nous avons pris en considération ce qui s'est passé dans les autres lazarets, nous avons fait une grande concession qui donne la certitude la plus entière à nos propositions et aux conclusions que nous allons tirer de faits bien positifs et bien établis.

En 124 ans, 64 faits de peste ont eu lieu en route; sur ces 64 faits, 26 fois seulement les cas se sont continués après l'arrivée, 38 fois les cas ont eu lieu en mer; ainsi, il est certain que, depuis 124 ans, 64 bâtiments seulement revenant en Europe ont été pestiférés, et que, sur ce chiffre, 26 fois la peste qu'ils avaient à bord s'est continuée après l'arrivée. En dehors de ces 64 faits, nous avons bien recherché, bien demandé s'il n'y avait pas eu d'autres cas de peste dans les lazarets: *Il n'y en a pas eu.* Par conséquent, les 26 cas viennent de bâtiments déjà pestiférés, et tout bâtiment arrivésain est resté dans le port. Or, s'appuyant sur ces faits sur les réponses des directeurs des Lazarets et sur l'enquête du Secrétaire du conseil supérieur de Santé faite par ordre du gouvernement, il est prouvé, pour Marseille, Gènes, Livourne, Venise et Malte :

- 1° Que jamais la peste ne s'est montrée pendant la quarantaine, si elle n'avait existé pendant la traversée;
- 2° Que les bâtiments arrivés en bonne santé, provenant

d'un lieu même infecte, n'ont jamais eu d'attaques après l'arrivée ;

3° Que les marchandises de ces bâtiments n'ont jamais communiqué la peste dans les lazarets.

Donc, on peut admettre, en libre pratique et sans danger tout bâtiment qui arrive sans cas de peste.

Telle est la rigoureuse conséquence que les faits donnent. Il serait très-logique d'agir ainsi. Nous dirons même plus : C'est la voie que le gouvernement a suivie pour lever les quarantaines d'Alger. Il s'est appuyé sur 6 faits et une expérience de 100 ans, tandis que nous nous appuyons pour demander une réforme, sur 64 faits et une expérience de 124 ans.

Des foyers de peste.

Si nous avons dit qu'il fallait agir d'après les faits sans s'occuper de la contagion, de la non-contagion ou de l'infection, nous avons ajouté aussi qu'il fallait prendre en considération, au point de vue du fait et non au point de vue scientifique, la durée de la période d'incubation et les foyers de peste, que personne ne s'est avisé de nier.

Nous allons donc, avant de passer à la conclusion et formuler notre proposition de réforme, établir ce que l'on sait sur les foyers de peste et sur la durée de la période d'incubation.

Des foyers de peste se forment-ils à bord des navires, et peuvent-ils se transporter ? Sans aucun doute, puisque les faits sont-là qui le prouvent : Mais aussi, ces foyers éclatent toujours en route, et, de plus, ils peuvent se dissiper et

se détruire, car il est constant que si l'on change une des choses qui forment le foyer on l'anéantit.

Je vais m'expliquer par un exemple : Pendant trois ans et demi, j'ai observé la peste à l'état endémique à Alexandrie, où elle existe toujours. Dans cet espace de temps, jamais un cas, dans une maison, n'a été suivi d'un second, malgré des contacts multipliés, lorsque les personnes qui avaient été en contact quittaient l'endroit, la maison où avait eu lieu la première attaque, et où s'était formé le foyer de la peste; tandis qu'au contraire, il est arrivé, qu'une première attaque a été suivie d'une seconde, lorsque les individus, ne voulaient ni nettoyer ni quitter la maison où existait le foyer qui avait causé la première attaque : il y a plus, les individus en contact avec le pestiféré, ayant été placés dans une autre maison, il est arrivé que le gardien de la maison infectée, et qui n'avait nullement touché le pestiféré, prenait la peste, tandis que ceux qui avaient été en contact restaient bien portants, ce qui prouve que le foyer était dû aux effets et à la localité. En un mot, si une seconde attaque a quelquefois suivi une première, cela a eu lieu non par rapport au contact, mais par ce que l'on ne changeait rien au foyer primitif de peste.

Même encore aujourd'hui, à l'arsenal d'Alexandrie, et ceci m'a été certifié par l'ingénieur en chef du pacha, il ne se passe pas un mois sans qu'un cas de peste se présente dans une chambrée d'ouvriers. Ce cas est très-souvent suivi d'un second, d'un troisième, dans la même chambrée d'ouvriers, qui, toujours, travaillent en contact avec le reste des ouvriers de l'arsenal, sans leur communiquer la peste. On ne parvient à faire cesser les attaques

dans la chambre qu'en agissant comme nous l'avons dit plus haut, c'est-à-dire en dissipant le foyer d'infection. Ce fait a lieu depuis 1834.

Dans le Levant les foyers de peste se forment spontanément; c'est ce qui arrive dans le port pour les navires: car, ce n'est pas en mer que le foyer se forme, il est tout formé au départ; seulement ses conséquences éclatent en mer. Le fait et l'expérience prouvent que l'on peut dissiper les foyers de peste en changeant les conditions qui les forment: En effet, que fait-on dans les lazarets pour les bâtiments pestiférés? Pas autre chose: soit en déchargeant les marchandises, soit en les exposant sur le pont, on change les conditions du foyer, on l'anéantit: il suffit donc de faire un changement à l'état des choses pour qu'à l'instant le foyer ne soit plus dangereux. Il en est pour la cause de la peste, si toutefois elle contagieuse, à peu près comme pour les poisons: Prenez, par exemple, du sublimé corrosif à haute dose, vous vous empoisonnerez, tandis que le même agent toxique donné à dose fractionnées ne produira aucun effet fâcheux.

En résumé, on voit, par ce qui précède, que les foyers de peste existent; qu'ils peuvent se transporter et se dissiper; que par conséquent, dans une réforme sanitaire, il faudra les prendre en considération. Nous dirons cependant que l'administration doit se montrer sévère à ce sujet, et agir rigoureusement lorsqu'un bâtiment arrivera avec un foyer de peste. Que les intendances sanitaires se conduisent sur ce point comme elles l'entendront, elles sont bien sûres de ne pas être prises au dépourvu, puisque les foyers éclatent toujours dans la traversée, comme les faits le prouvent; mais aussi qu'elles ne s'opposent pas à ce que

l'on donne libre pratique aux bâtiments qui arrivent sains, puisqu'il n'ont pas de foyer de peste à bord.

De la période d'incubation.

Un point important à décider, c'est la durée de la période d'incubation, c'est-à-dire le temps pendant lequel la peste peut rester à l'état latent chez les individus, après le départ du bâtiment.

Lorsque la peste a éclaté à bord, comme on peut le voir dans les soixante-quatre faits d'importation, chaque fois que le premier cas a eu lieu, il a toujours été noté dans un espace de temps assez court, de deux à huit jours après le départ, encore n'y a-t-il eu qu'une seule attaque au bout de huit jours ; c'est sur le *Léonidas*, paquebot vapeur, venant du milieu de l'épidémie qui régnait à Constantinople, en 1837. Or, pour ce qui regarde la période d'incubation, ce qu'il importe à l'Europe de savoir, c'est ce qui se passe à bord des bâtiments qui peuvent arriver dans nos lazarets avec des foyers de peste, afin de constater si un navire venant des échelles du Levant, peut apporter des germes de peste qui ne se déclareraient qu'après son arrivée ; il faut donc recourir aux faits et voir, d'après la date du départ et la date du premier cas, quelle a été la période d'incubation. Eh bien, depuis cent vingt-quatre ans, la peste s'est toujours déclarée en mer huit jours au plus après le départ.

Tous les hommes qui ont étudié sérieusement la peste, sans se laisser influencer, ont généralement reconnu une période d'incubation de deux à huit jours, qu'ils soient

ou non contagionistes. Tous les faits que nous avons recueillis sur les lieux où règne la peste, et dans les auteurs modernes, ne passent pas huit jours. Les anciens seuls, comme on l'a vu, en ont noté de plus longue durée. Quelques modernes fixent aussi la période d'incubation à plus de huit jours ; mais ce n'est qu'une opinion, ils n'ont pas de faits. Dans le deuxième rapport du Secrétaire du conseil de santé, déjà cité, se trouvent deux faits où la période d'incubation aurait été chez l'un de dix jours trois quarts, pour l'autre de neuf jours trois quarts. Mais M. le secrétaire, par un raisonnement fort juste, réfute lui-même les deux faits en disant : « Les personnes qui ne
« croient pas à la nécessité de longues quarantaines, les
« voudraient de dix à douze jours au plus (et ces personnes sont encore assez nombreuses dans le Levant),
« pourraient faire observer que la peste régnant alors à
« Alexandrie. M. Bella a pu prendre la peste dans l'air infecté de la ville, et que l'incubation pourrait bien en réalité n'avoir pas duré dix jours trois quarts. »

Nous ajouterons à ce juste raisonnement, que M. Bella, qui a raconté le fait qui lui serait arrivé, a parlé contre sa conviction, et ne croit pas à une période d'incubation de dix jours trois quarts. En voici la preuve : en 1835, le conseil sanitaire d'Alexandrie, conseil très-contagioniste, qui avait pour médecin ce même M. Bella, a fixé à huit jours d'observation, la quarantaine que l'on impose à ceux qui ont été en communication directe avec les pestiférés, je l'ai vu et éprouvé.

C'était, d'après l'avis de MM. Grassi et Bella, médecins, sur la durée de la période d'incubation de la peste, que le

conseil agissait ainsi; il paraîtrait que le médecin Bella avait, lors de cette décision, en 1835, oublié le fait personnel qui lui est arrivé en 1819, et qu'il s'en serait souvenu seulement en 1839; de plus, M. Bella, que j'ai connu pendant quatre ans, ne m'a jamais parlé de ce fait. Ceci peut donner une idée de la manière dont on compose les histoires de peste!

Pour ma part, je n'ai jamais observé, soit au milieu de l'épidémie, soit au milieu de l'endémie, une durée de la période d'incubation qui puisse être rapportée à plus de cinq jours, et pendant quatre ans j'ai vu et constaté bien des cas de peste! Quoi qu'il en soit, ce qui se passe en Orient, dans un pays où la peste règne continuellement, ne peut nous servir que comme renseignement pour l'Europe, comme document pour fixer la période d'incubation et pour aider la réforme des quarantaines.

Ce qu'il nous faut surtout bien constater, c'est que, à bord des bâtiments qui ont eu des cas de peste, la durée de la période d'incubation a été au plus de huit jours, prenant pour point d'invasion de la maladie le jour du départ. Scientifiquement, on pourra nous dire: mais l'invasion a peut être eu lieu deux ou trois jours avant ou après le départ? Peu nous importe: ce qui est certain, c'est que la peste a toujours éclaté du deuxième au huitième jour de mer, que par conséquent, on peut se fixer sans crainte à ce chiffre de huit jours, le prendre en grande considération dans une proposition de réforme.

Le plus court voyage aujourd'hui, par les bâtiments à vapeur d'Alexandrie à Marseille, peut être de huit jours, c'est-à-dire qu'un cas peut se déclarer à l'arrivée. Ce fait n'a eu lieu que pour le Léonidas, venant

d'un foyer épidémique. Eh bien, que l'on rassure les populations et les âmes timorées, en donnant quelques jours de quarantaines aux bâtiments qui viendront d'un milieu où la peste règne épidémiquement. Ce temps devra sagement être combiné avec les intérêts politiques et commerciaux de la France, afin qu'il ne leur nuise en aucune façon.

Nous insistons ici sur ces mots, lorsque la peste règne épidémiquement, parce que, la seule fois que la peste ait mis 8 jours à se développer à bord, le bâtiment venait d'un foyer épidémique. Si l'on disait qu'il faudrait infliger une quarantaine de quelques jours lorsque la peste règne, nous répondrions que la peste règne toujours en Orient, qu'elle est endémique sur tout le littoral, et dans toutes les échelles du Levant. Nous en avons donné la preuve dans l'ouvrage que nous avons publié (1).

De plus, les faits connus, et c'est même l'opinion des contagionistes du conseil de santé d'Alexandrie, démontrent que la peste endémique offre peu de dangers sous le rapport de la contagion : c'est ce qui leur a fait dire, *qu'il y a une peste contagieuse et une peste qui ne l'est pas*. On ne doit donc porter son attention que sur la peste épidémique.

RÉSUMÉ ET PROPOSITIONS.

Résumons-nous. — Il est bien constaté que la base des quarantaines et des lois sanitaires est ébranlée; que si la contagion, qui fait la base de tout le système, était quelque

(1) *De la peste ou typhus d'Orient*, 1 vol, in-8°.

peu certaine, les mesures sanitaires ne pourraient empêcher la propagation de la peste ; puisque ces mesures sont à la merci de chaque individu, de chaque gouvernement, qui les élude selon sa volonté. Par conséquent, tout le monde doit être d'accord sur la nécessité de modifier les quarantaines.

Il est certain, de plus, que l'Angleterre et l'Autriche ont admis un principe qui fait perdre à la France les avantages de sa position géographique ; que ce fait, fort grave, demande une prompte réforme en France. L'ordonnance ministérielle du 22 juin 1843 ne remédie à rien, ainsi que je l'ai démontré.

Trois moyens ont été ensuite naturellement indiqués :

1^o Ou abolir nos quarantaines ; 2^o ou faire mettre l'Angleterre et l'Autriche en quarantaine avec l'Europe ; 3^o ou forcer ces puissances à s'imposer des quarantaines égales aux nôtres, abstraction faite du temps du voyage. On a vu que ces trois propositions sont inexécutables.

Enfin nous avons interrogé la science, elle n'a pu nous donner une solution mathématique. Il ne reste donc plus que les faits et l'expérience, dans lesquels il nous faut trouver cette solution et un moyen équivalant à une abolition des quarantaines, moyen qui amène à une réforme sans danger, sans froissement aucun, et qui rende à la France les avantages qu'elle doit à sa position géographique.

Tel est l'état de la question :

Quelles sont donc les conditions qui doivent être remplies pour qu'un gouvernement sage et éclairé accepte un projet de réforme complet ?

1^o Conserver les avantages de notre position géographique ;

2° Lever les entraves qui gênent le commerce et les communications;

3° Empêcher l'introduction de la peste en Europe, la supposant contagieuse;

4° Rassurer les populations sur l'effet des nouvelles mesures;

5° Ne nuire en rien aux intérêts publics et particuliers;

Le projet qui suit va directement au but, et remplit entièrement ce programme; il découle naturellement des faits déjà cités.

Il est prouvé, d'après soixante-quatre faits et une expérience de cent vingt-quatre ans :

1° Que si la peste a dû se montrer après l'arrivée, elle a toujours éclaté dans la traversée;

2° Que les bâtiments arrivés sans attaques, venant même d'un foyer épidémique, n'ont jamais eu d'attaques en quarantaine;

3° Que les marchandises des bâtiments sans attaques n'ont jamais communiqué la peste dans les lazarets;

4° Que s'il existe un foyer de peste à bord, il éclate toujours en mer, et qu'il est facile de le dissiper;

5° Que la période d'incubation à bord n'a jamais passé 8 jours, à dater du jour du départ.

Ainsi on pourrait proposer ce seul article :

Tout bâtiment venant des Echelles du Levant, qui n'aurait pas eu de cas de peste en mer, sera admis en libre pratique le neuvième jour après son départ.

Ce serait logique; mais on a vu qu'il y avait d'autres conditions à remplir, des conditions que l'on peut appeler morales. Ce seul article ne les satisferait pas.

En conséquence, nous proposerons
De diviser les navires en deux catégories :

- 1° Navires de guerre et paquebots;
- 2° Navires marchands;

D'admettre deux patentes seulement, la patente nette et la patente brute.

La patente brute, lorsque les navires viendront d'un foyer épidémique ;

La patente nette, lorsqu'ils viendront d'un lieu que l'épidémie ne ravage pas (1).

Avec la patente brute, infligez 5 jours de quarantaine d'observation aux paquebots, aux navires de guerre, ainsi qu'aux passagers des bâtiments marchands débarqués au lazaret, aux marchandises, 10 jours de quarantaine d'observation, avec maniement des marchandises à bord.

Avec la patente nette, pour les paquebots, navires de guerre et passagers des bâtiments marchands, 24 heures d'observation ; aux marchandises, 5 jours.

Lorsqu'il y aura un cas de peste dans la traversée, et même un malade à bord, la maladie n'étant pas bien caractérisée, donner à l'intendance sanitaire la liberté d'agir aussi rigoureusement qu'elle l'entendra.

Résultats.

En adoptant cette réforme, atteindra-t-on le but proposé ? On va le juger au simple exposé des résultats.

Conserve-t-on à la France les avantages de sa position géographique ? Les chiffres vont parler.

(1) On ne doit pas oublier que l'épidémie n'arrive que tous les 7 ans au plus, et dure 6 mois seulement. La patente brute sera donc très-rare.

Provenances d'Alexandrie d'après ma proposition :

Tableau comparé des lignes française et anglaise.

D'Alexandrie à Paris, ligne française directe,	746	11	jours de route.
D'Alexandrie à Paris, ligne anglaise,	1224	19	id.
<i>Avantage de la France,</i>	478 fr. et	4 j.	<i>Avantage de la France.</i>

D'Alexandrie à Londres, ligne française,	891 fr. et	21	jours de route.
D'Alexandrie à Londres, ligne anglaise,	1212	17	id.
<i>Avantage de la France.</i>	321 fr. et	4 j.	<i>Avantage de l'Angleterre.</i>

Cet avantage de l'Angleterre, de 4 jours, peut être enlevé facilement, si, étant pressé de se rendre à Londres, on part par la poste de Marseille le jour de la sortie du lazaret et si on ne s'arrête pas à Paris ; de Marseille à Londres on peut s'y rendre en 6 jours au lieu de 11 comme je l'ai porté, ce qui ferait 16 jours, par conséquent, 1 jour encore à l'avantage de la ligne française. On peut apprécier l'avantage d'argent par les chiffres.

Provenances de Constantinople :

De Constantinople à Paris, ligne française,	755 fr. et	20	jours de route.
De Constantinople à Paris, ligne allemande,	660	33	id.
<i>Pour l'Allemagne,</i>	95 fr. et	13	jours <i>pour la France.</i>

De Constantinople à Londres,
ligne française, 900 fr. et 25 jours de route.

De Constantinople à Londres,
ligne allemande, 805 38 id.

Pour l'Allemagne, 95 fr. et 13 jours pour la France.

De Constantinople à Londres
ligne française, 900 fr. et 25 jours de route.

De Constantinople à Londres,
ligne allem., par la Belgique, 775 35 id.

Pour l'Allemagne. 127 fr. et 10 jours pour la France.

Le résultat de ma proposition ne laisse plus à l'Allemagne qu'un bénéfice de 95 francs, et donnerait à la France 13 jours d'avantage. Pour se rendre à Londres le résultat serait le même ; mais si l'on passe par la Belgique et la route du Danube, le bénéfice pour l'Allemagne serait de 127 francs, la ligne française ne compterait plus que 10 jours d'avantage.

Tableau comparé des lignes française et anglaise.

De Constantinople à Paris,
ligne française, 755 fr. et 20 jours de route.

De Constantinople à Paris,
ligne anglaise, 1232 20 id.

Avantage pour la France, 577 fr. et 0

De Constantinople à Lon-
dres, ligne française, 900 fr. et 25 jours de route.

De Constantinople à Lon-
dres, ligne anglaise, 1195 18

Pour la France, 295 fr. et 7 j. Pour l'Angleterre.

Si l'on adoptait ma proposition, le seul bénéfice pour la ligne Anglaise serait de 7 jours pour se rendre à Londres, tandis que la ligne française aurait un avantage d'argent pour Paris de 377 francs et pour Londres de 295. J'ai démontré quelques lignes plus haut comment on pouvait diminuer l'avantage de temps de l'Angleterre.

Je n'examinerai pas la question avec le régime de la patente brute de 5 jours d'observation ; pour tous les points et pour tous les pays, ce serait alors une augmentation égale de temps et de dépenses. Ce cas sera l'exception.

Ainsi, par cette modification des lois sanitaires, la France aurait, sur l'Allemagne, l'avantage des jours, et celle-ci seulement un léger bénéfice d'argent. Sur l'Angleterre, l'avantage d'argent, l'égalité de temps pour Paris et la France ; seulement, il resterait un bénéfice éventuel de temps pour Londres.

Qui empêche de réduire le prix de nos vapeurs, si cette réduction doit attirer plus de voyageurs et plus de transports ? Je sais que l'on m'opposera le déficit ; mais on peut répondre que le prix élevé de nos bateaux à vapeurs pour les transports, est la conséquence d'une mauvaise organisation ; qu'ils fassent comme les paquebots autrichiens et anglais, qu'ils prennent des marchandises, ils pourront naviguer à très bon compte et il n'y aura pas de déficit, au contraire, des bénéfices qui permettront de tourner l'avantage d'argent de notre côté.

Remarquez comme tout se lie et comme à chaque instant il faut faire des excursions dans le domaine administratif ! Si les paquebots français ne transportent pas de marchandises, c'est la faute de l'organisation des quar-

rantaines actuelles qui font une distinction pour les bâtiments chargés de marchandises; dans ce cas, les paquebots seraient assimilés à des bâtiments marchands, et au lieu de 20 jours de séquestration, comme ils sont soumis aujourd'hui, ils seraient condamnés à 25 jours et plus.

Enfin, ce n'est pas la seule amélioration à faire dans notre service des paquebots; pourquoi n'établirait-on pas pour Constantinople, comme pour Alexandrie, une ligne directe de bateaux à vapeur; ou bien, pourquoi n'organiserait-on pas ce service pour arriver en 10 jours, ce qui est non-seulement possible, mais facile. Voici quel en serait le résultat, sans diminuer le prix actuel des transports :

Tableau comparé des lignes française et allemande.

De Constantinople à Paris,			
ligne française,	751	fr. et 16 jours de route.	
De Constantinople à Paris,			
ligne allemande,	660	33	id.
Pour l'Allemagne,	71	fr. et 17 jours	pour la France.
De Constantinople à Londres,			
ligne française,	876	fr. et 21 jours de route.	
De Constantinople à Londres,			
ligne allemande,	805	38	id.
Pour l'Allemagne,	71	fr. et 17 jours	pour la France.
De Constantinople à Londres,			
ligne française,	845	fr. et 21 jours de route.	
De Constantinople à Londres,			
lig. allemande par la Belgique,	773	35	id.
Pour l'Allemagne,	82	fr. et 14 jours	pour la France.
1843. Octobre. T. III.			14

Tableau comparé des lignes française et anglaise.

De Constantinople à Paris,			
ligne française,	731 fr.	et 16 jours de route.	
De Constantinople à Paris,			
ligne anglaise,	1232	20	id.
<i>Pour la France,</i>	501 fr.	et 4 jours	<i>pour la France.</i>
De Constantinople à Londres,			
ligne française,	845 fr.	et 21 jours de route.	
De Constantinople à Londres,			
ligne anglaise,	1195	18	id.
<i>Pour la France,</i>	350 fr.	et 3 j.	<i>pour l'Angleterre.</i>

Par ce tableau, on peut voir qu'il ne resterait plus à l'Allemagne, sur la France, que 71 ou 82 francs; mais il y a à notre avantage 14 et 17 jours de route; que l'Angleterre, pour Londres seulement, ne trouverait que 3 jours, bien compensés par 350 francs pour la France, et l'ennui d'une longue route par mer; le bénéfice de 3 jours, pour Londres, est facile à annihiler, en évitant les retards. Enfin si l'on admet à bord des marchandises, on enlèvera à la ligne des paquebots allemands le léger avantage d'argent qui lui reste.

Alors tout sera en faveur de la ligne des bateaux à vapeur français, sur ceux de l'Autriche et sur ceux de l'Angleterre.

En résumé, les quarantaines et les lois sanitaires, telles qu'elles existent aujourd'hui, donnent :

A la ligne autrichienne sur la ligne française.

Pour les provenances de Constantinople, un avantage de temps et d'argent :

Pour aller à Paris, de	10 jours et 316 francs.
Pour aller à Londres, de	13 jours et 318 francs.

A la ligne anglaise sur la ligne française.

Un avantage de temps qui est :

Pour se rendre d'Alexandrie à Londres, de	20 jours.
— d'Alexandrie à Paris (par l'Angleterre), de	16 jours.
— de Constantinople à Londres, de	30 jours.
— de Constantinople à Paris (par l'Angleterre), de	25 jours.

L'accroissement des dépenses par la ligne anglaise est de :

127 francs	pour aller d'Alexandrie à Londres.
284 —	d'Alexandrie à Paris.
74 —	de Constantinople à Londres.
256 —	de Constantinople à Paris.

Un examen attentif prouve que cet accroissement de dépenses est loin de compenser la perte de temps que l'on est forcé de subir par la ligne des paquebots français.

A part donc ce léger avantage d'argent, tout est au dé-

triment de la France, grâce à nos institutions sanitaires.

Si mon projet est mis à exécution, si par la modification des quarantaines on peut accepter à bord des marchandises, ce qui permettra d'abaisser le prix des voyages, si la route n'est plus que de 10 jours pour Constantinople comme pour Alexandrie, alors la ligne des paquebots à vapeur français aura :

Sur la ligne autrichienne.

Pour les provenances de Constantinople, un avantage de temps :

Pour aller à Paris, de 14 jours.

Pour aller à Londres, de 17 jours.

Le prix des transports sera égal.

Sur la ligne anglaise.

Pour les provenances d'Alexandrie ou de Constantinople, un avantage d'argent et de temps :

Pour aller à Paris, de 500 francs et 4 jours.

Pour aller à Londres, de 350 francs avec égalité dans le temps de la route.

L'existence des paquebots anglais de la Méditerranée est entièrement due à nos quarantaines actuelles : modifiez-les, et ces paquebots ne pourront plus exister.

Enfin, on a dû remarquer, dans la réforme proposée, que la patente brute frappe les bâtiments dans le cas seulement où la peste règne épidémiquement au point de départ, et comme

les épidémies sont heureusement rares, il se trouvera que les choses seront absolument le contraire de ce qu'elles sont aujourd'hui. Dans le système actuel, presque tous les bâtiments arrivent avec patente brute ou suspecte; ils arriveront, au contraire, presque toujours avec patente nette. La peste épidémique revient, terme moyen, tous les 7 ans dans chaque localité et ne dure que 4 à 6 mois, de sorte que sur 7 années, vous n'aurez que 4 à 6 mois de patente brute et 6 ans et demi de patente nette.

Quant à ce qui regarde nos intérêts commerciaux, nous osons à peine en parler, par rapport aux avantages qui en résulteront pour la France et Marseille surtout. La quarantaine d'observation ne causant aucun frais et par conséquent offrant un grand bénéfice de temps et d'argent, donnera d'abord ce premier bénéfice, qui est évalué à 4 ou 5 pour cent de plus, soit pour l'Angleterre, la Belgique et la Hollande. Nous aurons sur ces pays l'avantage : 1^o du prix du fret d'un plus long voyage, qui est au moins d'un mois; 2^o de l'intérêt de l'argent de la cargaison pendant ce mois; 3^o de l'assurance maritime qui est au moins doublée, de sorte que par la réforme proposée les marchandises d'Orient, rendues à Marseille, coûteront bien meilleur marché que dans les pays désignés plus haut.

Que l'on prononce maintenant si la première et la deuxième condition du programme que nous nous sommes posés ne sont pas bien remplies; si la France ne reprend pas les avantages de sa position géographique, si les entraves qui gênent le commerce et les communications ne sont pas levées !

Mais empêchera-t-on l'introduction de la peste en Eu-

rope, en supposant qu'elle est contagieuse? Que faut-il de plus qu'une expérience de 124 années? Tous les faits que nous avons cités prouvent que la peste n'a jamais été introduite par des bâtiments arrivés sans accidents en mer; cette expérience ne doit-elle pas rassurer les populations et les départements, bien autrement que les six faits qui font la base de l'ordonnance qui détruit les quarantaines d'Alger! Lorsque la peste n'aura pas éclaté dans la traversée, qui pourra craindre qu'elle éclate dans le port, puisque cela seul prouve qu'il n'y a pas de foyer de peste à bord! De plus, bien que l'on puisse, à la rigueur, se passer d'une quarantaine quelconque, n'avons-nous pas proposé une observation de cinq jours, lorsque le bâtiment viendra d'un foyer épidémique, c'est-à-dire avec patente brute? Dans le cas d'une attaque pendant la traversée et même d'une maladie qui ne serait pas bien caractérisée, n'avons-nous pas dit qu'il fallait s'en remettre au bon plaisir des intendances sanitaires? Que faut-il donc de plus pour rassurer les hommes qui raisonnent?

Les populations, qui, sur ce point, ne raisonnent pas, verront les lazarets toujours exister, car il en faudra pour la quarantaine de cinq jours des passagers, des bâtiments marchands et même des paquebots, pour les marchandises et les équipages des bâtiments qui pourraient avoir la peste à bord.

Les intérêts particuliers et les amours-propres ne seront pas lésés, puisqu'il faudra, comme aujourd'hui, des intendants et des employés sanitaires que l'on pourra réduire peu à peu sans nuire et sans faire crier. Il n'y aura que les portefaix et les gens de peine qui se trouveront diminués de

beaucoup; mais ces hommes, qui ne sont aux lazarets qu'à tant par journée, trouveront facilement à s'employer ailleurs. Marseille elle-même devra se réjouir d'une telle réforme, elle se trouvera rassurée sur l'avenir de son commerce. A part même les avantages de cette nouvelle position, cette ville ne craindra plus de voir le Havre lui faire une redoutable concurrence, comme cela est prouvé dans le rapport de M. Hély d'Oissel, en 1825, concurrence qui n'était due qu'à ses quarantaines actuelles, et qui peut recommencer !.....

Ainsi, intérêts généraux, intérêts de localité, intérêts particuliers, tous seront satisfaits. Ce projet de réforme, reposant sur des bases certaines, des faits, équivaut donc à une abolition presque complète de la quarantaine actuelle, sans danger, sans froissement aucun et sans répandre la terreur parmi les populations.

Nous terminerons par l'examen d'une objection qui ne manquera pas d'être faite : les nations du littoral de la Méditerranée adopteront-elles une telle réforme ? D'abord, il suffit que la France l'adopte, et rien ne peut l'en empêcher si elle le veut : puis, pourquoi l'Italie et l'Espagne refuseraient-elles de s'y conformer ? Les intérêts de ces pays sont, dans cette question, presque identiques aux nôtres ; l'Autriche l'a bien senti par rapport à Trieste. Si le commerce de cette ville avait continué à subir de longues quarantaines, il n'aurait pu lutter dans le nord de l'Allemagne et même dans le centre avec celui de l'Angleterre et de la Hollande qui ne font pas de quarantaine. Nous savons que l'Italie est très-craintive sur cette question ; mais est-ce une raison, parce que d'autres ont peur, pour ne pas avancer ? Présentez une réforme, qu'elle soit basée

sur des faits irréfutables, qu'elle soit logique, raisonnable, et ceux qui auront peur se tairont. Mais ce n'est pas des pays de la Méditerranée que viendront les difficultés, c'est de l'Angleterre et de l'Autriche, qui verront avec peine, avec jalousie la France reprendre la position qu'elles voulaient lui enlever clandestinement. Ce sont donc les menées de ces puissances qu'il faudra surveiller; elles n'oseront agir ouvertement, ce serait contre les principes qu'elles ont mis en avant; elles ne peuvent reculer, car elles nuiraient à leurs intérêts politiques et commerciaux. Il y a même plus, elles seront forcées de soutenir dans cette question ce que voudra la France. Notre pays doit reprendre sa place, se mettre à la tête d'une réforme sanitaire sage, logique et générale; ses intérêts lésés, sa position usurpée, tout lui en fait un devoir et même une nécessité.

Proposition formulée.

ARTICLE I^{er}. Les provenances de l'empire ottoman, de l'Égypte, de la Grèce, de la mer Noire, et des Régences, sont soumises à deux patentes : la patente nette et la patente brute.

ART. 2. La patente brute est délivrée par les autorités, aux navires qui quittent les pays ci-dessus lorsqu'il règne une épidémie de peste dans les lieux où ils ont opéré leur chargement.

ART. 3. La patente nette est délivrée lorsqu'il n'y a pas d'épidémie de peste.

ART. 4. Tout bâtiment de guerre ou paquebot à vapeur est soumis, passagers, équipage et navire : avec pa-

tente brute à 5 jours de quarantaine d'observation avec maniement des effets, soit à bord, soit au lazaret ; *avec patente nette* à 24 heures d'observation.

ART. 5. Tout navire marchand est soumis, équipage et marchandises : *avec patente brute*, à 10 jours de quarantaine d'observation avec maniement des effets et des marchandises à bord. Les personnes débarquées au lazaret ne subiront qu'une quarantaine de 5 jours. Avec *patente nette*, la quarantaine sera de 5 jours avec maniement des effets et des marchandises. Pour les personnes débarquées elle sera de 24 heures.

ART. 6. Tout bâtiment arrivant, avec ou ayant eu un cas de peste, ou même avec une maladie suspecte, est soumis à la quarantaine que lui imposera l'intendance de la santé.

Si ce projet était pris en considération et proposé aux autres puissances de l'Europe, il faudrait prendre le chiffre moyen du temps de voyage et en tenir compte. Ainsi pour Malte, avec les bateaux à vapeur, le terme moyen du voyage direct d'Alexandrie à Malte étant de 5 jours, avec *patente nette*, on devra fixer la quarantaine à 5 jours, et avec *patente brute*, à 10. De même à Livourne, à Trieste, selon la distance.

NOTES.

Extrait d'une demande et pétition faite au Ministre du commerce, par une société de Marseille.

« La moyenne pour un navire à voiles, venant d'Alexandrie à Marseille, est de 50 jours, et de Constantinople de

« 40 jours, plus 40 jours de quarantaine. Comment lutter
 « contre le commerce de Trieste, dont les bateaux à vapeur
 « accomplissent la traversée en quatre fois moins de temps,
 « et qui désormais sera presque affranchi des quarantaines,
 « puisque, à l'instar des lignes anglaises, elle obtiendra que
 « les jours de navigation lui comptent comme séjour au
 « lazaret ; ces paquebots portent des marchandises. »

La même demande contient ce qui suit :

« Les dépenses et recettes de nos lignes de paquebots
 « sont à peu près égales pour 1841.

Transport des matières d'or et d'argent	187,000 fr.
Voyageurs.	1,213,000
Droit de transit sur les lettres étrangères,	1,289,000
Total des recettes,	2,689,000 fr.

« En 1842, plus de correspondance étrangère : la ligne
 « anglaise et autrichienne, directe, annulera ce produit ;
 « ce sera un déficit de 1,289,000 francs pour 1842.

« Pour 1843, l'administration demande 5,000 000 ; le dé-
 « ficit sera plus grand. »

*Extrait d'une lettre écrite par une maison de commerce de
 Marseille au Ministre du commerce.*

« L'Angleterre vient d'établir des lignes directes pour
 « le Levant, et elle les affranchit presque des quarantaines,
 « en comptant les jours de navigation comme séjour au
 « lazaret.

« L'Autriche suit ses traces, et sa ligne de bateaux à

« vapeur , ainsi que la ligne anglaise, porte des marchan-
« dises.

« En 1841, les dépenses de nos lignes du Levant ont à
« peu près égalé les recettes.

« En 1842, l'administration calcule les dépenses à
« 2,596,081 fr. Mais dans cette année, supposant, comme
« pour les années précédentes, les recettes égales aux
« dépenses, il faudrait en retrancher le produit que les
« lignes étrangères nous enlèvent, et qui était, en 1841, de
« 1,289,000 fr., ce qui forme le chiffre du déficit.

« Mais pour 1843, l'État demande 5,000,000, n'établis-
« sant qu'une ligne de plus, la ligne directe de Marseille à
« Alexandrie, ce qui n'augmentera pas les recettes de
« beaucoup. Le déficit sera de 2 1/2 à 3 millions.

Ces deux lettres ont été écrites par des personnes bien
informées et qui demandaient une organisation nouvelle
de nos paquebots, afin de couvrir le déficit et de lutter
contre l'Autriche et l'Angleterre.

Extrait du journal la Presse, 8 décembre 1842.

18,334 ardeps de marchandises (l'ardep varie de 96 à
105 k. suivant la nature du produit) arrivés sur 8 navires,
à Marseille, ont coûté :

Portefaix, travail et quarantaine,	11,806 fr.
Droit de lazaret,	,090
Sortie du lazaret,	7,546
Total.	28,442 fr.

Ce qui revient pour 2,400 ardeps déchargés au Lazaret

et rendus, après purification, sous le hangar de la douane, à 3,722 fr. A Malte, la même quantité de marchandises coûterait dans les mêmes conditions 1,285. Ce qui donne en faveur de Malte une différence de 2,437 par 2,400 ardeps, ou 18,518 fr. pour la totalité.

La première cause de ce déficit est l'interminable longueur de la quarantaine française qui ne commence qu'après le dernier ballot débarqué, tandis que la quarantaine de Malte commence avec le débarquement.

La seconde cause est dans le salaire des porte-faix : à Malte ils coûtent 2 fr. 50 c., à Marseille 4 fr. 50 c. On vous les impose à ce prix. Il en résulte que des navires français font la quarantaine à Malte, et prennent ensuite libre pratique pour Marseille.

COMMUNICATION

Faite à la Société de médecine de Paris,

SUR LE TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE.

PAR M. LE DOCTEUR LEMOINE.

Imprimée par décision de la Société.

J'ai à vous entretenir de trois cas d'épilepsie dans lesquels, jusqu'à présent, le succès a été aussi satisfaisant que possible. L'avenir confirmera-t-il ces heureux résultats? J'en ai l'espoir, et, dès ce moment, je me trouve heureux d'avoir pu apporter un soulagement marqué à la cruelle affection dont mes trois malades étaient atteints. Causant l'année dernière avec notre honorable confrère, M. le docteur Pinel-Grandchamp, de l'épilepsie, il me parla des bons effets

qu'il avait obtenus pendant les attaques d'épilepsie de l'usage d'une potion dont la formule lui avait été indiquée par M. le docteur Delanglard. Voici cette formule :

℥ Eau distillée de tilleul,	64,0
— de laurier cerise,	12,0
Sirop de fleurs d'oranger,	32,0
Ammoniaque liquide, douze gouttes.	

M. S. A.

M. Pinel-Grandchamp avait vu les attaques, dont il avait eu soin de constater d'abord l'intensité, la durée et la fréquence, diminuer sous ce triple rapport ; M. Delanglard, qui lui avait donné la formule, avait obtenu de nombreux succès, en donnant en une seule fois cette potion, au moment des prodromes de l'accès qu'il cherchait à faire reconnaître par ses parents, et possédait aussi plusieurs faits de cette nature. Je conçus alors l'idée d'employer d'une manière préventive cette potion dont les effets pendant les attaques étaient si bienfaisants ; c'est le résultat de mes observations que je viens vous soumettre aujourd'hui.

Première observation. — X., âgé de trente-six ans, d'une taille élevée, d'une constitution assez bonne d'abord, mais que les excès ont altérée, a été d'abord marin. Pendant onze ans, il est resté dans cette carrière, et, pendant son séjour aux îles, il a contracté l'usage des boissons alcooliques ; il buvait près de deux chopines d'eau-de-vie par jour. Libéré du service maritime, il travaillait comme menuisier, au mois de mai 1844, dans une maison en construction rue de Sèvres, lorsqu'il fut pris d'un étourdissement ; il tomba du quatrième étage de cette maison au premier. On combattit par les moyens appropriés les acci-

dents cérébraux qui survinrent. Un mois après sa chute, il éprouva le matin un sentiment de constriction à la base de la poitrine, de l'étourdissement, et il perdit connaissance; la face, d'abord pourpre, devient presque noire, les yeux sont fermés, la bouche éprouve d'horribles convulsions, une salive écumeuse s'en échappe, la respiration est lente, les membres se contournent ou sont d'une raideur comme tétanique; au bout d'une heure, il pleure abondamment; les accidents cessent; le malade ne se rappelle point ce qui s'est passé; il se plaint seulement d'une fatigue extrême et d'une insurmontable envie de dormir. Les accidents nerveux dont je viens de parler se renouvellent: ils ont lieu jusqu'à quatre ou cinq fois par semaine. Le malade est obligé d'interrompre son travail, qui [faisait vivre sa famille; triste et morose, il n'a plus, dit-il, qu'une seule idée, celle de la maladie. Je fus appelé, au mois de mai 1842, à lui donner mes soins, et je fus témoin d'une attaque qui ne dura pas moins d'une heure. La gêne de la respiration était si grande, que je le saignai, pour éviter la suffocation. Je lui conseillai l'usage de la potion, trois cuillerées par jour; il en consumma deux, interrompit le traitement pendant six semaines, consumma une autre potion, resta deux mois sans en faire usage, en prit ensuite une quatrième, et depuis n'a fait aucun traitement. A l'époque où je rédige cette observation, près d'un an à partir du commencement du traitement, il n'a éprouvé qu'un mal de tête de peu de durée; il est maintenant employé comme homme de journée dans les jardins du roi à Neuilly.

Deuxième observation.—Madame ..., âgée de trente-cinq ans, d'une constitution lymphatique, ouvrière en robes,

rentrait de sa journée le 11 janvier 1838, à huit heures du soir; elle avait ses règles. L'escalier n'était pas éclairé; elle se heurta contre le corps d'un ivrogne qui était couché sur les marches et qui l'apostropha grossièrement. Elle fut prise d'une vive terreur; toutefois ses règles ne se suspendirent pas immédiatement; seulement elles ne coulèrent que pendant trois jours, au lieu de durer pendant cinq jours. Elle éprouva, un mois après, les accidents suivants: cri aigu; mouvement brusque de la tête du côté droit; convulsions des yeux en haut; elle entame sa langue avec ses dents; une salive écumeuse et sanguinolente s'écoule de sa bouche; la face, jaune d'abord, prend le lendemain et les jours suivants une coloration violacée; des mouvements brusques alternent avec une raideur marquée dans les bras; l'attaque dure une demi-heure, trois quarts d'heure, une heure même; quand elle est terminée, la malade ne se rappelle nullement ce qui s'est passé. Les accidents se renouvellent encore à l'époque suivante; cependant la malade devient enceinte; ils cessent pendant la grossesse et pendant la nourriture; mais ils reparaissent avec une nouvelle intensité après le sevrage. Ensuite survient une méningite aiguë, dont le traitement eut lieu à l'hôpital Saint-Louis; mais, après cette maladie, les attaques deviennent encore plus fréquentes; elles se renouvellent jusqu'à dix fois par jour. Obligée à un travail assidu pour subvenir aux besoins de sa mère et aux siens propres, la malade cherche en vain à lutter contre une somnolence continuelle; cependant elle ne peut dormir, ou bien, si elle a quelques instants de sommeil, elle est tourmentée par des rêves effrayants; ses bras sont d'ailleurs si lourds, qu'il lui semble qu'il lui faudrait quelqu'un pour les soulever; sa mémoire

est tellement perdue, qu'elle ne se rappelle plus ce qu'elle vient de faire il y a quelques minutes. Désespérée, elle retourne consulter à l'hôpital Saint-Louis, où on lui conseille l'usage d'une tisane insignifiante. Cette malade, inscrite au bureau de bienfaisance du douzième arrondissement, vint me consulter; je lui conseillai l'usage de la potion anti-épileptique, qu'elle commença en décembre 1843. Depuis ce moment jusqu'au 5 avril, elle a pris huit potions; elle a éprouvé seulement en février des accidents pendant dix minutes, mais sans perdre connaissance; elle se sent légère, se sert bien de ses bras, pourrait veiller jusqu'à minuit si cela était nécessaire, et dort quatre ou cinq heures par nuit d'un sommeil calme et réparateur; elle était au désespoir, elle est maintenant sûre de sa guérison; les règles ont coulé pendant cinq jours comme avant son accident.

Troisième observation. — B..., de petite taille, d'une médiocre constitution, était cloutier; il a maintenant quarante ans. A l'âge de dix-huit ans, il se livra à des excès de boisson tels, qu'il a consommé pendant six mois jusqu'à quinze litres de vin par jour. Il y a plus de vingt ans qu'il a commencé à éprouver des attaques caractérisées par de la céphalalgie, des nausées; il était couvert d'une sueur glacée, puis il perdait connaissance. Pendant l'attaque, la face était tantôt pâle, tantôt violette ou bleue; il avait les yeux fermés, les dents serrées; la bouche laissait échapper une salive écumeuse; les membres étaient raides. Cet état durait une heure, une heure et demie même; il ne se rappelait nullement ce qui s'était passé; les attaques venaient d'ailleurs tantôt le jour, tantôt la nuit, et se renouvelaient qua-

tre ou cinq fois par mois; rarement il avait le temps de demander un verre d'eau quand il en sentait les prodromes. Il avait conservé la mémoire; mais l'appétit, le sommeil, étaient entièrement perdus. Personne ne voulant plus l'employer, à raison du spectacle hideux que présentaient ses fréquentes attaques, il s'était livré au commerce de brocanteur, dont le produit était tout à fait insuffisant pour le nourrir ainsi que sa femme. La misère venait encore aggraver le désespoir où le plongeait le déplorable état de sa santé. Les mains et les pieds étaient habituellement d'un froid glacial, le pouls régulier, mais bien peu développé. J'ai entrepris son traitement le 16 janvier dernier; depuis cette époque, il a pris par jour trois cuillerées de la potion, qui a d'abord déterminé chez lui une très-abondante urination. Depuis l'époque précitée, il n'a éprouvé qu'un accident nerveux pendant cinq minutes dans la soirée du 6 février, encore n'a-t-il pas perdu connaissance; le sommeil est revenu, il dort quatre ou cinq heures, et l'appétit est tellement prononcé, qu'il mangerait, m'a-t-il dit, un dindon de deux kilogrammes; il aurait repris son état de cloutier sans une impotence du bras droit, due à une ancienne luxation. Il est d'ailleurs dans un état moral des plus satisfaisants.

8 avril 1843.

E.-M.-A. LEMOINE.

NOTE SUR LA THÉOBROMINE

et sur différents chocolats médicamenteux,

PRÉPARÉS PAR M. BOUTIGNY (D'EVREUX)

La Théobromine, récemment découverte par M. A. Woskrenski, dans les semences du cacao, est une substance organique fort remarquable par sa composition chimique ; sa formule est $C^{18} H^{10} Az^6 O^2$. Jusqu'ici la caféine était, de toutes les substances végétales connues, celle qui contenait le plus d'azote ; aujourd'hui, c'est la théobromine.

Son aspect diffère essentiellement de la caféine. La théobromine est une poudre cristalline, dont la saveur rappelle celle du cacao. L'air n'a point d'action sur elle ; à 100° elle perd un peu de son poids, à 250° elle commence à brunir, et à une température encore plus élevée, elle se volatilise et se condense sous forme cristalline, laissant un peu de charbon au fond du matras.

Peu soluble dans l'eau bouillante, elle l'est encore moins dans l'eau froide. L'éther et l'alcool froids n'en dissolvent que des atômes ; mais l'alcool bouillant la dissout en grande quantité ; d'où elle cristallise par le refroidissement. Les acides et les alcalis sont sans action sur la théobromine.

Pour extraire la théobromine, on pulvérise du cacao, puis on le fait chauffer et on le soumet à la presse dans des

sacs de coutil, pour enlever la plus grande partie de l'huile qu'il contient. Le cacao ainsi exprimé est délayé avec de l'eau bouillante, dans laquelle on le fait digérer pendant dix heures. On passe au travers d'une toile et on y ajoute avec précaution une solution d'acétate de plomb, qui précipite toutes les matières, excepté la théobromine. On précipite l'excès du plomb par un courant d'acide sulfhydrique; on filtre et on fait évaporer, et l'on obtient une substance cristalline légèrement colorée; c'est la théobromine. On la purifie en la faisant dissoudre dans de l'alcool bouillant, filtrant et laissant cristalliser par le refroidissement.

Très-souvent, dans la pratique, le médecin éprouve un grand embarras. Cela arrive particulièrement lorsque certains malades ont besoin d'être soumis à une médication longue et soutenue, ou que pour réparer leur constitution détériorée, il faut trouver des aliments substantiels qui raniment les forces, et en même temps assez légers pour être supportés par des organes irritables ou affaiblis. Aussi, doit-on considérer comme une précieuse ressource tout moyen propre à satisfaire plus ou moins à cette double indication. Le nos jours, on s'est montré fertile en inventions de ce genre et quelques-unes sont véritablement utiles. Le chocolat, surtout par la facilité avec laquelle il s'associe, sans subir d'altération, à une foule de substances, se prête à merveille aux essais les plus variés. Parmi ceux qui se sont préoccupés de cet agent alimentaire, M. Boutigny est un des premiers qui conçurent l'idée sérieuse de le faire servir à la thérapeutique. Cet habile chimiste, dont les lecteurs de la Revue connaissent les nom-

breux et remarquables travaux (1), compose depuis plus de 20 ans du chocolat où entrent des substances médicamenteuses. Aujourd'hui, rendu à la liberté par la cession de son officine, il vient de fixer, d'une manière plus spéciale encore, son attention sur cet objet; et à force de réflexions et de tâtonnements, il paraît être parvenu à remédier à certains inconvénients et à remplir diverses lacunes que la pratique lui a révélée. Non seulement par une heureuse incorporation de la théobromine, extrait de cacao récemment découvert, éminemment azoté et assimilable, il a obtenu un chocolat qui possède les avantages des chocolats analeptiques, dont l'usage est répandu, sans en avoir les désagréments. Mais, en combinant à ce chocolat des médicaments divers, il a su l'approprier à la cure et au traitement d'une foule d'états pathologiques. C'est ainsi qu'il prépare du chocolat au kermès, à l'azotate d'ammoniaque, au calomel, à l'iodure de potassium, etc. Dans une fabrique, que, pour occuper ses loisirs, il vient d'élever à Paris, avec le plus

(1) C'est M. Boutigny, qui, au fond de la province où il était fixé comme pharmacien, découvrit et féconda l'une des plus curieuses propriétés de la matière, celle qu'ont les corps saisis par une haute température de se transformer en sphéroïdes, et en cet état de ne se volatiliser que lentement par la surface, le centre du sphéroïde se maintenant refroidi, dans un milieu brûlant, au point parfois de congeler l'eau avec laquelle on le met en contact. Cette découverte, accueillie avec une dédaigneuse indifférence par l'Académie des sciences, est aujourd'hui, comme nous le prévîmes il y a un an (*Revue médic.*, juillet 1842), l'objet des recherches de tous les physiciens, qui sentent parfaitement quelle modification elle peut apporter à nos connaissances sur les lois de l'équilibre de la chaleur. Il y a quelque temps, nous assistâmes en compagnie de plusieurs savants à un essai d'expériences chez M. Boutigny, et tous nous fûmes frappés de la netteté, de la simplicité et de l'étrangeté des résultats.

grand soin, M. Boutigny se propose de vendre spécialement ces chocolats médicamenteux.

Sans doute l'expérience devra prononcer sur leur valeur. Cependant nous croyons, dès-à-présent, devoir signaler aux lecteurs de la Revue les premiers résultats que plusieurs de nos confrères, et nous-mêmes, avons obtenus de ces chocolats et notamment de celui dit *anti-asthénique*, qui contient en petite quantité des substances martiales et alcalines; nous le ferons d'autant plus volontiers, qu'indépendamment du profit que la médecine peut retirer de leur emploi, sous le rapport pharmaceutique et alimentaire, leur auteur n'a point pour but une honteuse et lucrative spéculation. Jaloux de ne pas compromettre la belle position scientifique qu'il s'est acquise, M. Boutigny, dont le caractère nous est personnellement connu, ambitionne exclusivement le suffrage et l'appui des médecins. Si ce suffrage et cet appui ne conduisent pas à une fortune rapide, eux seuls mènent à des succès honorables, et M. Boutigny n'en demande pas d'autres. Ils ne lui manqueront pas; déjà il en a la preuve par les nombreux témoignages qu'il a reçus, et par la suite il l'acquerra davantage encore.

C'est sur l'invitation de M. Desruelles, professeur au Val-de-Grâce, que M. Boutigny a préparé son chocolat à l'iodure de potassium. Ce médecin distingué, se loue beaucoup de son usage dans tous les cas d'affections spécifiques et chroniques où l'on administre ce puissant résolutif. «De cette manière, dit M. Desruelles, on peut, au moyen d'un aliment agréable et restaurant, et sans fatiguer les organes digestifs, ajouter aux doses prescrites pour un traitement des doses plus considérables de ce précieux mé-

dicament, dont la fixité connue garantit la non décomposition.»

L'une des qualités essentielles du chocolat de M. Boutineau, c'est de présenter en effet une saveur agréable. Son chocolat anti-asthénique la possède en particulier à un très-haut degré, principalement lorsque, comme il est prescrit, on le prépare le soir pour le lendemain, ou le matin pour le soir, et qu'on le fait mousser. D'une digestion prompte et facile, sans action nuisible sur le conduit intestinal, il convient dans tous les cas de débilité générale ou de fatigue gastrique, dans les affections chroniques, dans la chlorose, chez les femmes et les enfants scrofuleux et cacoehymes, etc.

Entre autres médecins recommandables qui l'ont employé et pour eux-mêmes, et pour leurs malades, et qui tous attestent son agrément et son efficacité, nous citerons les noms connus de MM. Barbier, Caffé, Desruelles, Alp. Devergie, Hutin, Le Groux, Jobert de Lamballe, Rochart, etc. Voici une note d'observations recueillies par M. Bidauld, interne dans le service de l'Hôtel-Dieu annexe, dirigé par M. Le Groux, qui y a expérimenté le chocolat anti-asthénique :

« Ce fut surtout aux femmes qu'il fut administré, parce que, plus que les hommes, elles présentent les affections dans lesquelles il peut être employé.

La connaissance préalable des substances qui entrent dans sa composition indiqua les circonstances dans lesquelles il pouvait ou venir en aide à la thérapeutique, ou fournir aux convalescents un aliment riche en principes nutritifs et de facile digestion.

1^{re} *Observation*. Une jeune fille de 18 ans (salle Sainte-Marie, 4), chlorotique, dont les digestions étaient laborieuses et pénibles, prit pendant quelques jours une tablette de chocolat anti-asthénique, soit cru, soit au lait, et toujours elle le digéra avec facilité. Non-seulement il fut un aliment favorable, mais il seconda la thérapeutique, en ajoutant aux préparations ferrugineuses que prenait cette jeune fille la quantité de fer si facilement absorbable qui entre dans sa composition.

2^e *Obs.* Une autre jeune fille (Clarisse Blé, salle Saint-Maurice), convalescente d'une fièvre typhoïde grave, joignit aux premiers aliments qu'on lui permit de prendre quelques fragments du chocolat de M. Boutigny, puis on lui en fit prendre au lait 1/6 de tablette chaque matin; cette alimentation continuée n'a pas cessé de lui être favorable.

3^e *Obs.* (Salle Sainte-Marie, 21). Une femme atteinte depuis plusieurs années d'une maladie chronique, avait peine à supporter quelques aliments. Depuis 20 jours, elle prend du chocolat anti-asthénique; elle le digère facilement, et n'éprouve plus cette pesanteur d'estomac qui suivait auparavant l'ingestion de toute espèce d'aliment.

De semblables effets furent constatés chez d'autres malades. « En somme, conclut M. Le Groux, ces effets sont conformes à ceux que M. Boutigny a exposés lui-même dans sa notice.

« Le chocolat anti-asthénique convient dans les cas de digestion lente et difficile, accompagnée de pesanteur, de malaise, d'éruptions, de borborygmes; dans les dyspepsies soit idiopathiques, soit symptomatiques, dans l'atonie de l'organe de la digestion;

Dans la chlorose, presque toujours compliquée de troubles de la digestion et dont le fer est le spécifique ;

Dans l'anémie, si voisine de la chlorose ; dans les scrofules, où les toniques ont tant d'efficacité, enfin dans la convalescence des maladies longues et surtout de celles qui ont compromis l'intégrité du tube alimentaire ; car c'est alors que sont essentielles les substances facilement absorbables, nutritives et contenant peu de matériaux impropres à la réparation, et qui, par leur inutile parcours dans toute la longueur de l'intestin, seraient susceptibles de nuire à cet organe.

A ces honorables témoignages, nous joindrons aussi le nôtre. 4 malades, à qui nous avons prescrit le chocolat anti-asthénique, s'en sont également bien trouvés. La première observation concerne une femme, qui n'a cessé d'en faire son déjeuner depuis trois mois, et qui même en a usé pendant un moment deux fois dans la journée. Sa santé était profondément altérée par suite d'une affection organique du cœur et des poumons. Elle a repris de l'embonpoint, de la fraîcheur et des forces. Ses digestions pénibles et souvent impossibles se sont régularisées. Chez une seconde femme, mal guérie d'une double phlegmatia alba dolens, traitée par d'énormes doses de frictions mercurielles et de calomel, et restée languissante, cette alimentation a contribué à relever les forces et à calmer la toux et la fièvre lente à laquelle la malade était en proie. Une autre femme, encore sujette à des pertes et d'une constitution très-affaiblie, a éprouvé une notable amélioration pendant les 15 jours qu'elle a consenti à en prendre. Enfin, un vieillard d'une forte constitution, mais devenu maigre et privé d'appétit dans le cours d'une fièvre rhuma-

tismale, se nourrit de ce chocolat depuis quelques jours. Seul, cet aliment a le privilège de vaincre son inappétence et de le soutenir.

Je connais un de nos confrères, à qui il semble si agréable au goût et si bienfaisant à la santé, qu'il le conseille à la plupart de ses malades, et en fait la base habituelle de son repas du matin. Moi-même, sans en avoir besoin, mais pour en juger les effets d'abord, et ensuite par habitude, j'en ai fait fréquemment le complément de mon déjeuner. La douce chaleur qui se développe dans la région épigastrique, et le sentiment de bien-être général qu'on ressent constamment après son ingestion, me persuadent de son action salubre. Plusieurs de mes confrères ou amis, à qui j'en ai servi, ont, comme moi, été flattés de son parfum et convaincus de son utilité.

M. Boutigny en a fait des boîtes de pastilles, qu'on peut manger à toute heure du jour et de la nuit. Je crois qu'on ne saurait trop recommander l'emploi de ces pastilles pour les enfants naturellement débiles ou affaiblis par de longues indispositions. Chez les enfants, en effet, la forme, qui en rend l'emploi doux et facile, ajoute beaucoup à la vertu des médicaments.

DELASIAUVE.

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

ANALYSES D'OUVRAGES.

Leçons cliniques sur les hernies, par M. MALGAIGNE.
(Broch. in-8°.)

Les hernies sont une des affections les plus communes,

puisque, en France, le vingtième de la population en est atteint. Cette infirmité agit d'une manière fâcheuse sur le moral et sur le physique des individus ; souvent elle met leurs jours en danger, et alors même que l'étranglement ne survient pas, les troubles de la digestion qui en résultent ne laissent pas que d'agir d'une manière fâcheuse et d'abréger la vie des hernieux. Cependant, malgré la fréquence des hernies et les inconvénients nombreux qui en résultent, l'étude de cette maladie semble avoir été complètement négligée de nos jours par les chirurgiens. Dans les hernies, les hommes de l'art ne voient qu'une chose, l'étranglement ; c'est cette complication seule qui semble fixer leur attention, ils ne paraissent s'occuper que de combattre l'accident, que de le prévenir. Mais l'opération de la hernie étranglée est une des plus dangereuses de la chirurgie, et la grande majorité des opérés succombe. De nos jours, l'étude des hernies est en quelque sorte abandonnée à une classe d'industriels qui, pour la plupart, manquent des connaissances nécessaires pour bien apprécier les particularités diverses que présentent les hernies dans leurs rapports anatomiques ; ou bien qui sont mus par un seul désir, celui de gagner de l'argent ; or, pour ces derniers, moins un bandage sera compliqué et moins bon il sera, parce que moins cher il se vendra ; moins il sera solide et bien confectionné, et meilleur il sera, parce qu'il faudra le renouveler plus souvent. Les chirurgiens ont donc tort d'abandonner ainsi aux bandagistes l'étude d'une infirmité que l'on ne connaît encore qu'imparfaitement. L'on doit savoir gré à M. Malgaigne de s'être occupé de cette affection, d'avoir fait des leçons cliniques sur une maladie pour

l'étude de laquelle les élèves sont sans guide, et d'avoir fait publier ces leçons. L'on peut voir dans cet ouvrage, que M. Malgaigne sait garder parfaitement sa place de chirurgien : il prescrit aux bandagistes les règles qu'ils doivent suivre ; il blâme leur esprit mercantile tout en rendant justice à la probité et au talent de quelques-uns.

Dans ces leçons, M. Malgaigne a eu recours aux chiffres, mais il les a employés avec discernement ; son infatigable activité lui a fait compulsier des registres devant lesquels tout autre aurait reculé, et il est arrivé à des résultats dont quelques-uns étaient prévus à l'avance et dont d'autres étaient inattendus. C'est ainsi qu'il nous montre que les hernies sont quatre fois plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes. Mais notez cette particularité que de la naissance à un an les femmes offrent moitié du chiffre des hernies de l'autre sexe, de un à quatre ans la proportion descend au quart, puis bien plus bas encore, et elle ne remonte au quart que vers l'âge de trente-cinq ans. De quarante à cinquante elle atteint jusqu'au tiers, mais c'est la proportion la plus forte. A partir de cinquante ans, elle ne fait plus que décroître.

D'après les relevés de M. Malgaigne, en France, il y aurait deux hernieux sur quarante et un individus. Dans l'enfance, la population hernieuse disparaîtrait quatre fois plus vite que la population ordinaire ; de vingt à quarante ans cette population s'accroîtrait de manière à former un quart et même un tiers ; enfin de soixante-quinze à cent il mourrait neuf fois plus de vieillards hernieux que d'autres.

A Paris, les arrondissements riches et les arrondissements pauvres sont ceux qui donnent proportionnellement le plus de hernieux ; les arrondissements aisés en fournissent

un moins grand nombre. Quant aux départements, ceux du centre et qui occupent particulièrement les bassins des grands fleuves, Seine, Loire, Garonne, sont ceux où se rencontrent proportionnellement le plus grand nombre de hernieux. Nous voyons ainsi que les premières leçons de M. Malgaigne ont été consacrées à l'étude des hernies envisagées dans leur rapport avec la population, suivant les sexes et les âges.

La mortalité chez les hernieux y a été examinée, ainsi que la fréquence comparative des hernies chez les riches et chez les pauvres, et dans les diverses parties de la France.

Etudiant ensuite la hernie inguinale, M. Malgaigne signale ce fait déjà connu, je veux dire la plus grande fréquence de la hernie inguinale du côté droit que du côté gauche; mais il n'admet pas, avec M. Cloquet, que la cause en soit dans les efforts que l'on fait avec les membres du côté droit. Ils montre que de la naissance à dix ans, les hernies de l'enfance, hernies dans la tunique vaginale, sont assez fréquentes; il donne le nom de hernies de la jeunesse, hernies de force, à celles qui arrivent de dix ans à trente-cinq, tandis que les hernies de trente-cinq ans à cent sont des hernies de l'âge mûr, et de la vieillesse, des hernies de faiblesse.

Relativement aux professions, les hernies sont plus fréquentes chez les individus qui ont des professions qui nécessitent la position debout que chez ceux qui exercent des professions où la position habituelle est la station assise; le rapport relativement à la fréquence est de 3 à 1.

A la première catégorie de ces professions appartiennent surtout les hernies de force. L'influence de l'hérédité est de

1 sur 3 $1/2$. Cette cause agit dans toute sa force dans le premier tiers de l'existence de l'homme.

La taille n'est pas sans influence sur les hernies; une haute stature y prédispose, et cette prédisposition est le résultat d'une faiblesse de constitution proportionnellement plus grande.

Quant au développement de la hernie inguinale, M. Malgaigne l'étudie d'abord chez les enfants; il combat la dénomination de hernie congéniale, et propose celle adoptée par A. Cooper de hernie dans la tunique vaginale. Mais, pour mieux préciser le point de la tunique où s'arrête l'anse intestinale, il admet une hernie vaginale testiculaire et une hernie vaginale funiculaire, dans laquelle l'intestin n'est point en contact immédiat avec le testicule; c'est la hernie enkystée de la tunique vaginale d'A. Cooper. La position du testicule détermine en outre des modifications importantes dans l'aspect et la marche de la hernie.

Pour le développement de la hernie inguinale chez l'adulte, M. Malgaigne admet quatre périodes. La première période est caractérisée par la douleur; dans la seconde, la hernie est interstitielle; le bubonocèle constitue la troisième; enfin la quatrième est caractérisée par l'oschéocèle. L'auteur examine ensuite l'influence que la hernie exerce : 1° sur les parties qui l'avoisinent; 2° sur les viscères dont une partie est herniée; 3° sur la nutrition générale; 4° sur les éléments de la hernie elle-même. Cette partie de l'ouvrage, très-importante et très-instructive, ne saurait trouver place dans une analyse rapide.

M. Malgaigne passe ensuite à l'examen des bandages employés pour remédier à la hernie inguinale, et il en fait

une critique raisonnée et judicieuse. C'est dans cette partie de son travail que M. Malgaigne démontre que trop souvent les bandagistes n'ont en vue qu'une seule chose, leur intérêt pécuniaire. L'auteur dévoile certains procédés à l'aide desquels le bandagiste fait croire au malade que la hernie est maintenue par le bandage, et qu'il peut rester en pleine sécurité. Jamais un malade ne devrait s'en rapporter au dire du bandagiste ; toujours l'application de l'instrument devrait être contrôlée par un homme de l'art. M. Malgaigne donne la préférence aux ressorts anglais, qui embrassent le côté du corps opposé à la hernie. Le plus simple et le meilleur est celui de Salmon ; et les modifications que lui ont fait subir Valerius et Burat, loin de l'améliorer, n'ont fait que le dénaturer.

Après avoir passé en revue les diverses espèces de pelottes, l'auteur donne la préférence aux pelottes en caoutchouc.

Quant à la forme, elle ne saurait être la même pour toutes les espèces de hernies : tantôt elle doit être petite, tantôt large, selon que la hernie est indirecte ou directe, que l'anneau est plus ou moins dilaté, etc. ; en un mot, c'est l'espèce et la variété de la hernie qui en déterminent la grandeur et la forme.

Quant au point de la pelotte auquel doit aboutir le ressort, ce sera celui que l'on aura trouvé en tâtonnant. La pelotte mobile est préférable dans la plupart des cas ; mais, lorsque la hernie est double, ou que la pelotte est à bec de corbin, il est préférable de l'avoir fixe.

C'est dans cette partie de son travail que l'auteur a traité d'une manière complète tout ce qui a trait aux bandages

employés pour remédier à la hernie inguinale. C'est plus par des faits que par le raisonnement que la critique y est faite, et bandagistes et médecins ne peuvent que profiter à la lecture de ce travail.

Dans l'étude de la hernie crurale, M. Malgaigne combat par des chiffres cette opinion accréditée depuis longtemps : La hernie crurale est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Au dire de l'auteur, on voit chez les femmes plus de hernies inguinales que de hernies crurales ; la difficulté du diagnostic explique l'opinion contraire : aussi M. Malgaigne propose-t-il un mode d'exploration à l'aide duquel il sera plus facile d'éviter toute erreur.

L'auteur examine ensuite les causes et les signes de ces hernies, ainsi que les accidents qu'elles produisent. Ici les bandages ne peuvent pas procurer de guérison radicale ; ils maintiennent la hernie réduite, mais ne peuvent la faire disparaître définitivement. Enfin, les dernières leçons faites par M. Malgaigne sont relatives aux hernies ombilicales, aux hernies de la ligne blanche, et aux éventrations. Ici comme ailleurs, c'est sur des chiffres que l'auteur s'appuie pour tirer des conclusions ; mais ces chiffres, il en discute la valeur et ne les admet point indistinctement.

Nous terminerons cette analyse incomplète du travail de M. Malgaigne, en faisant sentir les dangers qu'il y a à ne point s'occuper d'une infirmité si fréquente et si nuisible à la santé des individus. Il vaut mieux prévenir les accidents que d'y remédier ; c'est là une vérité banale, et cependant combien y a-t-il d'élèves qui étudient les hernies sous un autre point de vue que celui de leur étranglement ? Pour ma part, je dois dire que l'ouvrage de M. Malgaigne m'a été utile non-seulement sous le rapport

de l'instruction que j'ai pu y puiser, mais encore parce que j'ai été convaincu, après sa lecture, de la nécessité de mieux étudier ce genre d'infirmité. ALP. RENDU.

RECHERCHES anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur les maladies des organes urinaires et génitaux, considérés spécialement chez les hommes âgés, ouvrage entièrement fondé sur de nouvelles observations; par L.-AUGUSTE MERCIER, docteur en médecine de la Faculté de Paris, professeur d'anatomie et de chirurgie spéciales, etc., etc., 1 vol. in-8°. Paris, 1841. Chez Béchel jeune et Labé, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

Il est peu d'appareils organiques qui aient, dans ces derniers temps, appelé davantage l'attention des anatomo-pathologistes et des chirurgiens que les organes génitaux urinaires; il en est peu sur lesquels on ait fait des travaux plus longs et plus soutenus. Quelque grand qu'ait été le zèle de ceux qui ont traité les questions qui se rattachent à ce sujet, ont laissé plusieurs points non élaborés, terrains neufs sur lesquels des investigations heureuses ont eu lieu. Nous n'avons pas la prétention de passer en revue chacune des questions insolubles qui ont entravé la marche des hommes qui s'en occupèrent spécialement, nous dirons seulement, et à mesure que l'occasion s'en présentera, les résultats heureux dus à l'observation de M. Mercier.

Avant d'examiner avec quelque détail l'ouvrage dont il est ici question, il nous semble utile de faire connaître les doctrines philosophiques qui ont dirigé l'auteur dans ses recherches. Sa pensée intime se trouve exprimée dans un *avant-propos* : c'est de là que nous allons l'extraire.

M. Mercier a inscrit sur son drapeau scientifique le mot indépendance. Par ce mot, il exprime son dédain de l'autorité des noms propres comparée à l'autorité des faits. Tel est aussi notre avis. Nous comprenons l'autorité d'un principe, nous ne comprenons pas celle d'un homme : c'est dans la science principalement qu'un tel axiome doit régner en souverain. Nonobstant ce respect pour les faits, M. Mercier ne les accueille pas sans contrôle, et ne les accumule pas en masse indigeste, sous prétexte qu'ils suffisent à l'appréciation et à la connaissance de la vérité. Loin de là, il combat le paradoxe de J.-J. Rousseau, qui dit : « Je sais que la vérité est dans les choses. » Aussi M. Mercier pose-t-il en principe « que plus d'une fois l'esprit a deviné la vérité sans le secours des faits, tandis que les faits ne conduisent à rien sans une opération de l'esprit. » Partant de là, notre auteur pense qu'un sage esprit d'induction doit présider à la recherche de la vérité, et qu'il doit complètement dominer la méthode expérimentale, afin de la rendre à la fois plus sévère et plus fructueuse. Nous nous arrêtons à ces principes, ou au moins nous les signalons, parce qu'ils diffèrent notablement de ceux qui sont le plus en honneur de nos jours, et qu'ils font connaître quelle direction est suivie par M. Mercier.

Le volume que nous avons entre les mains n'est que le commencement d'un long travail sur l'appareil et sur les maladies des organes génito-urinaires : nous devons donc avertir le lecteur, en donnant le plan de ce travail, que l'impression n'en est pas achevée, et que le volume actuel en constitue seulement la première partie.

Le Traité de M. Mercier est divisé en quatre grandes
1843. Octobre. T. III.

divisions. Dans la première, il s'occupe de l'anatomie et de la physiologie des organes génito-urinaires ; dans la seconde, des affections ordinairement primitives (maladies séniles de la prostate) ; dans la troisième, des affections ordinairement consécutives (maladies de la vessie, des uretères et des reins) ; enfin, dans la quatrième, il s'occupe du traitement de toutes ces affections.

L'auteur suit donc une marche tout à fait différente de celle adoptée par la plupart des écrivains. En effet, au lieu de commencer par l'étude des maladies des reins, puis des uretères, pour arriver ensuite à celles de la vessie, il débute par celles de la prostate et de l'urèthre ; et il prend soin, du reste, de nous expliquer pourquoi il ne se conforme pas aux habitudes généralement adoptées, « Convaincu, « nous dit-il, comme je l'ai déjà donné à entendre, que ce « sont ces dernières, qui, chez les vieillards, enfantent « presque toutes les autres, c'est par elles que j'ai com- « mencé, et je passe successivement aux autres suivant « leur ordre de filiation. »

Nous ne suivrons pas M. Mercier dans la description qu'il donne des appareils génito-urinaires, nous allons rappeler seulement quelques points qui ont plus spécialement fixé son attention. L'orifice vésico-urétral ou col de la vessie a été décrit avec soin ; il ne se trouve pas, comme on pourrait le croire, en contact avec les parois de la vessie. Voici les distances signalées par M. Mercier : distance de la paroi postérieure, 16 à 24 millimètres ; de la paroi antérieure et supérieure, 6 à 8 millimètres ; des parois latérales, 10 à 50 et même 40 millimètres, selon le point où l'on mesure. Ces indications sont de la plus haute

importance ; car elles servent à comprendre la possibilité du jeu des instruments employés par l'auteur. — Le système musculaire de la vessie a été étudié avec beaucoup d'exactitude. M. Mercier a reconnu que ces muscles avaient une disposition identique constante, et constituaient deux ordres de plans, les uns *superficiels* les autres *profonds*. Il a reconnu : 1° un plan antérieur, étendu des pubis à la paroi antérieure de la vessie (pubio-vésical) ; 2° un plan postérieur étendu du bord supérieur et postérieur de la vessie (prostato-vésical postérieur) ; 3° deux faisceaux nés des parties latérales de la prostate et se distribuant sur les parois antérieures et postérieures (vésico-prostatiques latéraux) ; 4° un plan profond externe, étendu du trigone aux parois de la vessie (trigono-parietal) ; 5° un plan profond interne, étendu de la paroi postérieure de la portion prostatique de l'urèthre à la vessie (uréthro-vésical) ; 6° deux petits faisceaux étendus des pubis aux crêtes prostatiques (pubio-prostatiques). Ce qui frappe surtout dans cette disposition anatomique, c'est que toutes les fibres musculaires de la vessie prennent leur insertion sur la prostate. Nous ne pouvons nous étendre davantage sur les considérations anatomiques et physiologiques développées avec beaucoup d'art par l'auteur. Abordons la partie la plus importante du travail, c'est-à-dire la partie pathologique.

Dans un premier chapitre, M. Mercier établit, l'histoire et les faits en main, que les maladies de l'appareil urinaire, très fréquentes chez les vieillards, sont dues le plus souvent au moins, à la tuméfaction de la prostate. Ce fait explique parfaitement pourquoi les mêmes maladies sont rares chez les personnes de l'autre sexe qui est dépourvu de cet or-

gane. C'est donc sur la prostate que vont porter plus spécialement les observations qui suivent.

La tuméfaction sénile de la prostate semble due plutôt à son développement normal qu'à un développement morbide ; car M. Mercier établit en fait que cet organe acquiert, peu à peu, des dimensions d'autant plus grandes que le sujet est plus âgé. La tuméfaction peut se présenter sous deux états, et occuper tout ou partie de l'organe ; ainsi, la prostate est dans certains cas *molle* et dans d'autres *dure*, bien que cette différence ne puisse se rattacher à la durée de la maladie. La portion sus-urétrale semble plus fréquemment atteinte que toutes les autres parties. Une complication des plus fâcheuses, sans contredit, est le développement accidentel du système sanguin accompagnant la tuméfaction de l'organe. Cette circonstance sur laquelle l'auteur insiste explique les hémorrhagies graves et souvent mortelles qui surviennent quelquefois chez les vieillards soumis à l'opération de la taille.

Quelle est la nature de cette tuméfaction ? Telle était l'une des questions les plus importantes à traiter, car elle devait avoir de l'influence sur le mode de traitement à suivre. L'auteur, après avoir prouvé qu'elle n'est due ni à une diathèse particulière, ni à une inflammation, et se fondant, d'autre part, sur l'existence permanente du tissu propre de l'organe, sur la nature de ses sécrétions qui n'est qu'augmentée, sur les phénomènes pathologiques qui peuvent s'expliquer par un dérangement mécanique, tire cette conclusion que la prostate est affectée d'un simple excès de nutrition, en un mot, d'hypertrophie. Ce n'est pas tout : après avoir constaté les faits, il faut en saisir les causes.

Quelles sont donc les causes de l'hypertrophie sénile ? A cette question M. Mercier répond : la stagnation du sang veineux. Cette idée, émise sous la forme de doute, ne nous semble pas satisfaisante ; si elle était vraie, tous les organes glanduleux ou parenchymateux devraient être hypertrophiés chez le vieillard ; or, on sait qu'il n'en est rien. Du reste, M. Mercier est obligé pour établir sa théorie, de supposer que l'hypertrophie appartient exclusivement à la vieillesse, supposition vraie d'une manière générale, mais trop absolue. Si nous signalons ce que cette théorie a d'incomplet, c'est pour appeler l'attention des savants sur ce sujet.

L'auteur cherche ensuite à établir que l'hypertrophie de la prostate peut être cause de *l'incontinence* et de la *réten*tion d'urine, ce qui à proprement parler constitue le phénomène le plus grave, conséquence de cet état pathologique ; car la prostate ne remplit aucune fonction très importante chez le vieillard surtout. On peut expliquer l'incontinence de la manière suivante : ou bien les deux lobes et la portion sus-montanale s'hypertrophient simultanément et laissent béant un orifice triangulaire : ou bien les portions latérales se développent en cône qui se touchent par leur sommet et laissent un passage aux urines ; ou enfin la portion sus-montanale étant plus développée empêche le rapprochement des portions latérales, et permet ainsi aux urines de couler au dehors. La rétention peut également s'expliquer par la disposition de la prostate. Ainsi la portion sus-montanale développée outre mesure peut remplir l'office de valvule et obturer le canal ; le développement accidentel de l'un des lobes latéraux peut également obturer le canal et le faire dévier. D'après ces

données, il est facile d'apercevoir l'importance des travaux qui nous occupent; en effet, ce n'est plus dans la vessie, ce n'est plus dans des conditions dynamiques de cet organe, dans un trouble de ses fonctions qu'il faut chercher la cause de l'incontinence ou de la rétention d'urine des vieillards; on trouve cette cause dans le développement hypertrophique de la prostate. Ces observations ne sont pas seulement curieuses comme fait d'anatomie, elles sont importantes quant au traitement, puisqu'elles servent à le fixer.

« Nous ne nous arrêterons pas sur le diagnostic de l'hypertrophie sénile de la prostate, ni sur la marche et les signes de l'incontinence, de la rétention et du regorgement qui en résultent. Néanmoins nous ne pouvons passer sous silence les résultats obtenus à l'aide d'une sonde particulière due à l'invention de l'auteur. Voici comment il décrit lui-même cet instrument. « L'instrument dont je me sers... « est simplement une tige droite dans presque toute sa « longueur; seulement à 12 ou 16 millimètres de son extrémité vésicale, cette tige se recourbe presque à angle « droit (100 à 110 degrés au plus). L'extrémité externe est « munie d'une plaque polygonale perpendiculaire au plan « de la portion recourbée; un signe se trouve sur la face « qui correspond au bec. Il est bon que la tige soit graduée « du côté de ce dernier sur la face opposée. Le diamètre « de cet instrument est celui d'une algalie un peu volumineuse; son bec doit être arrondi: il serait même bon de « le renfler un peu en olive. Je pense qu'il ne doit pas « avoir d'yeux, parce que, n'importe où on les pratique, « que ce soit en avant ou sur les côtés, ils seraient exposés « dans les manœuvres, à frotter contre les tissus et à pro-

« duire des écoulements de sang. » A l'aide de cet ingénieux cathéter explorateur convenablement manié, on peut reconnaître les tumeurs qui s'élèvent dans la vessie, celles du col, enfin celles des portions latérales de la prostate. Les procédés employés pour arriver à ce diagnostic, ne peuvent être exposés ici; nous renvoyons à l'ouvrage lui-même pour ces sortes de détails. Nous tenions seulement à faire connaître le cathéter explorateur qui nous semble destiné à rendre de grands services dans la thérapeutique des maladies des voies urinaires.

Tel est en résumé le travail de M. Mercier. Des recherches patientes et laborieuses, faites, non pas dans les livres, mais sur le cadavre et sur le vivant; des observations bien choisies, données sans avarice, seulement avec sobriété; observations claires, généralement dépouillées de ce fatras de détails inutiles qui ne servent qu'à embarrasser l'esprit; une logique sévère; un enchaînement suivi dans la pensée aussi bien que dans la phrase; une exposition nette et claire; un style facile, quelque fois un peu trop sans façon; une érudition consciencieuse et honorable qui sait rendre à chacun ce qui lui appartient, (sorte d'érudition assez rare de nos jours, il faut en faire l'aveu); telles sont quelques-unes des qualités qui assureront le succès de l'ouvrage. Les résultats obtenus jusqu'ici par M. Mercier doivent nous en faire espérer d'autres; aussi, nous nous engageons à entretenir nos lecteurs des autres parties de l'ouvrage, aussitôt qu'elles auront paru. Bien que les grands maîtres aient beaucoup étudié les affections des voies urinaires, de grands travaux et de belles découvertes

étaient réservés à la chirurgie moderne. Le nom de M. Mercier se rattachera honorablement à quelques-unes de celles-ci.

Docteur BOURDIN.

Clinique médicale de la faculté de Strasbourg pour l'année 1841-42 ; par M. le professeur FORGET. Broch. in-8°.

Rapport fait à la Société de médecine, par le docteur DURAND-FARDEL.

Imprimé par décision de la Société.

MESSIEURS,

J'ai été chargé de vous rendre compte d'une brochure de M. le professeur Forget, de Strasbourg, intitulée : *Clinique Médicale de la Faculté de Strasbourg*, pour l'année 1841-42.

Avant de nous occuper de cet écrit lui-même, permettez moi de vous parler un peu de ce genre de travail, de son degré d'utilité, des conditions qu'il me semble devoir présenter.

De quoi se composent habituellement ces revues cliniques ? d'une énumération, dans un ordre quelconque, et dont on commence toujours par faire bon marché, des cas pathologiques observés dans un temps donné, d'une analyse des faits qui paraissent les plus remarquables, et d'une insistance toute particulière sur les circonstances qui peuvent servir à glorifier les doctrines adoptées ou créées par l'auteur, et à rabaisser celles pour lesquelles il n'éprouve aucune sympathie.

Un semblable travail, considéré en lui-même, quel que soit le soin et l'esprit qui aient présidé à sa rédaction, me paraît offrir un intérêt et une utilité médiocres. Pour qui sait tous les hasards de la pratique médicale, les variations infinies des circonstances pathogéniques, les démentis continuels, que, dans notre art si souvent conjectural, les résultats donnent aux résultats, les nombres aux nombres, qu'importe la proportion de tels ou tels faits dans un temps limité, qu'importent les moyennes qu'on en pourra extraire, qu'importe le plus ou moins de bonheur, durant cette même période, d'un praticien ou d'un remède ?

D'un autre côté, si l'on n'est pas assez persuadé de l'insuffisance de ses sortes de travaux, de leur peu de signification par eux-mêmes, du simple caractère de relevés d'observations qu'ils doivent humblement conserver, n'y a-t-il pas danger pour ceux qui les rédigent et pour ceux qui les lisent, de se trop préoccuper des résultats obtenus, des chiffres alignés, de se laisser trop aller aux idées qu'un résumé quelconque éveille toujours dans l'esprit, de trop généraliser enfin le particulier, tendance que nous voyons quelques contemporains proscrire avec intolérance, mais qui sera toujours trop naturelle à l'esprit humain, pour ne pas l'entraîner à chaque instant au-delà des limites de la simple observation.

C'est à cause de cette promptitude à accepter des résultats incomplets, provisoires, que l'on voit tant d'esprits droits, mais trop faciles, changer à chaque instant de principes, de doctrines, de croyances, et tomber ensuite dans le scepticisme, attribuant à la science une mobilité qui n'est que dans leur esprit ; — d'autres, au contraire, doués de moins de rectitude ou de lumières, s'égarer chaque jour

dayantage dans les voies fausses et dangereuses où ils se sont aventurés, sur la foi de résultats incomplets ou involontairement mensongers.

Mais si je crois que l'on ne saurait attacher une grande valeur à ces travaux considérés en eux-mêmes et isolément, il me semble que de semblables études continuées avec un esprit de suite et de persévérance, doivent, par leur réunion, produire d'importants résultats. Ce dont la science a surtout besoin maintenant, c'est de travaux d'ensemble. A peine, depuis quelques années, a-t-on proclamé la nécessité d'une observation rapprochée, patiente, successive des faits particuliers, à peine a-t-on enrichi nos moyens d'investigation des précieuses connaissances que la séméiologie et l'anatomie pathologique doivent à tant d'esprits supérieurs et d'observateurs laborieux, que nous voici encombrés de faits, d'observations, de descriptions particulières.... Le moment vient de réunir en un corps tous ces membres épars, de recommencer, avec ces matériaux réunis avec tant de profusion, les beaux travaux que nos maîtres des derniers siècles avaient su faire à moins de frais, mais avec un esprit de généralisation, une largeur de vue que nous semblons avoir perdus dans l'observation de détail, dans le culte du microscope et de l'analyse cadavérique.

Or, un des moyens les plus propres à nous faciliter cette vue générale et élevée de la science, ce sont précisément ces revues, ces tableaux d'observation ; — mais ils ne peuvent nous servir que par leur réunion, par la comparaison des éléments dont ils se composent, des résultats particuliers qu'ils constatent ; — ce n'est qu'à la longue qu'on en peut tirer quelques fruits. Les premiers n'auront pas pour

nous plus de valeur que ces faits isolés dont on attend le retour pour en tirer une conclusion, pour en extraire un principe... Ces belles descriptions laissées par Sydenham, par Stoll, était-ce autre chose que des tableaux cliniques, et n'est-ce pas uniquement dans leur succession et leur rapprochement que ces maîtres ont trouvé les leçons qu'ils nous ont transmises?

Si cette manière de voir est juste, Messieurs, le travail de M. Forget n'a, vous le comprenez, que peu d'importance par lui-même, et n'acquerra de valeur que par la persévérance de son auteur à suivre cette voie, par la continuation de ce que nous ne regardons que comme le premier chapitre d'une œuvre à peine commencée, et dont nous souhaitons vivement de voir la suite, dans l'intérêt de la science. Vous comprenez encore qu'il n'y aurait pour vous que peu d'intérêt et d'utilité à vous entretenir des prétendus résultats qu'a donnés à M. Forget l'observation annuelle à laquelle il nous fait assister; je vous dirai seulement quelques mots sur la rédaction de ce travail, non à titre de critique, ce qui pourrait ne pas nous convenir vis-à-vis de cet estimable professeur, mais afin de trouver l'occasion de vous exprimer quelques idées à ce sujet.

Il me semble qu'une des questions qui dominent l'étude pratique de la pathologie, ou plutôt l'étude de la médecine elle-même, c'est la connaissance des constitutions médicales, c'est-à-dire de ces influences générales qui font, et qu'une espèce de remèdes réussit plus volontiers qu'une autre, et que certaines maladies se développent de préférence à d'autres, pendant un certain temps. Ces influences, je crois, existent toujours à un degré quelconque, depuis

cette disposition constante et si vulgaire aux affections thoraciques, durant l'hiver, et aux affections intestinales pendant l'automne, — depuis ces prédispositions générales et si certaines, dans des temps donnés, aux fièvres éruptives, aux fièvres typhoïdes, aux affections catarrhales, aux diphtéries, jusqu'à ces épidémies proprement dites, qui ne sont peut-être qu'une exagération d'une loi constante. Ces idées sont si anciennes qu'on les trouve nettement indiquées dans les écrits hippocratiques ; je les range au nombre de ces admirables prévisions qui ont çà et là devancé la science.

Quelle lumière cette étude si absolument négligée aujourd'hui, ne jettera-t-elle pas sur la pratique, quand elle aura fixé les esprits des bons observateurs ! Et sans doute, la pratique seule n'en profitera pas, car la science, qui en est moins facile à séparer qu'on ne le dit généralement, y trouvera bien sans doute quelques solutions aux questions qu'elle s'adresse à elle-même chaque jour, et dont elle remet chaque jour la réponse au lendemain.

Or, qu'est-ce que l'étude des constitutions médicales, sinon une étude d'étiologie ? Dans l'ignorance où nous sommes encore des circonstances qui président à la production des maladies, n'est-ce pas un devoir de tenir son attention éveillée sur toutes celles qui paraissent propres à jouer quelque rôle dans la pathogénie ? Une étude minutieuse dans ce sens n'est-elle pas une des premières conditions à remplir pour donner un caractère d'utilité aux travaux auxquels je fais maintenant allusion ? Mais c'est ce qui manque complètement à celui de M. Forget. Là aucune vue d'ensemble, aucune tentative de relier les faits les uns aux autres, — aucune notion sur les conditions

météorologiques qui ont régné à Strasbourg pendant le courant de l'année qui vient de s'écouler, aucun détail sur le climat de cette ville, sur sa population !... — Les maladies sont classées par maladies, les angines d'un côté, les fièvres typhoïdes d'un autre; ici les pneumonies, là les maladies du cœur, le rhumatisme, la chlorose, tout cela isolé, numéroté ; — comme s'il s'agissait de choses toutes différentes, et comme si une solidarité certaine n'existait pas à un certain degré entre toutes les maladies que l'observation nous présente simultanément ou successivement. — Cet auteur n'a eu sans doute d'autre but que de faire un résumé brut et sans autre portée, de sa clinique. Pris à son point de vue, son livre est tout ce qu'on pouvait attendre d'un homme de talent et d'esprit, déjà si connu dans la littérature médicale. Pour nous, nous plaçant au point de vue que nous venons d'indiquer, nous regrettons qu'il n'ait pas eu d'autres prétentions, comme le nom de cet estimable professeur devait le faire espérer.

Quant aux faits particuliers mentionnés dans cette Revue, je n'ai remarqué, ni dans chacun d'entr'eux, ni dans leur réunion, rien d'assez saillant pour mériter de vous être communiqué. Vous dirai-je que tel ou tel mois de l'année a offert deux ou trois cas de fièvre typhoïde ou de rhumatisme articulaire, de plus que les autres, — que sur 17 pneumoniques, on a pratiqué 44 saignées, que la moyenne a été de 3 et 8\12, etc.? Messieurs, tous les faits ont, comme faits, des droits égaux à notre intérêt et à notre attention; mais dans l'impossibilité où je suis de vous en reproduire le tableau, je me contenterai de vous renvoyer à l'ouvrage de M. Forget.

DURAND-FARDEL.

**REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE DES JOURNAUX
DE MÉDECINE FRANÇAIS.**

De l'allongement et du raccourcissement du membre inférieur dans la coxalgie. — Affection douloureuse des glandes mammaires. — Nouvelle méthode de traitement pour les fractures très-obliques de la jambe. — Mémoire sur les luxations causées par le relâchement et l'allongement des ligaments. — Note sur l'hydrophthalmie et l'exophthalmie. — Mémoire sur les caustiques hypo-cathérétiques. — De la conjonctivite rapportée à l'action pathogénique de l'iodure de potassium. — Mémoire sur l'extase religieuse épidémique.

Archives générales de médecine.

Août et septembre 1843.

De l'allongement et du raccourcissement du membre inférieur dans la coxalgie, par le docteur PARISÉ. (Suite et fin.) — La déviation du bassin, phénomène secondaire de la coxalgie, est la conséquence de la position fixe que le fémur du côté malade prend par rapport au bassin. La position du membre malade détermine celle du membre sain. Les inflexions latérales et antéro-postérieures et les courbures alternatives de la colonne vertébrale, sont destinées à replacer l'axe général du corps dans la direction normale des membres inférieurs. L'inclinaison du bassin du côté malade amène l'allongement apparent à la vue et le raccourcissement apparent à la mensuration. Son élévation produit les phénomènes inverses : raccourcissement apparent à la vue, allongement apparent à la mensuration.

Les différences *apparentes à la vue* résultent de ce que l'on n'examine que les extrémités inférieures de deux leviers égaux, mais dont les extrémités supérieures ne sont pas sur le même niveau et sont plus écartées que les inférieures. Les différences *apparentes à la mensuration* résultent de ce que l'on mesure comparativement les distances que laissent entre elles les extrémités de deux lignes égales chacune à chacune, mais formant des angles dont l'ouverture est différente. Le raccourcissement apparent à la vue est toujours accompagné d'un allongement apparent à la mensuration *et vice versa*, lorsque les malléoles sont rapprochées. La mensuration de l'épine iliaque postéro-supérieure donne des résultats inverses de ceux qu'on obtient par la mensuration partant de l'épine iliaque antéro-supérieure et par conséquent conformes à ceux que fournit l'inspection. L'allongement et le raccourcissement apparent à la vue et à la mensuration peuvent exister en même temps que des allongements et des raccourcissements *réels* de plusieurs sortes; ce qui rend très difficile l'appréciation de ces phénomènes.

Les auteurs font remarquer l'allongement du membre dans la première période de la coxalgie. Cet allongement ne serait qu'apparent, d'après J.-L. Petit; mais les expériences de M. Parise ne laissent aucun doute sur sa réalité. La synovie, en distendant la capsule, repousse la tête du fémur en dehors, en même temps qu'elle pousse le membre dans l'abduction, produisant à la fois l'allongement réel et l'allongement à l'inspection. Toute augmentation de volume de la tête du fémur amène aussi un allongement réel, contrairement à l'opinion de M. Fricke.

S'il y a allongement réel du membre, lorsque la tête du fémur venant à se déplacer, son centre, descend au des-

sous de la ligne bicotyloïdienne, il y aura raccourcissement s'il s'élève au-dessus.

Quelles sont les causes de ce raccourcissement ?

M. Parise a établi les propositions suivantes :

La contraction musculaire la plus énergique ne peut amener un raccourcissement appréciable du membre, en enfonçant la tête du fémur dans la cavité cotyloïde. L'amaigrissement, l'usure, la destruction du cartilage fémoral seul, ou du cartilage cotyloïdien seul, ou des deux à la fois, produisent un raccourcissement qui, dans ce dernier cas, s'élève à 4 ou 5 millimètres. Le raccourcissement sera d'autant plus grand que la tête du fémur aura éprouvé une destruction plus étendue, et que la cavité aura subi une ampliation plus considérable. La pénétration dans le bassin causera un raccourcissement considérable, mais variable, selon la forme et l'étendue de la perforation. Dans la luxation en haut et en dehors, le raccourcissement sera d'autant plus grand et plus prononcé que la tête luxée sera plus éloignée du cotyle.

Il existe un autre genre de variations réelles de longueurs des membres abdominaux dans les affections coxalgiques, celles qui dépendent de la longueur absolue des os du membre. L'allongement réel qui se rapporte à ce genre n'est pas bien prouvé ; on pourrait y ranger celui qui serait dû au redressement du col du fémur sur le corps de cet os, comme on l'a vu quelquefois.

Le raccourcissement est très-fréquent, et peut reconnaître pour causes : 1^o l'inclinaison plus considérable du col sur le corps du fémur ; 2^o la brièveté du col ; 3^o les courbures anormales et rachitiques du corps du fémur ; 4^o l'atrophie portant sur la longueur des os. Cette dernière espèce surtout est très-fréquente, et se prononce très-rapidement chez les enfants. Elle n'est pas liée à

l'existence de la coxalgie, mais elle l'accompagne presque constamment. Les variations de longueur du membre malade peuvent fournir au chirurgien des notions favorables.

L'allongement apparent à la vue, résultant de l'abduction avec un certain degré de flexion de la cuisse sur le bassin, indique une accumulation de liquide dans l'articulation. Il y a en même temps allongement réel de 4 à 5 millimètres, résultant de l'écartement de la tête fémorale du fond du cotyle. Si l'allongement apparent à la vue augmente, il indique une irritation nouvelle de l'articulation. Si, après avoir été très-prononcé pendant quelque temps, il diminue un peu, les mouvements restant toujours aussi difficiles et aussi douloureux, si en même temps le grand trochanter, toujours écarté, devient plus saillant, la luxation sur l'échancrure postéro supérieure est imminente. L'allongement apparent à la vue est moins grave que l'état opposé.

Le raccourcissement apparent à la vue, lié à l'adduction avec un certain degré de flexion, se voit rarement au début des coxalgies. Dans ce cas, il indique que l'articulation contient peu de liquide, ce qui doit faire craindre que l'affection ait commencé par les parties dures au lieu de commencer par la synoviale. Quand il succède à l'allongement apparent à la vue sans diminution des autres symptômes et sans raccourcissement réel, compensation faite de l'atrophie des os, il est à craindre que la collection formée dans la capsule se soit fait jour dans les interstices musculaires ou dans le bassin. S'il y a en même temps raccourcissement à la vue et à la mensuration avec saillie du grand trochanter, il y aura luxation. Si le raccourcissement apparent à la vue est joint à un raccourcissement réel de 4 à 5 millimètres, on pourra croire à une

érosion des cartilages. Avec un raccourcissement réel plus étendu et un défaut de saillie du grand trochanter, on aura affaire à une destruction plus considérable des surfaces articulaires ou bien à la pénétration dans le bassin. Si avec un raccourcissement apparent à la vue on constatait un allongement réel de 5 à 6 millimètres, on serait fondé à croire que la cavité articulaire contient peu de liquide, mais que le fémur est repoussé en dehors par la tuméfaction du tissu adipeux cotyloïdien ou du ligament rond, ou par le gonflement de sa tête elle-même. En général le raccourcissement apparent à la vue est un signe plus grave que l'allongement.

Affection douloureuse des glandes mammaires, par le docteur E. RUFZ, de la Martinique. Cette affection, décrite seulement par Astley Cooper, est assez commune à la Martinique. Les symptômes sont une douleur continue, sourde ordinairement, mais qui s'éveille de temps en temps; alors elle est insupportable ou du moins assez désagréable pour que les malades désirent en être débarrassés à tout prix. Cette douleur a pour point de départ la glande mammaire, et rayonne dans le voisinage, irrégulièrement et sans suivre le trajet des nerfs intercostaux, ni des thoraciques. La pression n'est sensible que dans certains points de la glande. Ces points sont plus durs, et forment comme des noyaux arrondis, dont le volume varie depuis celui d'un gros pois jusqu'à celui d'une noisette. L'intensité des douleurs n'est point en raison de la grosseur des noyaux. Quelquefois les plus fortes douleurs répondent aux plus petits noyaux. Les douleurs peuvent persister après la fonte complète des noyaux. Cette affection ne paraît réagir sur aucune des fonctions de l'économie. Elle peut être de fort longue durée. M. Rufz ne l'a jamais vue se transformer en cancer; elle

se développe souvent dans un âge où l'affection cancéreuse est fort rare. Le tissu blanchâtre, dur et tassé des noyaux offre quelque analogie avec le tissu squirrheux ; mais ces noyaux pressés, ne laissent pas exsuder un fluide comme le tissu squirrheux. La maladie n'est point un cancer à son début ; serait-ce une névraïgie ? Les kystes du sein peuvent être facilement confondus avec la maladie en question. Elle se développe ordinairement chez les femmes. Elle n'occupe le plus souvent qu'un des seins. Un coup sur le sein est la seule cause occasionnelle accusée par les malades. Les sangsues et les vésicatoires répétés sont très-peu efficaces ; il en est de même des frictions faites avec l'hydriodate de potasse, l'ammoniaque, la teinture de cantharides, le tartre stibié. Les purgatifs répétés et la compression ont réussi quelquefois, de même que les incisions sous-cutanées, lesquelles s'exécutent sans danger, sans embarras et avec promptitude.

Journal de chirurgie.

(Septembre et octobre 1843.)

Nouvelle méthode de traitement pour les fractures très-obliques de la jambe, par M. MALGAIGNE. — L'on sait que M. Malgaigne a proposé et employé pour le traitement des fractures de la rotule des griffes en fer, qui, venant s'implanter sur chacun des fragments de l'os brisé, tendent, au moyen d'une vis de rappel, à les rapprocher l'un de l'autre et à les mettre en contact.

Partant de ce principe regardé comme démontré par l'auteur, que les plaies par piqûres ne sont nullement redoutables, et, fort des résultats de l'expérience, M. Malgaigne propose aujourd'hui, comme moyen de traitement de certaines fractures, l'implantation de pointes d'acier

sur les os eux-mêmes, afin d'agir sur eux à la fois avec la plus grande puissance et dans la plus petite étendue, sans lésion notable des chairs et des téguments.

Il cite deux observations qui tendent à prouver l'efficacité et l'innocuité de ce moyen. Dans chacun de ces deux cas, il s'agissait d'une fracture oblique de la jambe avec saillie très-prononcée du fragment supérieur. M. Malgaigne n'ayant pu, par aucun moyen, remédier d'une manière efficace et permanente à cette saillie du fragment supérieur, eut recours à un appareil composé d'une sorte d'arc en forte tôle qui embrasse les trois quarts antérieurs de la jambe à une distance d'un travers de doigt. Du centre de l'arc, à travers un écrou solide, descend une vis de pression à pointe très-aigüe qui traverse les téguments et vient se fixer sur le tibia.

Au dire de M. Malgaigne, cet appareil aurait, dans les deux cas, agi avec la plus grande efficacité, et sans produire le plus léger accident.

De quelques modes de guérisons naturelles des hernies et particulièrement du rôle du collet du sac dans ces guérisons, par M. ROUSTAN. — Ce Mémoire est une réfutation d'un travail de M. Demeaux, sur l'évolution du sac. En effet, M. Demeaux regarde le collet du sac comme formé essentiellement dans son origine et dans son développement par une transformation du tissu cellulaire péritonéal en tissu de nature dartroïque et même musculaire, et alors que les intestins ne sont plus dans le sac, le collet se contracte lentement et finit par s'oblitérer. Selon M. Demeaux, les bandages n'agiraient qu'en empêchant les intestins de pénétrer dans le sac. M. Roustan, au contraire, admet que le collet n'est que l'orifice du sac renforcé, épaissi par des cicatrices ou stygmates dus tantôt aux

adhérences des plis du péritoine, froncé par l'anneau qui livre passage à la hernie, tantôt à l'organisation de fausses membranes développées à la face interne du collet sous l'influence d'une inflammation. On voit quelles différences capitales séparent la théorie de M. Demeaux de celle qu'expose M. Roustan : pour le premier, le collet du sac consiste dans une transformation du tissu cellulaire sous-péritonéal; pour le second, il est constitué par les adhérences de quelques points du péritoine de l'orifice du sac ou par l'épanchement de la lymphe plastique. Dans le premier cas, le rétrécissement du collet serait dû à sa nature musculaire, dans le second, à des adhérences successives qui finiraient par amener la guérison.

Mémoire sur les luxations causées par le relâchement et l'allongement des ligaments, par M. PATÉGAT. — Ce Mémoire, dont il nous est impossible de donner une analyse, se compose d'observations pour la plupart empruntées aux auteurs, et qui démontrent que le relâchement et l'allongement des ligaments sont une cause puissante de luxation. C'est là un point de doctrine généralement admis depuis longtemps.

Note sur l'hydrophthalmie et l'exophthalmie en Afrique, par M. FURNARI (1).

L'hydrophthalmie est très-fréquente en Afrique; elle

(1) M. Furnari a été chargé par le gouvernement d'une mission scientifique en Algérie : tout en rendant justice aux connaissances de M. Furnari, nous voyons cependant avec peine que le gouvernement protège les étrangers souvent au détriment des Français; il n'eût certes pas été difficile de trouver des médecins français qui eussent apporté dans des recherches scientifiques tout le talent, le zèle et la bonne foi désirables. L'honneur médical n'a que trop souvent à déplorer la protection que la France accorde aux médecins étrangers. (A. R.)

affecte de préférence la classe juive et mauresque. L'hydrophthalmie n'est jamais instantanée.

La transmissibilité héréditaire de l'hydrophthalmie n'est pas encore bien démontrée.

L'hydrophthalmie est souvent, en Algérie, symptomatique d'une affection générale, et surtout du vice scrofuleux.

Quant au traitement, il consiste à employer les antiphlogistiques au début, à combattre les vices généraux, et enfin, s'il est nécessaire, à pratiquer la paracenthèse de l'œil.

L'exophthalmie en Afrique a une marche rapide.

L'exophthalmie se guérit promptement ; mais il faut se hâter d'employer un traitement énergique dès le début. Les résultats consécutifs de l'exophthalmie ne sont pas en rapport avec la violence de l'invasion ; tout au plus ceux qui en ont été affectés éprouvent-ils pendant quelque temps une pesanteur dans l'œil et quelques sensations de mouches volantes.

Mémoire sur l'application du froid en thérapeutique, par M. ALLIOT. — Tout en se montrant partisan du froid comme moyen thérapeutique, l'auteur discute les cas dans lesquels il est convenable de l'employer. Là où il n'agit pas avec utilité il est nuisible ; aussi son emploi demande-t-il beaucoup de discernement : c'est là ce que l'auteur cherche à prouver à l'aide de faits qu'il rapporte.

ALPH. RENDU.

Gazette médicale. (Août 1843).

Mémoire sur les caustiques hypo-cathérétiques, avec quelques considérations les plus générales sur leur application à la thérapeutique chirurgicale; par le docteur E. PÉRAIRE, de Bordeaux. — Il y a deux genres de cautérisations : l'une a pour but de modifier les tissus ; l'autre de les détruire. C'est pour venir en aide au premier de ces deux genres de cautérisation, que M. Péraire propose les caustiques hypo-cathérétiques, ainsi nommés parce que leur puissance est au-dessous de celles des cathérétiques ordinaires. Ils rendent plus lente et plus modérée l'action des caustiques, et la réduisent à un effet presque insensible, tout vital.

Convaincu que si le degré de la cautérisation n'est pas chose indifférente, sa spécificité l'est encore moins, M. Péraire a préparé avec un mélange de six parties de beurre de cacao, deux parties de blanc de baleine et deux parties de caustique, quatre espèces de cylindres, les uns de sulfate de cuivre, les autres de proto-nitrate de mercure, de bichlorure de mercure et de nitrate d'argent, afin de répondre aux principales indications qui exigent l'emploi des caustiques, comme simples modificateurs des tissus.

§ II. *De la conjonctivite rapportée à l'action pathogénique de l'iodure de potassium; par M. le docteur Paul-BERNARD.* — Rien de plus facile à confondre, dit le docteur Paul Bernard, que la conjonctivite produite par l'iodure de potassium, avec celle que M. Sichel désigne sous le nom de *lymphatique*, avec ou sans pustule ; car le plus souvent la conjonctive n'est affectée que *partiellement*, et presque toujours à l'un ou à l'autre angle de l'œil. C'est surtout avec la conjonctivite ordinaire, la

simple conjonctivite que la conjonctivite produite par l'iodure de potassium a le plus de rapports. Si l'on rapproche de ce fait l'influence heureuse de cet agent thérapeutique dans les conjonctivites chroniques dartreuses, catarrhales et scrofuleuses simples, on est saisi par cette pensée entrevue depuis longtemps par de grands praticiens, exagérée par Hanhemann et ses disciples, qu'il y a une relation importante à étudier entre les agents thérapeutiques et les maladies qu'ils produisent d'une part, et d'autre part entre les maladies et les agents qu'elles réclament. Ainsi, dans le fait qui nous occupe, l'iodure de potassium, qui produit une conjonctivite analogue à la conjonctivite lymphatique simple, guérit cette conjonctivite; il aggrave au contraire la conjonctivite blé-norrhagique, avec laquelle la conjonctivite qu'il produit n'a aucun rapport intime. Il serait bon que les médecins praticiens entrassent dans cette voie d'observation d'une manière plus sérieuse qu'ils ne l'ont fait jusqu'à ce jour.

§ III. *Mémoire sur l'extase religieuse épidémique qui régnait en Suède en 1841 et 1842, par M. le docteur C. U. SONDEN, médecin de l'hôpital des aliénés, à Stockholm.* — Ce mémoire offre un grand intérêt; il est écrit dans un excellent esprit. Nous le recommandons tout entier à nos lecteurs, surtout pour ce qui est relatif à l'étiologie de la maladie. Cette maladie se manifesta à la fin de l'année 1841 et se répandit, au commencement de l'année 1842, parmi les habitants des campagnes de la partie centrale de la Suède. Elle attaqua communément les jeunes gens de 16 à 30 ans, les femmes surtout; souvent aussi des enfants de 6 à 16 ans, ou même quelques personnes âgées. La plupart des malades appartenaient à la classe du peuple; cependant il y eut des cas de maladie parmi les personnes des classes éclairées. En géné-

ral, cette forme de maladie singulière et épidémique se distinguait essentiellement par deux symptômes saillants et remarquables : l'un physique et consistant en une attaque spasmodique, des contractions involontaires, des contorsions, etc.; l'autre mental, consistant en une extase plus ou moins involontaire, pendant laquelle le malade croit voir ou entendre des choses divines, surnaturelles, et est forcé d'en parler, ou, comme on le dit, assez généralement parmi le peuple, de prêcher : de là la dénomination devenue populaire de *maladie de prédication*.

Tout en accordant aux causes physiques l'influence qu'elles ont pu avoir sur cette maladie comme causes prédisposantes, M. Sonden réfute victorieusement les personnes, qui, pour ne pas convenir que le méthodisme et le fanatisme religieux qu'il traîne à sa suite sont la véritable cause de cette aliénation mentale, l'attribuent à la mauvaise qualité des vivres et particulièrement au seigle ergoté. Un fait positif, c'est que, dans les localités où commença la maladie, il y avait déjà longtemps que les esprits avaient été inquiétés et exaltés par les sermons particuliers et les exercices de dévotion des soi-disant prédicateurs et autres sectateurs fanatisés par des milliers de pamphlets fanatiques, composés par les Murbeck, les Ryman, et plusieurs autres. M. Ponten, ecclésiastique éclairé, qui, pendant 40 ans, a traité lui-même des aliénés dans sa maison, et précisément dans l'endroit où éclata la maladie, attribue à la grande activité de ces prédicateurs, non-seulement de nombreux exemples de monomanie religieuse, mais encore l'accroissement du nombre des aliénés, qui a été incontestable pendant les années dernières. Le même témoignage a été donné par d'autres personnes éclairées et par les journaux publics.

Aussi M. Sonden pense-t-il que si l'on tient compte des efforts faits dans les derniers temps par les apôtres du méthodisme pour agiter les esprits, on est obligé de convenir qu'à cette époque il existait réellement plus d'éléments qu'il ne semblait nécessaire pour provoquer le fanatisme et même l'extase. Il ne fallait donc pas une impulsion bien forte ou extraordinaire pour pousser l'extravagance dominante jusqu'à un véritable état de folie. Une impulsion semblable arriva cependant, lorsqu'une jeune fille, irritable et sensible à un haut degré, devint dévotement exaltée par de fréquentes lectures dans la Bible et autres ouvrages religieux, et finit par tomber dans un état d'extase à la suite d'une longue maladie nerveuse.

Alors l'épidémie, avec la rapidité de l'éclair, alluma la masse échauffée depuis longtemps et se répandit avec une promptitude étonnante. Plusieurs individus devinrent complètement malades ; un grand nombre éprouvèrent des symptômes plus ou moins prononcés du mal, et tous les habitants furent fanatisés, sinon affectés de cette épidémie mentale.

Si l'on pouvait avoir le moindre doute sur la cause réelle de cette désolante épidémie, il suffirait pour le dissiper de lire les détails des Camps-Meetings de méthodistes aux États-Unis. On verrait que chacune de ces réunions offre le douloureux spectacle de ces convulsions délirantes. Ces convulsions délirantes sont même prévues, préparées, excitées. Aussi, entre l'estrade sur laquelle le prédicateur péroré et la barrière qui le sépare du public, y a-t-il une place réservée pour les convulsionnaires, dont on écoute les paroles comme des inspirations de l'esprit saint. Voilà ce que le méthodisme fait des hommes : des convulsionnaires et des fous. Nous

comprenons maintenant toute leur haine contre l'église catholique, qui, par ses enseignements divins, élève la raison de l'homme, fortifie son cœur contre ses passions, et qui, lorsqu'il a le malheur de s'égarer, l'attire à elle en lui montrant qu'en elle seule il trouvera la paix, oui la paix et la paix la plus douce et la plus suave, au lieu des tourments déchirants du repentir, seule chose que le protestantisme puisse produire. Car il peut bien montrer à une âme emportée par ses sens qu'elle est dans le mal; il peut réveiller en elle le remords, le remords avec ses déchirements et ses angoisses, mais il ne peut pas donner la paix; car il ne peut dire à cette pauvre âme : allez en paix, vos péchés vous sont remis. Oh! si les médecins savaient la puissance qu'ont ces simples paroles : vos péchés vous sont remis, ils guériraient plus d'une maladie contre laquelle ils épuisent quelquefois en vain toutes les ressources de la thérapeutique. Nous avons vu, il y a à peine six semaines, un jeune homme ainsi guéri d'une névrose générale contre laquelle des médecins distingués avaient vainement employé les moyens les mieux indiqués. Et pourquoi n'en serait-il pas ainsi? est-ce que par hasard, dans l'homme vivant, l'esprit et le corps ne forment pas un tout indivisible? Puisqu'on définit la mort, la séparation de l'âme d'avec le corps, son union avec le corps constitue donc la vie? Dès-lors, rien de ce qui touche l'âme n'est étranger au corps, rien de ce qui survient au corps n'est étranger à l'âme. Aussi des impressions morales violentes provoquent-elles tous les jours des altérations morbides dans notre corps; et, à leur tour, les maladies de notre corps sont capables de causer des dérangements et des maladies dans notre esprit.

A. F.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ALLEMANDS.

De l'action de quelques médicaments sur les différentes facultés de l'esprit humain. — Notes obstétricales. — De l'effet du cyanure de zinc dans les maladies nerveuses. — Grossesse triple. — De l'empyème et de son traitement médical et chirurgical. — Structure des enveloppes de l'œuf humain.

De l'action de quelques médicaments sur les différentes facultés de l'esprit humain; par le docteur OTTO, de Copenhague. — Tous les médicaments excitants augmentent la quantité de sang qui se rend au cerveau. Si cette quantité ne dépasse pas une certaine mesure, alors toutes les facultés sont sur excitées. Néanmoins l'action est différente suivant les différentes organisations cérébrales, et aussi parce que certains excitants exercent une influence particulière sur des facultés spéciales. Ainsi, l'ammoniaque et ses préparations, le muse, le castoreum, le vin et l'éther augmentent l'imagination et rendent la méditation plus facile. Les huiles empyreumatiques engendrent de la mélancolie, de la mauvaise humeur et des hallucinations. Le phosphore agit sur l'instinct de la propagation, il augmente les désirs érotiques; aussi l'a-t-on employé avec succès dans des cas d'impuissance. L'iode exerce une influence analogue; mais il diminue la faculté intellectuelle. Les cantharides ont le même pouvoir, le camphre produit un effet opposé.

Parmi les métaux, l'usage de l'arsenic est suivi de tristesse, celui de l'or d'entrain et de gaieté. Le mercure

entraîne après lui une sensibilité morbide et un dégoût pour toutes les occupations.

Parmi les gaz, je me contenterai de nommer le deutroxyde d'azote, dont l'inspiration procure la sensation la plus délicieuse.

Il est encore plus curieux d'analyser l'action des narcotiques. L'opium augmente l'instinct érotique ainsi que les facultés intellectuelles et en particulier l'imagination. Ceux qui en font abus souffrent souvent de priapisme ; mais à dose légère, il fait naître des idées et procure des hallucinations ; aussi peut-on dire que dans le sommeil qu'il provoque l'esprit continue à veiller quand même le corps est endormi. Il excite aussi la loquacité, et le docteur Gregory a vu ce résultat, surtout après l'usage de l'hydrochlorate de morphine. Tous les malades auxquels il l'a administré lui ont présenté le même phénomène, et il en a fait l'expérience sur lui-même. Il assure qu'il éprouvait chaque fois un besoin de parler invincible et le faisait avec beaucoup de facilité ; aussi conseille-t-il à toutes les personnes qui ont à faire un discours au parlement ou dans une assemblée, de prendre une très-légère dose du médicament. Nous ne savons si le conseil du docteur anglais est donné sérieusement ; peut-être son application aurait-elle de moindres dangers en Angleterre qu'en France ; mais dans notre pays, la vulgarisation d'un pareil médicament parmi les députés et les membres de toutes les académies, pourrait avoir les conséquences les plus désastreuses. Imaginez un orateur qui n'écouterait ni la sonnette du président, ni les réclamations de tous ses collègues. Imaginez ce flux d'éloquence morbide qui renverserait toutes les digues et déferait toutes les interruptions. Si nous osons l'indiquer ici, c'est que nous comptons sur la discrétion des lecteurs de la *Revue*, et

nous les supplions, dans leur intérêt, de ne pas ébruiter un pareil moyen. Les autres narcotiques ne produisent pas dans le cerveau le même effet que l'opium. La belladone diminue les facultés intellectuelles. La jusquiame rend maussade, violent et colérique. La ciguë éteint toute activité intellectuelle, la digitale est antiphrodisiaque. Le chanvre provoque une intarissable gaité. Il entre dans la boisson que les Indiens connaissent sous le nom de *baass*. L'usage de *Amanita muscaria* excitait chez les héros Scandinaves un courage féroce, une sauvage fureur. Le tabac agit comme l'opium, même chez ceux qui y sont accoutumés. Tous les fumeurs prétendent qu'il développe les facultés imaginatives.

Il serait facile de multiplier ces exemples; j'ai voulu seulement indiquer une voie nouvelle. Si l'action psychologique des médicaments nous était parfaitement connue, le médecin pourrait les varier suivant les dispositions intellectuelles des malades. Le traitement des différentes espèces de monomanies y gagnerait certainement, et l'on pourrait en essayer l'emploi sur certaines organisations vicieuses et perverses qui résistent à tous les exemples et à toutes les exhortations. (*Zeitschrift für die gesammte Medicin* 1843, 2^e cahier.)

Notes obstétricales, par le docteur Osiander.—Dans le voyage de Clarke et Lewis aux sources du Missouri, on lit le fait suivant : Une indienne conduisait deux chevaux de bagage : tout à coup elle s'arrête et dit fort tranquillement qu'elle allait accoucher, mais qu'elle rejoindrait bientôt la caravane. En effet, elle revint une heure après portant dans ses bras un enfant bien portant. La facilité merveilleuse avec laquelle les Indiennes accouchent est pour elles un bienfait du ciel. Quand elles mettent au monde des enfans dont les pères sont des blancs la partu-

rition est plus difficile. Serait-ce parce que ces enfants ont la tête plus grosse et le front plus élevé, comme le dit Cuvier, ou pour d'autres raisons encore inconnues? Pour hâter la délivrance, lorsque les douleurs ne viennent pas, on donne aux femmes une poudre faite avec l'extrémité de la queue du serpent à sonnettes. Cette extrémité est, comme on le sait, composée d'anneaux d'épiderme desséché, mobiles l'un sur l'autre, et qui produisent un bruit de crecelle ou de castagnettes, quand l'animal agite sa queue. Une femme était en mal d'enfant, les douleurs avaient cessé: M. Lewis donna à la patiente deux anneaux concassés dans de l'eau, et dix minutes après l'enfant paraissait à l'entrée du vagin. L'action d'une pareille substance est inexplicable, celle du seigle ergoté et du borax le sont-elles davantage?

Il est des cas où l'on est obligé de sevrer brusquement un enfant quand la mère ou sa nourrice tombent malades ou deviennent enceintes. Rien de mieux alors que d'enduire le bout du sein d'une substance amère, acide ou fortement odorante, telle que du vinaigre, de l'eau de Cologne. Les femmes sauvages de la Nouvelle Zélande connaissent très-bien cette méthode: elle se frottent, dit M. Durville, l'extrémité du sein avec la partie de la tige du *phormium tenax* voisine de la racine et dont le goût est fort amer.

(*Même journal*, *ibid.*)

De l'effet du cyanure de zinc dans les maladies nerveuses, par le docteur BARTELO DE BERLIN.

Une jeune fille de dix-neuf ans, bien portante et d'une constitution sanguine, souffrait depuis deux ans de convulsions qui revenaient régulièrement avant ou après ses règles. Celles-ci s'étaient montrées à l'âge de quatorze ans, et quoique la menstruation fût peu abondante, sa santé

avait néanmoins été toujours très-bonne. Les convulsions étant survenues sans cause connue, plusieurs médecins avaient échoué en essayant de la guérir et conseillaient de la marier au plus vite. Lorsque je fus consulté elle était dans l'état de santé le plus florissant : les accès survenaient pendant la nuit, ils s'accompagnaient de perte de connaissance, et le plus souvent la malade se mordait la langue si on ne venait pas immédiatement à son secours. L'accès revenait rarement la nuit suivante, mais seulement à l'époque suivante : une grande faiblesse suivait et souvent précédait l'accès.

Il est clair que ce cas ne rentrait pas dans les accès épileptiques ordinaires, il était intimement lié à la période menstruelle. Les moyens antiphlogistiques ayant échoué, je crus plutôt à une surexcitation nerveuse qu'à une congestion sanguine; mais bien des remèdes ayant été déjà employés sans succès j'eus recours au cyanure de zinc. Huit jours avant les règles, la malade prit trois doses de ce médicament de vingt-cinq milligrammes chacune. Déjà l'accès suivant fut moins marqué. Celui qui vint après ayant été aussi violent qu'auparavant, je doublai la dose, l'accès ne revint plus pendant trois mois, quoique j'aie suspendu l'emploi du cyanure de mercure aux deux dernières époques. Quelques écarts de régime ramenèrent encore deux faibles accès. Des bains de rivière achevèrent la cure, et depuis longtemps aucun accès n'a reparu quoique cette jeune fille ne se soit pas mariée.

Une enfant de dix ans dont la santé avait toujours été excellente, fut prise, vers l'âge de douze ans, de symptômes morbides qu'on aurait déclaré hystériques chez une adulte. Elle est le cinquième enfant de parents déjà vieux, sa taille est mince et allongée, et ses traits quoique réguliers, semblent ceux d'une beauté déjà fanée. Dans ses

accès elle était prise d'une terreur inexprimable et embrasait sa mère en la suppliant avec larmes de ne point la quitter. Cet état alternait avec une bonne santé ou d'autres symptômes. Tantôt l'enfant se plaignait de faiblesse, de lassitude, de tremblement dans les membres, tantôt elle se figurait qu'elle ne pouvait pas mouvoir une jambe, ou bien elle s'imaginait qu'elle allait s'envoler. Le sommeil était troublé, la malade se reveillait avec le cauchemar et s'agitait dans son lit d'une manière incroyable. Elle se plaignait de douleur au nombril, comme si on le tirait en dedans ou bien comme si on le mordait.

Toutes les autres fonctions étaient à l'état normal ; j'administrai un peu de rhubarbe pour rétablir complètement les fonctions digestives, et des anthelminthiques dans la crainte qu'il n'y eût des vers ; mais ce dernier moyen fut sans effet. Un matin je fus appelé pour être témoin d'un violent accès : la face était rouge, l'œil brillant, et l'enfant s'agitait dans son lit et courait dans la chambre en se plaignant d'un poids pénible sur la poitrine. Malgré les exhortations de sa mère, elle ne pouvait retrouver un peu de calme. Ces symptômes se reproduisirent les jours suivants. J'eus recours d'abord au calomel, puis à l'oxyde de zinc, aux bains froids, aux affusions, et enfin aux bains de rivière. Cette danse de Saint-Guy finit par céder à l'emploi réitéré de ce remède et à des soins hygiéniques bien entendus.

Un jeune fermier, âgé de vingt et un ans, scrofuleux dans son enfance, était somnambule depuis l'âge de huit ans. Ramené chaque fois dans son lit, il se promenait néanmoins fort souvent pendant la nuit et montait sur les armoires. Plus tard, il fut sujet au cauchemar qui alternait avec le somnambulisme. Il rêvait qu'une voiture arrivait sur lui du haut d'une montagne, passait sur sa

1843.. Octobre T. III.

48

poitrine et le laissait sans connaissance; aussi criait-il souvent dans son sommeil : La voiture arrive. Ces deux maladies durèrent jusqu'à l'âge de seize ans, où elles se transformèrent en une troisième qui ressemblait à l'éclampsie. Les sons d'un harmonica paraissent avoir été la cause déterminante de cette affection; car le malade sentit immédiatement de la dyspnée, perdit connaissance, la tête s'inclina sur l'épaule, la bouche se dévia, les yeux qui restèrent ouverts étaient tournés en haut et de côté. Il y avait de l'écume à la bouche, le malade mordait sa langue, les membres étaient roides et agités de soubresauts. Après quelques heures, il y avait engourdissement, puis un sommeil agité et un réveil avec douleur dans les membres et dans la poitrine. Ces accès se reproduisaient ordinairement plusieurs fois de suite, puis cessaient pendant deux mois tout au plus et revenaient à des périodes irrégulières.

Des bains et des lotions froides, des antimoniaux, tels furent les moyens employés. Un porrigo-favosa qui couvrait la tête, le cou et le dos, suspendit les accès pendant trois mois. Quand la maladie de la peau fut guérie, ils revinrent à peu près six fois par an.

Les praticiens les plus habiles avaient épuisé la matière médicale, mais sans succès; le séjour à la campagne n'avait pas été plus efficace. Il y a trois ans, j'entrepris sa guérison, mais avec grande défiance; car mes confrères m'avaient à peine laissé un nouveau moyen à essayer. Je me décidai à donner cinq centigrammes de cyanure de zinc par jour, et comme le médicament était bien supporté, je donnai jusqu'à 15 centigrammes par jour vers l'époque où on devait s'attendre à un accès. Il y eut un temps d'arrêt de quatre mois; des émotions morales ramenèrent un accès; je donnai alors 17 centigrammes par jour et j'obtins un répit de cinq mois. Mais le séjour habituel près

d'un four et de vives contrariétés ramenèrent l'état de somnambulisme. Une nuit, il traversa la cour et alla réveiller les domestiques au milieu de la nuit. Cet état alternait avec des attaques dans lesquelles il tombait étourdi sur le sol et perdait connaissance, puis son cou se tordait, ses yeux roulaient dans leur orbite, et il étendait convulsivement les membres en faisant d'effroyables grimaces. Je revins au cyanure de zinc à la dose de 10 centigrammes par jour et en suspendant ce médicament pendant huit jours et quelquefois pendant quinze jours. Les accès ne reparurent pas pendant une année entière. Malheureusement, comme ils ne cessèrent pas entièrement, les parents eurent recours à des remèdes secrets, et je perdis le malade de vue au moment où j'avais l'espoir d'obtenir une guérison définitive à l'aide d'un moyen qui avait déjà si notablement éloigné les accès.

Autant j'avais été heureux dans ces trois cas, autant je le fus peu dans le suivant. Une dame de 36 ans était prise, chaque fois avant ses règles, d'une hémicrânie très-douloureuse. J'ordonnai 15 milligrammes de cyanure de zinc, mais le mal de tête s'accrut et se compliqua d'étourdissements et de vomissements. Le mois suivant, je me bornai à six milligrammes qui produisirent les mêmes accidents. (*Hufelands Journal der practischen Heilkunde*, janvier 1843.)

Accouchement de trois enfants, par le docteur Brunzlow. — Une femme de 36 ans, qui en était à sa cinquième couche, met au monde, le 9 décembre, à midi, une fille très forte qui se présente dans la position normale. Après l'accouchement, l'abdomen reste volumineux et il se forme une nouvelle poche des eaux à travers lesquelles on sentait très-bien les membres de l'enfant ; la

poche se rompit au milieu de faibles douleurs, les eaux s'écoulèrent et les contractions cessèrent. Quatre jours se passèrent; au bout de ce temps, l'auteur fut appelé. Il trouve que la tête est dans le petit bassin; il applique le forceps et amène un gros garçon qui paraissait mort, mais fut bientôt rappelé à la vie par les moyens convenables. Cependant l'abdomen ne s'affaissait pas, et le doigt introduit dans le vagin fit reconnaître une troisième poche; on l'ouvrit, et un troisième enfant se présenta par les fesses au détroit supérieur du petit bassin. Les contractions ne revenant pas, à cause de l'affaiblissement de la malade, l'enfant fut amené au moyen du crochet mousse. Il était du sexe féminin et très-petit. Sa mort datait probablement de plusieurs jours, car il y avait quelques symptômes de putréfaction. Le placenta se composait de trois parties dont chacune avait un cordon. La mère eut des abcès au sein, mais se rétablit au bout de quelques semaines. Néanmoins ces accidents reparurent plus tard et la malade succomba. (*Heve Zeitschrift für Geburtokunde*, 1843, 3^e cahier.)

De l'empyème et de son traitement médical et chirurgical, par le docteur ALBERT KRAUSE. — Avant d'écrire cette monographie, l'auteur a réuni un très-grand nombre de faits, et il a cherché à y puiser les éléments de sa conviction personnelle, sans se laisser influencer par les opinions régnantes. Il passe d'abord les symptômes en revue. Ce sont la matité, l'absence de bruit respiratoire et de la vibration de la voix, le souffle bronchique, la respiration puérile de l'autre côté, qu'il regarde comme constants, et plus ou moins marqués dans tous les cas d'empyème. Deux fois seulement les côtes étaient tellement écartées et les parois du thorax tellement minces,

qu'il a pu sentir distinctement la fluctuation entre la cinquième et la sixième côte. La succussion hippocratique n'est perceptible que dans les cas où il y a de l'air ou des gaz dans la poitrine, et s'accompagne ordinairement du tintement métallique. La dilatation du thorax se voit presque constamment, et dans un cas l'auteur l'a constatée au bout de vingt-quatre heures. La plus grande différence qu'il ait trouvée, en comparant le côté malade au côté sain, a été de 4 centimètres. M. Stokes indique comme symptôme de la dépression du diaphragme du côté droit une dépression circulaire de la paroi abdominale. M. Krause n'a jamais pu constater l'existence de ce symptôme. L'œdème du côté malade est un signe qui manque rarement, et qui, souvent, annonce l'ouverture spontanée de la collection purulente. L'empyème peut donc se distinguer en deux variétés, celui qui ne se trahit que par ses signes acoustiques, et celui dans lequel se manifestent d'autres symptômes extérieurs. Le trouble des fonctions s'annonce par la douleur qui accompagne le début de l'exsudation. La dyspnée est très-forte, si l'épanchement se fait promptement et que la collection soit considérable ; ainsi, dans un cas où elle était de 20 livres, le malade respirait 28 fois par minute. C'est à la congestion pulmonaire qu'il attribue la toux sèche qui accompagne le début de l'empyème.

Je ne m'arrêterai pas à l'anatomie pathologique de l'empyème, qui est exposée avec soin et d'après un grand nombre d'autopsies. Elle confirme l'observation faite depuis longtemps de la complication de tubercules. Les proportions varient : Mohr, sur 20 autopsies, a trouvé 15 poumons tuberculeux ; sur 15, Skoda en a trouvé 12. L'auteur fait observer qu'ils sont plus nombreux et plus développés dans le poumon malade ; dans 4 cas, il y avait des vomiques.

Cette maladie s'observe à tous les âges ; cependant en réunissant ses observations à celle de MM. Andral, Sedillot, Skoda et Mohr, l'auteur trouve une somme de 137 malades, dont 96 hommes, 18 femmes et 23 enfants. Les jeunes gens étaient en majorité ; parmi les hommes 51 et parmi les femmes 10 étaient au moins de 30 ans. On trouve aussi plus de cas de guérisons parmi les jeunes gens ; ainsi sur 61 individus, 30 furent guéris. Dans les enfants la proportion est encore plus forte, elle est de 16 sur 23. Sur les 137 malades, 81 étaient malades du côté gauche et 56 du côté droit.

L'auteur discute ensuite la question de la paracenthèse de la poitrine ; il montre combien cette opération est dangereuse, lorsqu'elle n'est point faite dans les circonstances les plus favorables. Il cite les insuccès dont il a été témoin, et ne craint pas de stigmatiser du nom de *puff anglais* l'assertion du docteur Thomas Darvis, qui prétendait avoir guéri 12 malades sur 16, en ponctionnant la poitrine à la première apparition des symptômes d'épanchement, un danger imminent pour le malade lui paraissant seul pouvoir le justifier ; dans le cas où la rapidité et la quantité de l'épanchement sont tels que la circulation est arrêtée, où la face devient livide et la dyspnée insupportable. Dans le cas d'un abcès par congestion, il faut favoriser tous les jours l'écoulement de la matière épanchée.

L'auteur passe en revue les divers instruments proposés pour l'opération de l'empyème, savoir : la canule de M. Bouvier, le trois-quarts de M. Recamier, l'appareil de M. Stansky, celui de Skoda et Schut, ainsi que le trois-quarts plat de M. Jules Guérin. Tous ces appareils présentent des avantages et des inconvénients ; mais le but final étant d'empêcher l'introduction de l'air, l'auteur recom-

mande le procédé suivant, dont la simplicité est extrême. Après avoir ouvert le thorax avec un trois-quarts ordinaire, on laisse la canule, dont on ferme l'ouverture presque entièrement, au moyen d'un morceau de peau très-mince. La sérosité s'écoule par un petit orifice que l'on laisse à la partie *supérieure* du trou de la canule. Dès qu'on s'aperçoit que le liquide coule moins rapidement, on bouche immédiatement l'ouverture avec la peau, et on retire le trois-quarts; à chaque mouvement d'inspiration, la petite peau s'applique contre l'ouverture de la canule comme une soupape.

Cette monographie est un travail clinique fait avec soin et sans idées préconçues. L'auteur donne des observations détaillées à l'appui de tous ses conseils et de toutes ses assertions lorsqu'elles sont contraires à l'opinion de ses devanciers. Sous le point de vue thérapeutique, ses résultats sont encourageants. Ainsi il a vu guérir trois malades, dont le poumon était comprimé dans toute sa hauteur, par le seul emploi de moyens internes. Trois ont été arrachés à une mort certaine par l'opération de la ponction, et quatre autres en ont retiré un grand soulagement. En général, ce n'est pas l'empyème lui-même qui est redoutable, ce sont ses complications, et, dans quatre cas, ce sont elles qui ont bien manifestement entraîné la perte du malade qui avait échappé aux dangers de l'empyème simple.

Structure des enveloppes de l'œuf humain, par le docteur PAPPENHEIM. — Ayant examiné un œuf long de 3 centimètres, et expulsé environ six semaines après la conception, il a été conduit aux conclusions suivantes : A l'époque du développement de l'œuf dans la trompe de Fallope, la sécrétion du mucus dans l'utérus devient

plus abondante; toutefois, quand l'œuf y parvient, il n'y a pas encore de membrane, et par conséquent il n'y a ni perforation ni propulsion de la membrane. Dans l'utérus, l'œuf est entouré par les cellules du mucus sécrété, qui, réunies par un même liquide, ont l'apparence d'une membrane (la caduque). Cette membrane, qui plus tard paraît si fibreuse, est le commencement du placenta. La surface bosselée de l'utérus est le moule sur lequel se modèle la membrane sécrétée. Les villosités du chorion ne peuvent se développer qu'en s'interposant entre les fibres de cette membrane : c'est ainsi qu'elles arrivent aux points correspondants de l'utérus où elles servent à fixer l'œuf.

(*Casper's Wochenschrift*, 1841, p. 645.)

CH. MARTINS.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT DE FRANCE.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Octobre 1843.)

Kératoplastie.

SÉANCE DU 16 OCTOBRE. — *Kératoplastie*. — M. le docteur DESMARRES adresse la lettre suivante :

« J'ai eu l'honneur, il y a peu de temps, d'adresser à l'Académie un travail d'expérimentation sur les mauvais résultats de l'abrasion de la cornée ou kératectomie, opérée

tion qui consiste à enlever avec le bistouri les taches de cette membrane.

« Je viens aujourd'hui appeler son attention sur les résultats plus satisfaisants que j'ai obtenus dans l'opération de la kératoplastie pratiquée sur des lapins vivants. Déjà l'Académie a reçu un travail sur ce sujet des mains du docteur Feldmann, qui, grâce à la bienveillance de M. Flourens, répète en ce moment encore les mêmes expériences au Jardin du Roi.

« Il résulte de mes observations :

« Qu'il est assez facile d'obtenir la greffe d'une cornée de lapin sur celle d'un autre animal de même espèce ; mais que la transparence du lambeau rapporté est le plus communément nulle, au moins dans sa plus grande étendue ;

« Que la cornée rapportée, après avoir subi un gonflement énorme dans beaucoup de cas, s'aplatit peu à peu et se contracte de manière à perdre dans tous ses diamètres une étendue équivalente aux deux tiers de ses dimensions primitives, tout en conservant la forme exacte de sa périphérie première ;

« Que tout en se contractant et se retirant au centre , la nouvelle cornée entraîne à elle d'une manière concentrique le bord demeuré intact de l'ancienne cornée ;

« Que ce bord de l'ancienne cornée, quelquefois très-étroit, s'allonge d'une manière fort remarquable, et prend en étendue une surface qui est avec celle que l'instrument tranchant avait épargnée, dans le rapport de 1 à 2, 3, 4, 5 et même 6.

« Que si en pratiquant la kératoplastie on enlève un lambeau de l'iris , en regard d'une portion même très-étroite de l'ancienne cornée, celle-ci en s'allongeant par

une sorte de reproduction permet le libre accès des rayons lumineux jusqu'à la rétine ;

« Qu'enfin la kératoplastie, intéressante jusqu'ici au point de vue physiologique, paraît, d'après mes expériences, devoir être utile au point de vue pratique, en ce que la vision s'accomplit, non point à travers le lambeau rapporté, mais par l'ancienne cornée qui se reproduit ou s'étend, en prenant un point d'appui central sur la greffe. Il est à remarquer que sans cette greffe la cornée s'atrophie, comme on le voit le plus souvent, après l'opération du staphylôme.

« Les figures ci-jointes donneront à l'Académie une idée assez exacte de la contraction et de l'opacité du lambeau rapporté et de l'étendue de la portion de cornée reproduite, derrière laquelle l'iris avait été primitivement enlevé.

« J'espère que la bienveillante promesse que m'a faite M. Flourens me permettra de répéter ces expériences dans son laboratoire, concurremment avec le docteur Feldmann, et de convaincre l'Académie du fait nouveau curieux de la reproduction de la cornée, et de l'utilité pratique de la kératoplastie considérée d'un autre point de vue qu'elle ne l'a été jusqu'ici. »

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

(Octobre 1843.)

Vaccine. — Action du nitrate d'argent dans les conjonctivites. — Rhumatisme articulaire aigu. — Maladies de la peau exotiques. — Rage. Vaccine. — Rigocéphale. — Mal de mer. — Emploi de l'opium dans le rhumatisme articulaire. — Paracentèse thoracique dans la période extrême de la pleurésie. — Inoculation du virus syphilitique.

SÉANCE DU 3 OCTOBRE. — *Affaiblissement de la vaccine.*
— M. Archambault Reverdy adresse à l'Académie la lettre suivante :

Messieurs,

Défenseurs éclairés des saines doctrines médicales, pouvez-vous sanctionner par un vote approbatif les nouvelles idées de M. Bousquet sur l'affaiblissement progressif du vaccin et sur l'opportunité des revaccinations ?

Les questions soulevées par cet honorable académicien pouvant avoir du retentissement ailleurs que dans le sein des sociétés savantes, permettez-moi, messieurs, de vous soumettre quelques réflexions à leur sujet.

Sans vouloir chercher à pénétrer les motifs qui font agir M. Bousquet en cette grave circonstance, je ne puis m'empêcher pourtant de vous faire remarquer combien sont hypothétiques les données expérimentales sur lesquelles il s'appuie pour tenter une aussi grande révolution dans la pratique ordinaire de la vaccine. En effet, où trouve-t-on dans son mémoire la preuve inattaquable

par le raisonnement ou une plus exacte appréciation des faits, sans en excepter ce qui s'est passé à Sorèze, que bon nombre de vaccinés, *bien positivement vaccinés*, ont été atteints consécutivement d'une éruption ayant tous les caractères de la *variole épidémique*? Partout le doute et l'incertitude dominent le problème que cet honorable confrère prétend cependant avoir résolu d'une manière satisfaisante. Citez-nous donc au moins les noms des nombreux vaccineurs, qui, ayant tenu des registres exacts et circonstanciés de leurs vaccinations, viennent affirmer au monde médical qu'une grande quantité de leurs opérés, ayant bien positivement reçu le bienfait de la préservation, n'en ont pas moins été frappés subséquentement d'une petite vérole contagieuse. Faisant alors entrer dans la balance et le *poids pratique* des faits allégués et la valeur scientifique des hommes qui les rapportent, nous serons bien forcé, si cette épreuve a trompé nos calculs, de modifier l'opinion trop favorable à la vaccine que nous devons à trente années d'expérience. Mais jusque là nous croyons qu'en ne doutant point de l'infailibilité d'un vaccin ayant encore, après quarante ans de service, tous les caractères physiques et chimiques du liquide désigné sous ce nom par les premiers vaccineurs, nous sommes toujours dans les limites du vrai et du positif.

Pour faire changer notre manière de voir à cet égard, deux choses sont à prouver d'abord : la première, que bon nombre d'enfants bien *dûment* vaccinés ont été atteints ensuite d'une éruption d'apparence variolieuse, ce qui est loin d'être suffisamment établi. La seconde, que la maladie consécutive à ces bonnes vaccinations était bien la variole épidémique; car cent fois dans ma pratique vaccinale j'ai été appelé pour constater l'existence d'affections *varioliformes* attaquant des vaccinés, et toujours

j'ai pu constater et faire reconnaître aux parents des petits malades que l'éruption que *le cri public* se-faisait un malin plaisir, en haine pour la vaccine, d'appeler petite vérole, n'était qu'une varicelle plus ou moins intense, ou, quand il en était autrement, que le prétendu vacciné ne fournissait pas la preuve incontestable qu'une préservation complète avait dû nécessairement être la conséquence de l'insertion du vaccin. De ce qui nous est arrivé en maintes circonstances ne peut-on pas conclure que l'affaiblissement du vaccin, seulement prouvé par les allégations de M. Bousquet et les faits si incomplets rapportés dans son mémoire, est encore une idée plutôt spéculative que solide, et qui, pour prendre rang dans le domaine de la science, a besoin de la sanction du temps et de l'aveu de l'immense majorité des vaccinateurs.

Dans l'état où en est la question, il me paraît donc difficile de supposer que l'Académie royale de médecine, oubliant ses remarquables précédents en cette grave matière, donne son approbation à une doctrine qui tend à renfermer la préservation vaccinale dans des limites aussi étroites. Plus la décision à rendre doit avoir d'influence sur l'avenir de la vaccine, plus elle a besoin d'être méditée profondément, et surtout mise en harmonie avec l'expérience.

Sur quoi se fonde en définitive M. Bousquet pour proclamer aussi hautement qu'il le fait l'affaiblissement progressif du virus-vaccin ? sur la diminution de l'irritation locale, apparaissant après une vaccination accomplie. Et depuis quand a-t-il reconnu et bien constaté cette dégénération du préservateur de la variole ? depuis la découverte du cowpox de Passy, qui, à l'époque de ses premières transmissions, déterminait constamment l'apparition de pustules bien plus grosses que les boutons

survenant ordinairement après l'insertion de l'ancien vaccin.

Voilà le point de départ et le seul moyen de mensuration dont se sert l'honorable académicien pour essayer la solution du problème. Entrons pour un moment dans ses vues, et calculons où elles vont conduire. Admettons avec lui que la réaction vitale des tissus étant, au moment des premières transmissions du nouveau cowpox, beaucoup plus prononcée qu'après une vaccination pratiquée avec le fluide primitif, il devait nécessairement produire une somme de préservation plus grande ; mais comme cet heureux liquide n'a conservé que pendant une année au plus la propriété de surexciter d'une manière bien appréciable les parties avec lesquelles il était mis en contact, il en résulte forcément qu'après ce laps de temps écoulé, il était réduit à une incapacité d'action *phlogisticante* à peu près égale à celle de l'ancien vaccin. Donc s'il y a urgence maintenant de revacciner les sujets opérés avec le fluide que nous devons à Jenner lui-même, cette urgence existe également pour les vaccinés avec le nouveau cowpox après l'année *des miracles* révolue ; car tous les vaccineurs ont vu, et pourraient l'attester au besoin, cette grande intensité d'action irritante s'étendre progressivement pour arriver promptement, après quelques transmissions opérées, à zéro d'excitation.

Autre conséquence des idées de M. Bousquet. Puisque le vaccin peut perdre en moins d'une année la force de réaction sur laquelle il fonde cependant l'étendue probable de la préservation, il résulte de là nécessité de changer au moins tous les ans l'agent de vos vaccinations, ou bien de trouver, comme le veut M. le docteur James, un moyen de corroboration qui puisse à propos venir en aide et retremper à temps celui que vous ne pourrez plus

renouveler ; car vacciner avec un vaccin dégénéré, et votre cowpox de Passy est dans ce cas, puisqu'il n'excite plus dans les tissus la même réaction vitale qu'autrefois, c'est vouloir inoculer un corps sinon inerte, au moins bien peu préservatif. Que faire si le moyen de corroboration manque en même temps que le vaccin ?

Voilà les fruits que porteraient nécessairement les doctrines de M. Bousquet, si elles étaient sanctionnées par l'Académie de médecine. Où s'arrêterait ensuite, je le demande, l'indication de revacciner ? et où trouverait-on des parents assez complaisants et surtout assez crédules pour soumettre ainsi leurs enfants à d'interminables vaccinations ? Tous, d'un commun accord, rejetteraient une pratique sans fin comme sans résultat positif, et le bienfait de la découverte de l'immortel Jenner serait à jamais perdu pour la société.

Le malheur de M. Bousquet en ceci, c'est d'avoir pris pour base de son opinion l'affaiblissement de plus en plus sensible, suivant lui, de la réaction des parties, effet complètement étranger à l'opération elle-même, c'est-à-dire à l'annihilation du germe de la variole ; car ce n'est nullement sur le degré d'intensité de l'inflammation des bras que peut se mesurer avec quelque certitude l'étendue de la préservation que l'on va obtenir. Loin de là ; son développement insolite étant toujours plutôt défavorable qu'avantageux à la réussite de l'opération, et de telle sorte même qu'il est nécessaire de recommencer les vaccinations après lui, si l'on veut être sûr que la préservation est obtenue. Variable comme l'idiosyncrasie des sujets et la diversité des températures sous lesquelles sont pratiquées les vaccinations, l'honorable académicien ne pouvait donc choisir un plus mauvais thermomètre que celui dont il s'est servi pour mesurer le degré probable de la

préservation obtenue après une vaccination régulière.

Voulez-vous savoir si le vaccin que vous allez employer a toutes les qualités requises ? Examinez avec soin son état physique, comparez ses propriétés chimiques aux caractères indiqués comme *spécialisant* ce genre de liquide, et vous aurez alors un guide qui ne vous égarera point : en effet, s'il a encore la couleur et la consistance du fluide employé dans les premières vaccinations, s'il reproduit le composé *humoral* qu'il déterminait autrefois, si son insertion sous l'épiderme d'un enfant encore infecté du germe de la petite vérole, est suivie dans un temps donné et bien connu d'avance, de l'apparition d'une série de phénomènes caractéristiques, je ne vois pas pourquoi l'on proclamerait son affaiblissement, lorsque tout s'unit en lui pour prouver la plus parfaite identité entre sa manière d'être actuelle et les propriétés constitutives du vaccin aux premiers jours de sa transmission à l'homme, encore infecté du germe de la variole.

La grave question des revaccinations ne sera définitivement bien jugée que lorsqu'on se sera entendu sur la manière d'agir du vaccin, point sur lequel on n'est pas d'accord. Deux opinions très-opposées sont maintenant en présence : avec l'une, l'on considère ce fluide comme un agent de stimulation imprimant aux tissus avec lesquels il est en contact une propriété qui les met à l'abri des atteintes de la variole ; avec l'autre, au contraire, on le regarde comme opérant une action purement chimique dans les humeurs, et détruisant ou annihilant, si mieux on aime, le germe de la variole. L'on conçoit aisément que les fauteurs de la première opinion, bornant comme ils le font tous les bienfaits d'une bonne vaccination à une stimulation imprimée, professent les doctrines que soutient aujourd'hui M. Bousquet devant

l'Académie; tandis que les défenseurs de la seconde, en ne voyant la préservation se consommer que par la destruction du germe variolique lui-même et sans retour possible après à son état primitif, rejettent toute idée de revaccination alors que cette annihilation a été bien dûment opérée. Voilà les deux opinions qu'il faut d'abord concilier.

Dans un mémoire que j'ai adressé à l'Académie de médecine, il y a plus d'un an, sur l'*inaltérabilité du vaccin*, j'ai discuté la grave question de la manière d'agir du fluide préservateur, sans pourtant entrer alors dans tous les détails qu'elle pouvait comporter, me proposant incessamment de revenir sur ce point de doctrine capital en matière de vaccine, point de doctrine dont je n'aborderai pas la discussion dans cette lettre déjà trop longue, et que je m'empresse de terminer par une conclusion qui ressort tout entière de la controverse à laquelle je viens de me livrer, à savoir : que M. Bousquet a commis une grave erreur en cherchant à mesurer la quantité probable de préservation à espérer d'une vaccination régulière par le degré de réaction vitale des tissus ; et que, ne pouvant même choisir, pour arriver à ce but, un plus mauvais moyen de mensuration, il doit à l'avenir, s'il persiste dans son projet, s'attacher avant tout à l'appréciation comparative des qualités physiques et des propriétés chimiques des vaccins, dont il cherchera à apprécier l'aptitude anti-variolique.

SÉANCE DU 10 OCTOBRE. — *Traitement du rhumatisme articulaire aigu par l'opium à haute dose.*—M. Requin lit un mémoire sur le traitement du rhumatisme aigu articulaire par l'opium à haute dose.

1845. Octobre. T. II.

19

L'auteur ne vient pas, avec le peu d'observations qui fait la base de ce mémoire, proclamer une formule infail-
lible, un système exclusif, mais quelques inductions, quelques conclusions, pour ainsi dire provisoires, jusqu'à ce que l'expérience générale des praticiens, qu'il appelle dans la même voie, ait prononcé en dernier ressort.

Il rappelle qu'il n'y a rien de plus naturel au premier abord que d'employer contre une maladie si douloureuse l'opium, si propre à calmer la douleur. Mais, si l'on se borne à la dose ordinaire, modérée, parégorique et purement somnifère, il en résulte un assoupissement momentané, interrompu par des mouvements automatiques qui réveillent les atroces douleurs des articulations. De là, alternatives d'assoupissements momentanés et de réveils en sursaut, ce qui est pire que l'insomnie. M. Requin l'a éprouvé par lui-même. Il cite ce qu'il a dit à ce sujet dans les LEÇONS CLINIQUES SUR LE RHUMATISME; il rappelle l'opinion de Sydenham, Van-Swiéten, Cullen, de Mertens, Quarin, Storck, Barthez, Roche, Ferrus, qui feraient admettre la proscription absolue de l'opium, ou tout au moins son intervention tardive, secondaire, accessoire, dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. Voilà où en était restée la thérapeutique jusque dans ces derniers temps, sous la pratique ordinaire et à peu près universelle.

Mais qu'arrivera-t-il si l'on emploie l'opium jusqu'à produire le narcotisme? M. Requin a été guidé dans ses tentatives par l'opinion d'un médecin célèbre, le docteur Carrigan, qui a vanté les bons effets de l'opium à haute dose dans cette maladie, dans un mémoire publié en 1839.

M. Requin formule ainsi son traitement: point de saignées; pour médicament unique, extrait gommeux d'opium en pilules de cinq centigrammes; commencer par

une le matin et par une le soir ; augmenter d'une tous les jours jusqu'à l'apaisement des douleurs ; maintenir ou diminuer la dose selon que la maladie reste stationnaire ou diminue ; ne cesser l'opium tout à fait qu'avec la cessation des douleurs.

M. Requin a basé son mémoire sur dix-huit observations recueillies de 1840 à 1843. Voici les principaux résultats de l'analyse de ces observations.

Le maximum de la dose d'opium n'a jamais dépassé sept pilules (35 centig. d'extrait). Il n'y a jamais eu d'accidents sérieux. Ce qui est donc parfaitement acquis à la science, c'est l'innocuité parfaite de la médication narcotique suivant les règles précédentes.

La moyenne de la durée du traitement a été de onze jours et demi ; moyenne de la durée totale de la maladie, à partir de l'invasion, à dix-sept jours et demi.

Ces résultats sont favorables, dit M. Requin, et prouvent que l'opium, en éloignant les douleurs, ne fait pas acheter cet avantage au prix d'une longue durée de la maladie. Mais enfin, ils ne sont pas tellement beaux qu'ils doivent faire abandonner l'emploi rationnel des saignées.

En définitive, voici les conclusions générales formulées par M. Requin : opium à haute dose, avec ou sans saignées préalables, suivant les indications ou contre-indications fournies par la pléthore, les forces, la faiblesse, la chlorose du malade.

Ce mémoire est renvoyé à l'examen de MM. Honoré, Bricheteau et Mélier.

Maladies de la peau exotiques. — M. GIBERT, médecin de l'hôpital Saint-Louis, présente deux malades atteints d'une éruption tuberculeuse qui simule, chez l'un, le *leontiasis* des Grecs (*elephantiasis* ou lèpre tubercu-

leuse), et chez l'autre, la *radesyge* de Norwège ou lèpre du Nord.

M. Gibert fait remarquer à cette occasion que les maladies endémiques dans certains climats étrangers, peuvent accidentellement se produire à l'état sporadique dans le nôtre, sous l'influence de certaines circonstances de localités, d'habitudes, de tempérament qui ne sont pas toujours faciles à apprécier. Dans la pathologie cutanée, en particulier, on voit, çà et là dans nos climats, se produire accidentellement des éruptions qui rappellent le *molluscum* d'Amboyne, le *pian* des colonies, l'*elephantiasis* grec ou arabe, la *radesyge*, etc. Ces éruptions n'ont le plus ordinairement qu'une analogie de forme avec la maladie exotique qu'elles représentent; quelquefois cependant elles sont identiques et de la même nature.

Ainsi, les deux exemples authentiques et incontestables de *pellagre*, terminée par la mort, qui se sont présentés à ma Clinique de l'hôpital Saint-Louis, ajoute M. Gibert, ont prouvé que cette maladie endémique, en Lombardie et aux environs de Bordeaux, peut se montrer aussi à l'état sporadique dans les environs de Paris, fait qui avait complètement échappé à l'observation si éclairée et si attentive de mes prédécesseurs Bielt et Alibert.

SÉANCE DU 17 OCTOBRE. — *Rage*. — M. Ségalas fait en son nom et celui de M. Bouley jeune un rapport sur quelques observations de médecine et de chirurgie communiquées à l'Académie par M. Perron, de Marines (Seine-et-Oise). Ces observations sont relatives : 1^o à un cas de grenouillette compliquée de la présence d'un calcul salivaire; 2^o à un calcul urinaire engagé dans le canal de l'urèthre chez une femme; 3^o à un cas de rage. Les deux premières observations n'offrant qu'un intérêt médiocre, le

rapporteur s'est plus spécialement arrêté sur la troisième observation, dont voici les principales particularités :

Il s'agit d'un jeune homme qui, après avoir introduit la main dans la gueule d'un chien pour lui faire prendre du miel, ignorant que ce chien fût enragé et n'ayant par conséquent aucun sujet de crainte ou d'appréhension, et sans qu'il eût été sciemment mordu, éprouve un mois après des douleurs violentes à la main, puis tous les accidents de la rage à laquelle il ne tarda pas à succomber. M. Perron et les médecins qui l'assistaient dans cette circonstance reconnurent alors que ce jeune homme portait à la main des écorchures récentes et des cicatrices d'écorchures d'une date plus ancienne. Ils apprirent en outre, en allant aux renseignements, que le chien auquel ce jeune homme avait donné ses soins était mort enragé peu de jours après l'événement en question. D'où il résulterait que ce jeune homme eût contracté la rage sans avoir été mordu et en dehors de toute influence morale.

Le rapporteur propose d'adresser des remerciements à l'auteur, de l'engager à continuer ses communications à l'Académie, et de l'inscrire, d'après sa demande, sur la liste des candidats aux places des membres correspondants.

M. Baffos demande si M. Bouley a participé à la rédaction du rapport, du moins en ce qui concerne l'observation de rage. Sa demande est motivée sur ce qu'il ne comprend pas qu'on dise dans le mémoire, et que le rapporteur répète sur la foi de l'auteur, que le sujet en question a contracté la rage sans avoir été mordu, sans qu'il ait présenté aucune plaie à la main et qu'il a été calme et dans une entière sécurité jusqu'à son dernier moment. Je demande, dit-il, que la communication de M. Perron

soit de nouveau renvoyée à la commission et soumise à l'examen des deux commissaires.

M. SEGALAS : Je ne m'oppose pas au renvoi que demande M. Baffos. Je lui répondrai cependant en ce qui concerne les doutes qu'il exprime à l'égard de la possibilité de la transmission de la rage sans morsure, que je maintiens comme exact ce qui est émis à ce sujet dans le rapport; j'ajouterai que cela me paraît d'autant plus admissible que l'on a reconnu plus tard que ce jeune homme portait des écorchures aux doigts. Mais il n'a pas été mordu, du moins sciemment.

M. DUPUY : Cette dernière circonstance que vient de nous faire connaître le rapporteur est plus que suffisante pour justifier l'idée de la transmission de la rage dans ce cas. Tout le monde sait, en effet, qu'il suffit d'une simple écorchure pour que la contagion ait lieu.

M. BLANDIN : Il est articulé dans le rapport que le jeune homme n'a point été mordu, qu'il n'a eu aucune égratignure, ni écorchure; puis plus tard il y est dit qu'on a trouvé des écorchures aux doigts. M. Baffos paraît avoir entendu de la même manière que moi. Il y a là quelque confusion qui me paraît exiger des éclaircissements.

M. SÉGALAS relit la phrase du rapport qui a trait à cette question. D'après le sens que nous avons pu saisir, il serait dit qu'un mois après la mort du chien, le jeune homme, n'ayant nullement conscience d'avoir été mordu, éprouva tout-à-coup des douleurs violentes dans la main et bientôt après tous les symptômes de la rage, à laquelle il ne tarda pas à succomber. Ce ne fut qu'alors qu'on reconnut qu'il portait aux doigts des excoriations récentes et d'autres plus anciennes et en partie cicatrisées.

M. BAFFOS : Je reviens sur mon observation. Je crains, d'après la manière dont est faite cette relation, et si l'Aca-

démie donne son approbation à ce rapport, qu'il n'y ait là un nouveau sujet d'alarmes pour les familles. Je demande au moins, si l'on ne veut renvoyer ce travail à un nouvel examen de la commission, que l'on introduise dans le rapport une phrase de critique sur la manière dont est interprété le mode de contagion dans cette circonstance.

M. CASTEL : Que le sujet ait été mordu pendant qu'il tenait sa main introduite dans la gueule du chien, ou qu'il eût déjà alors des écorchures, cela revient au même dans tous les cas pour le résultat. La communication du virus de la rage a lieu tout aussi facilement par une simple écorchure déjà existante que par une plaie qui résulterait immédiatement d'une morsure. Il serait dès-lors inutile et même inopportun de faire observer dans la relation de ce fait, comme une circonstance remarquable, que le sujet n'a pas été mordu, car on en pourrait tirer de fausses conséquences.

On fait encore remarquer que l'imagination n'a pas été frappée dans cette circonstance. Mais tous les praticiens savent bien maintenant qu'il n'est pas nécessaire que l'imagination soit frappée pour que la rage se développe. Enfin, j'ajouterai à cette occasion un dernier mot relativement à un symptôme de la rage qui paraît toujours intriguer vivement les médecins ; je veux parler du spasme, de la constriction de la gorge ; mais en s'aidant des lumières de la physiologie, rien n'est plus simple que de se rendre compte de ce phénomène. Ne sait-on pas, en effet, que c'est la région du corps qui est le plus richement pourvue de nerfs ?

M. OLLIVIER (d'Angers) : Je demanderai au rapporteur de donner de nouveau communication du fait, en ce qui concerne la relation qui peut exister entre les écor-

chures que l'on a remarquées sur la main du jeune homme, et le temps qui s'est écoulé depuis le moment où ce jeune homme a introduit sa main dans la gueule de cet animal, jusqu'à l'invasion des premiers accidents.

M. SÉGALAS donne de nouvelles explications desquelles il résulte que les médecins appelés à être témoins de ce fait se sont assurés qu'il existait à l'époque de la mort de ce jeune homme, c'est-à-dire un mois après la mort du chien, des écorchures récentes et des écorchures plus anciennes, qui pouvaient remonter à l'époque où a dû avoir lieu l'inoculation.

La discussion étant terminée, M. le président met aux voix la proposition de M. Baffos, qui a été appuyée. Cette proposition est rejetée à une grande majorité.

Le rapporteur est invité à relire les conclusions de son rapport. Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

VACCINE.—M. Gaultier de Claubry lit la seconde partie du travail sur la vaccine dont il a commencé la lecture dans l'une des séances du mois de septembre dernier.

Après avoir cherché à établir, dans la première partie de ce mémoire, que les degrés variables d'intensité de l'éruption varioleuse n'apportent aucune différence dans l'impression qu'en éprouve l'économie et dans l'action préservatrice qui en résulte par rapport à une seconde atteinte de cette même maladie; que les récidives de la variole, lorsqu'elles ont lieu, n'ont aucun rapport avec l'intensité de la première attaque; que l'intervalle qui met entre elles les deux attaques varie beaucoup selon les sujets; enfin, que des faits analogues qui s'observent par rapport à la vaccine, on n'est nullement autorisé à conclure que le virus vaccin s'altère et dégénère d'une manière générale par suite de ses transmissions successives,

L'auteur, abordant dans cette seconde partie ce qui a directement trait au cowpox et à la question des revaccinations, se propose pour but de combattre la doctrine qui consiste à admettre l'affaiblissement du virus-vaccin et la nécessité des revaccinations. Il se fonde sur des données statistiques puisées dans les documents envoyés à l'Académie par les médecins vaccinateurs, données qu'il serait beaucoup trop long de reproduire ici, pour démontrer que le plus grand nombre des sujets reste exempt des atteintes de la variole, même modifiée; que, par conséquent, la revaccination, sans résultat d'ailleurs dans le plus grand nombre des cas, est inutile pour la plus grande majorité des vaccinés. Quant au petit nombre de cas où la revaccination serait applicable, elle n'aurait pas, selon M. Gaultier de Claubry, tout l'avantage qu'on espérerait, cette opération n'ayant, dans beaucoup de cas, que des effets incomplets ou anormaux.

RIGOCÉPHALE. — M. SÉGALAS présente, au nom de M. Blatin, un appareil que ce médecin désigne sous le nom de *Rigocéphale*. Cet appareil, qui est destiné à la réfrigération de la tête, dans toutes les affections aiguës et chroniques de cet organe, consiste en un bonnet à doubles parois flexibles qui enveloppe la tête de toutes parts et se moule sur elle. Au moyen d'un siphon et d'un tuyau de décharge, on peut faire circuler par jour, entre les deux membranes, 400 litres d'eau sans cesse renouvelée.

La vessie qui sert à former l'appareil est rendue imperméable et imputrescible par un tannage particulier.

La tête du malade repose mollement dans la cavité du rigocéphale, sans avoir aucun poids à supporter. Des anneaux permettent d'assujétir le bonnet réfrigérant pour un patient qui serait indocile ou dans le délire, ou

encore de le suspendre au-dessus de la tête d'un malade qui voudrait rester assis.

Cet appareil a été exécuté par M. Charrière, sur six modèles différents, pour s'accommoder aux diverses variétés de forme et de volume que l'encéphale peut présenter.

SÉANCE DU 24 OCTOBRE. — *Mal de mer.* — M. VILLENEUVE fait un rapport sur un mémoire de M. Guépratte, chirurgien de la marine à Brest, intitulé : *du mal de mer ou de la gastro-entéralgie des navigateurs.*

Le rapporteur, après avoir examiné avec l'auteur du mémoire, les diverses théories émises sur la cause du mal de mer par Darwin, MM. Kéraudren, Londe, Raspail, Forget, arrivant à celle que M. Guépratte propose de leur substituer, s'exprime ainsi : Pour M. Guépratte, le mal de mer ne reconnaît qu'une seule et unique cause, la peur. Parmi les faits qu'il rapporte comme les plus aptes à étayer cette théorie, nous avons remarqué les suivants. Les femmes sont beaucoup plus sujettes au mal de mer que les hommes, et l'éprouvent avec plus de violence. Les enfants, au contraire, l'éprouvent beaucoup moins que les adultes parce qu'ils ont à peine conscience du danger. Les marins, qui sont depuis longtemps habitués à la navigation, ou qui n'ont jamais ressenti le mal de mer, en sont pris lors d'un naufrage ou à la vue d'un grand danger. Enfin, on sait qu'Esquirol et après lui M. Londe ont fait la remarque que les fous et les maniaques n'étaient point atteints du mal de mer. L'auteur saisit avec empressement cette nouvelle circonstance, qu'il explique par la non conscience du danger, comme une nouvelle preuve en faveur de sa théorie. M. Guépratte conclut de là que la peur est la véritable et l'unique

cause du mal de mer, que c'est elle qui détermine les vertiges, les nausées et tout le cortège de symptômes qui caractérise cette maladie.

M. Villeneuve combat cette théorie à laquelle il oppose, entre autres objections, celle de l'effet produit par la peur sur les jeunes soldats au moment d'une bataille, effet que tout le monde connaît et qui est tout différent du mal de mer. Si la peur était d'ailleurs, comme le prétend M. Guépratte, l'unique cause du mal de mer, son action se porterait plus particulièrement sur les dépendances du grand sympathique et non sur le cerveau, ainsi que cela a lieu. En résumé, la théorie de M. Guépratte est très-étroite et ne répond nullement aux faits. Pour nous, si nous avons à exprimer notre opinion à ce sujet, nous dirions que c'est le cerveau qui nous paraît principalement affecté dans cette maladie, et que c'est par la réaction de cet organe sur l'estomac qu'ont lieu les vomissements répétés qui en sont un des principaux symptômes. Il se passe là quelque chose d'analogue à l'effet que produit sur les enfants l'action prolongée du berger. En un mot, le mal de mer est à nos yeux le résultat d'un trouble particulier dans le cerveau, dont la nature nous est inconnue.

Passant ensuite à la description de la maladie, l'auteur y reconnaît trois états, un état bénin, l'état confirmé et l'état malin. Au nombre des cas qui peuvent se rapporter à l'état malin, il rapporte quelques faits, très-rare d'ailleurs, d'hématémèses qui se sont terminées par la mort. Mais il a omis de mentionner une variété qui a été signalée par M. Forget, le mal de mer sans vomissement.

En ce qui concerne la prophylaxie et le traitement, M. Guépratte, conformément à ses idées, croit que le

premier soin doit consister à rassurer le moral des voyageurs. Il combat l'opinion vulgaire qui veut qu'on prenne des aliments en grande quantité dans le but de faciliter les vomissements et de rendre les soulèvements de l'estomac moins pénibles. Ses motifs à cet égard sont sagement fondés. Nous pensons, pour nous, qu'il serait prudent de se nourrir solidement lorsqu'on doit entreprendre un voyage sur mer et de laisser un intervalle de quelques heures entre le dernier repas fait à terre et le moment de s'embarquer, afin d'obvier aux inconvénients d'une longue abstinence, et, d'autre part, de n'avoir point l'estomac surchargé lors des premières atteintes du mal de mer.

Parmi les boissons que recommande l'auteur, il insiste sur l'utilité de l'eau de Seltz. Quant aux acides, il les proscriit sans en donner les motifs. L'opium à petites doses est à peu près le seul médicament qu'il recommande, et il donne la formule d'une potion laudanisée dont il dit avoir vu de bons effets. L'usage de la ceinture recommandé par M. Kéraudren lui paraît utile ; enfin il conseille aux personnes qui ont à faire une traversée de séjourner préalablement pendant quelque temps sur la côte. Le rapporteur partageant, contrairement à M. Guépratte, l'opinion la plus généralement accréditée que le mal de mer est produit surtout par les mouvements du bâtiment, pense que le moyen le plus efficace de prévenir cette indisposition serait de se soustraire autant que cela serait possible aux impulsions qui sont imprimées au navire, en évitant de ne faire qu'un avec lui. Il croit qu'on atteindrait, en partie du moins, ce but, au moyen d'un système de suspension tel que les individus ne toucheraient point le pont des pieds, et

que leur corps n'obéirait en quelque sorte qu'aux lois de la pesanteur.

L'auteur termine son mémoire en rappelant un moyen qui a été proposé dans ces derniers temps sous le nom de Bonbons de Malte; il considère l'usage de ces bonbons comme très-innocent. M. Villeneuve trouve ce jugement trop modéré, et, rappelant à cette occasion ce qu'il en a dit l'année dernière à l'Académie, il croit que ce moyen doit être sévèrement réprouvé comme tout à fait illusoire.

Les conclusions du rapport sont d'adresser des remerciements à M. Guépratte pour sa communication.

M. LONDE : Je réclame contre une assertion trop absolue qui m'a été prêtée par M. le rapporteur. J'ai dit que le mal de mer n'avait point été ressenti par quelques aliénés qui avaient été confiés à mes soins et avec lesquels j'ai fait une traversée; mais je n'ai point prétendu émettre d'une manière absolue l'opinion que les aliénés ne sont point susceptibles d'éprouver le mal de mer.

L'auteur du mémoire dont on vient de nous entretenir n'a pas, à coup sûr, éprouvé le mal de mer; sans quoi il n'aurait pas avancé des assertions aussi fausses. Par exemple, il dit que les habitants des côtes sont moins sujets que les autres à contracter le mal de mer; ce n'est point exact; ils l'éprouvent tout comme les autres. Seulement, ayant beaucoup plus d'occasions d'aller sur mer et de faire de petits trajets avant d'entreprendre de longues traversées, ils s'habituent de bonne heure à l'action de la mer, et par suite ils en éprouvent moins fortement les effets. L'action de la mer peut être, selon moi, comparée à celle des émétiques, ou du tabac chez les personnes qui n'ont point l'habitude de fumer; elle produit

à peu près les mêmes effets, des vertiges, des tournoisements de tête et des vomissements. Quant à ce qui concerne les fous, j'attribue l'espèce d'innocuité de la mer à leur égard à ce que la préoccupation à laquelle ils sont incessamment livrés les empêche en quelque sorte de ressentir, aussi vivement du moins que les personnes saines, les impressions du dehors. On pourrait comparer cette condition à celle des rameurs, qui doivent à l'action énergique de ramer, aux efforts et à l'attention qu'exige cette occupation, d'être beaucoup moins susceptibles à l'influence de la mer.

M. Rochoux : Je suis assez porté à croire que c'est un article récent de M. Alphonse Karr qui a déterminé M. Guépratte à publier le long mémoire dont on vient de nous rendre compte. Sa théorie de la cause du mal de mer est évidemment une hypothèse toute gratuite ; la preuve, c'est que les animaux, qui sont placés à fond de cale et qui n'ont point peur, éprouvent le mal de mer tout comme les hommes. Le mal de mer n'est point comparable, comme on l'a dit, à l'action de l'émétique ; les mouvements du navire en sont l'unique cause. C'est surtout lorsque les individus sont debout qu'ils en éprouvent le plus vivement les atteintes. Je crois que s'ils pouvaient être suspendus à la manière dont on suspend les boussoles, ils n'éprouveraient point ce malaise ; mais le remède me paraît pire que le mal, ou du moins d'une difficulté telle qu'il serait inexécutable. Quant aux divers médicaments qui ont été alternativement préconisés, je les crois tous inutiles ou au moins insuffisants.

Ce que l'on a dit de l'influence de l'habitude est loin d'être aussi absolu qu'on le croit. J'ai connu un vieux capitaine qui ressentait le mal de mer chaque fois qu'il s'embarquait ; il en était de même chez un négociant de

la Martinique, qui faisait depuis très-longtemps de fréquents voyages, et qui était resté toujours aussi sensible à l'action de la mer. J'en pourrais citer bien d'autres exemples; mais ce ne sont là toutefois que des exceptions. Je crois, du reste, qu'on attache beaucoup plus d'importance au mal de mer qu'il n'en mérite.

M. VILLENEUVE. Je n'ai rien à répondre à la plupart des observations qui viennent d'être faites; car, ainsi qu'on a pu l'entendre, je n'ai nullement accepté l'opinion de l'auteur. Quant au moyen de suspension dont j'ai parlé, je ne suis point le premier qui l'ai proposé; je n'ai voulu que rappeler un moyen prophylactique dont l'application serait peut-être possible et que plusieurs auteurs ont déjà indiqué.

M. GIMELLE : J'ai pu me convaincre que les fous vomissent en mer tout comme les autres. J'ai voyagé avec un individu qui était devenu aliéné à la suite d'une affection cérébrale; il fut en proie à des vomissements continuels pendant presque toute la durée de la traversée. Quant aux personnes qui restent toujours sujettes au mal de mer, j'ai vu un cas analogue à ceux qu'a cités M. Rochoux.

M. BEGIN : Je ne comprends pas trop comment M. le rapporteur entend que la suspension pourrait prévenir le mal de mer. Dès qu'on est embarqué, quelque précaution que l'on prenne, on est toujours soumis aux mouvements du pont et aux variations d'inclinaison du bâtiment par rapport à l'horizon. Il y a là une translation de masse à laquelle on ne peut se soustraire, l'individu faisant en quelque sorte corps avec le bâtiment qui le porte. Je crois que le meilleur moyen d'atténuer, sinon de prévenir complètement l'action de la mer, est tout simplement de se coucher avec la précaution de se placer le

plus près possible du centre du navire et de manger peu.

Autre chose : On dit que c'est surtout la vue des objets environnants qui semblent tourner autour de soi qui contribue à déterminer le malaise, et qu'à cause de cela ce malaise est plus grand sur le pont que dans les chambres. Je crois, au contraire, que la distraction que cause la vue des objets extérieurs est plutôt propre à diminuer qu'à augmenter ce malaise.

M. FERRUS : Ce que l'on a dit touchant l'immunité dont jouissent les fous en mer est vrai. Aussi est-ce grand dommage que les voyages sur mer soient un moyen un peu trop dispendieux, sans quoi je ne doute pas qu'on n'en pût tirer de grands avantages pour le traitement des aliénés. J'ai connu deux maniaques qui ont guéri pendant le cours d'une navigation.

M. GIRARDIN : Je crois qu'il serait bon qu'on revint un peu, dans le rapport, sur l'opinion émise par l'auteur, afin de la critiquer comme elle le mérite. Il est évident que la cause à laquelle M. Guépratte attribue le développement du mal de mer est inadmissible. Pour ceux qui l'ont éprouvé, il n'est nullement douteux que le mal de mer tient aux mouvements du navire, et particulièrement au mouvement de tangage. La preuve, c'est que lorsque le temps est gros et la mer houleuse, on voit les marins eux-mêmes être pris du mal de mer, et que ce mal cesse aussitôt que les mouvements du navire sont arrêtés. Je trouve étonnant qu'un homme aussi important que paraît l'être l'auteur de ce mémoire ait émis une pareille opinion. Aussi me paraît-il nécessaire de critiquer cette opinion avec plus d'énergie qu'on ne l'a fait.

En ce qui concerne le traitement, je dirai que tout me paraît inutile. Tout le monde sait que le malaise des voyageurs cesse aussitôt qu'ils ont mis pied à terre. Le meilleur

moyen, le seul qui puisse en atténuer les effets, serait, comme l'a dit M. Bégin, de se coucher en se plaçant le plus près possible du centre du bâtiment, mais plutôt en plein air que dans les chambres.

M. Villeneuve fait remarquer qu'il croit avoir suffisamment stigmatisé les opinions de l'auteur en les réfutant de point en point.

M. GERDY: J'ai éprouvé le mal de mer, et voici à cet égard les observations que j'ai faites. Le bâtiment reçoit trois sortes d'impulsions, un mouvement latéral désigné par les marins sous le nom de roulis, un mouvement d'avant en arrière nommé tangage, et enfin un troisième mouvement d'ascension et de descente. Il y aurait lieu d'étudier, je crois, l'influence que peut avoir isolément chacun de ces mouvements. Pour moi, je pense que le mouvement du tangage a moins d'influence que les deux autres sur la production du mal de mer. Je n'exprime cette opinion que sous forme de doute, parce que je n'ai pas fait d'assez nombreuses épreuves pour être certain de ce que j'avance; mais j'ai remarqué que c'était plus particulièrement pendant le mouvement de précipitation du navire que j'éprouvais les plus fortes envies de vomir. Il en est de même dans l'exercice de l'escarpolette, ainsi que dans le saut d'un lieu élevé; c'est au moment où l'on se précipite qu'on éprouve le plus grand malaise. Aussi, le moyen de suspension que l'on a proposé ne me paraîtrait-il remplir que très-incomplètement le but proposé, car il pourrait empêcher tout au plus de ressentir les mouvements de latéralité, mais il ne pourrait rien sur le mouvement de précipitation.

Il est regrettable, à mon avis, qu'on n'ait pas encore songé à étudier l'influence des mouvements du navire, sous le point de vue que je viens d'indiquer.

1843. Octobre. T. III.

20

Plusieurs membres demandent la parole ; M. le président invite l'Académie à clore une discussion qu'il croit assez éclaircie. Il demande à M. Girardin s'il insiste sur sa proposition. Sur sa réponse négative, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Action du nitrate d'argent dans les conjonctivites. —

M. Velpeau rend compte d'un travail de M. Delasiauve sur ce sujet. On se rappelle peut-être que M. Delasiauve vint communiquer, dans le temps, à l'Académie la relation d'une série d'expériences qu'il avait faites sur des animaux et d'observations sur l'homme, dans le but d'apprécier l'action du nitrate d'argent sur la conjonctive. Ces expériences, dont l'idée avait été inspirée à l'auteur par l'usage extrêmement fréquent que l'on fait depuis quelque temps du nitrate d'argent dans le traitement des ophthalmies et par la connaissance de plusieurs accidents qui en ont été la suite, l'ont conduit à reconnaître que l'emploi de ce caustique est en effet fréquemment accompagné de graves dangers. M. Delasiauve concluait de ces expériences que le nitrate d'argent ne doit être employé qu'avec une grande prudence contre les ophthalmies, et que les fortes doses de ce médicament doivent être bannies de la thérapeutique. Il condamne spécialement l'usage de ce moyen dans les ophthalmies des nouveau-nés, ce en quoi il se croit d'autant plus fondé qu'il a remarqué, dit-il, que ces ophthalmies cèdent en général aux moyens les plus simples.

M. Velpeau, qui a été à même d'expérimenter un grand nombre de fois cet agent thérapeutique, saisit cette occasion pour exposer à l'Académie les résultats de sa pratique sur ce point. Après avoir longuement examiné ce sujet sous les divers points de vue des différentes maladies de l'œil qui réclament ou repoussent l'usage de ce

moyen, des doses et des modes d'administration sous lesquels il convient de l'administrer, M. Velpeau résume son opinion sur les points principaux de cette question par les conclusions générales suivantes :

1° Le nitrate d'argent est le meilleur topique que l'on puisse employer dans un grand nombre de maladies aiguës ou chroniques de l'œil.

2° Dans les blépharites de nature diverse, c'est sous forme de pommade que le nitrate d'argent doit être employé.

3° Dans les inflammations des paupières, c'est sous forme solide qu'on retire de plus grands avantages du nitrate d'argent.

4° Pour les conjonctivites légères, une solution de 5 à 15 centigrammes de nitrate d'argent dans 30 grammes d'eau suffit en général.

5° Dans les conjonctives purulentes, la dose peut être élevée de 1 à 2 grammes pour 30 grammes d'eau.

6° L'emploi du crayon de nitrate d'argent peut aussi donner de bons résultats; mais ce moyen est dangereux.

7° Il est toujours très-avantageux, dans le traitement des ophthalmies, de diminuer et d'augmenter alternativement les doses de nitrate d'argent.

Quant au travail de M. Delasiauve, M. Velpeau propose de le renvoyer au comité de publication, et d'adresser des remerciements à l'auteur.

M. Baron croit devoir rappeler à cette occasion qu'à l'Hospice des Enfants trouvés, où il a traité un très grand nombre d'ophthalmies purulentes, il porte journellement la dose du nitrate d'argent de 8 à 16 grammes pour trente grammes d'eau, et qu'il en obtient de très-bons résultats.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

VARIÉTÉS.

Séance de rentrée de la Faculté. (3 novembre.)

La séance publique pour la distribution des prix de la Faculté de médecine a eu lieu aujourd'hui sous la présidence de M. Orfila, doyen.

M. le professeur Royer-Collard a prononcé le discours d'usage, et les noms des lauréats ont ensuite été proclamés dans l'ordre suivant :

Prix Monthyon. — Ce prix n'a pas été décerné; mais une somme de 200 fr. a été accordée à titre de récompense à M. Bouchut, interne à Necker, et une somme de 100 fr. à un auteur qui a désiré garder l'anonyme.

Prix Corvisart. — La Faculté n'a pas jugé que la médaille d'or dût être décernée; mais elle a accordé un prix consistant en une médaille d'argent et des livres pour la valeur de 300 fr. à MM. Martin Lauzer, docteur-médecin, d'Auray (Morbihan), et Lefebvre Pierre-Henry, de Gaillon (Eure).

Prix de l'Ecole pratique.

Premier prix. — Médaille d'or de 300 fr., livres et dispense de frais universitaires pour 615 fr., à M. Delpech, Auguste-Louis, de Paris.

Deuxième prix. — Médaille d'argent, livres d'une valeur de 200 fr. et dispense de frais universitaires pour 315 fr. à M. Fiaux, François-Félix, de Chatignonville (Seine-et-Oise).

Troisième prix, de la même valeur que le précédent, à M. Matice, Charles, de Paris.

Premier deuxième prix. — Médaille d'argent, livres pour une valeur de 150 fr. et 100 fr. pour la dispense du droit de sceau, à M. Bonnet, Henry, de Valence (Drôme).

Deuxième premier prix, de la même valeur que le précédent, à M. Trifet, Hippolyte-Alexandre, d'Etrœngt (Nord).

Prix des élèves sages-femmes.

(Médaille d'argent et des livres), partagé *ex æquo* entre mesdames Malard Angélique, Mélanie Martel, de Meulan (Seine-et-Oise), et Bouteloup Constance, de Sens (Yonne).

Mention honorable à mademoiselle Wifs (Marie-Louise.)

Prix pour 1844.

Prix fondé par Monthyon.— Il y aura tous les ans un concours pour un prix qui sera accordé à l'auteur du meilleur mémoire adressé à la Faculté de médecine de Paris, sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, les caractères et les symptômes de ces maladies, les moyens de les guérir, etc.

Ce prix, consistant en une médaille d'or de la valeur de 400 francs, sera décerné dans la séance publique de la Faculté.

Les mémoires pour le prix de 1844 ne seront pas reçus passé le 1^{er} août de la même année.

Prix fondé par Corvisart.— La Faculté a arrêté pour sujet du prix de clinique à décerner en 1844 la question suivante :

« Déterminer, par des observations recueillies pendant

« l'année, dans les cliniques médicales de la Faculté, les
« signes à l'aide desquels on peut distinguer l'hémorrhagie
« cérébrale des autres affections aiguës du cerveau
« qui peuvent la simuler. »

Du 15 août au 1^{er} septembre 1844, chacun des concurrents remettra au secrétariat de la Faculté :

1^o Les observations recueillies au numéro du lit qui lui aura été désigné ;

2^o La réponse à la question proposée.

La Faculté croit devoir rappeler aux concurrents que leur travail doit être restreint aux termes du programme, et qu'aucune recherche bibliographique de matière médicale ou de pathologie ne doit en faire partie.

NOTA. Les noms des concurrents doivent être mis sous cachet.

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Rapports du physique et du moral de l'homme par Cabanis.
Nouvelle édition, contenant l'extrait raisonné de Destutt de Tracy, la table alphabétique et analytique de Sue, une notice biographique sur Cabanis et un essai sur les principes et les limites de la science des rapports du physique et du moral, par le docteur CÉRISE. 4 vol. in-8^o anglais, chez Fortin Masson et comp., place de l'Ecole-de-Médecine.

Le nom de Cabanis est sans contredit l'un de ceux qui représentent le mieux cette fameuse école philosophique de la fin du siècle dernier, laquelle essaya de faire pénétrer, parmi nous, les principes les plus avancés du matérialisme. Malgré quelques phrases isolées, sorties de protestations insuffisantes, car elles sont illogiques, les ouvrages de Cabanis, écrits sous l'influence

de ce principe, doivent être considérés comme une part malheureuse prise par notre science, à l'accomplissement ou à la réalisation des funestes doctrines que nous venons de signaler. Dans son étude des *rapports du physique et du moral de l'homme*, l'auteur résumant pour ainsi dire toutes ses forces s'est plu à développer sa pensée, à la rendre sous mille formes, à la caractériser de mille manières, de façon à ne laisser aucun doute dans l'esprit du lecteur. Représentant fidèle des doctrines de l'encyclopédie philosophique qui l'avait précédé, point de départ des grands travaux de Broussais et de plusieurs auteurs qui l'ont suivi, cet ouvrage eut un succès immense qui n'est pas encore épuisé. Chaque bibliothèque médicale veut avoir son Cabanis, chaque auteur qui veut parler des rapports du physique et du moral de l'homme ne peut se dispenser de citer cet écrivain, soit pour le combattre, soit, au contraire, pour accueillir ses idées et les propager. L'opinion a porté ce livre si haut qu'il est devenu un véritable drapeau pour ou contre lequel on combat. Ce livre est trop connu pour que nous nous y arrétions. — Nous allons un instant l'oublier pour nous occuper de l'introduction qui précède la nouvelle édition que nous annonçons aujourd'hui.

M. le docteur Cerise, en se faisant l'éditeur de Cabanis, n'a pas éru devoir se soumettre aux usages suivis en pareil cas, c'est-à-dire qu'il n'a pas voulu se faire le panégyriste de son auteur : une pensée plus élevée le dominait. Il a voulu, appréciant à leur juste valeur les dogmes proclamés par Cabanis, montrer qu'ils sont inexactes ou incomplets. Il a voulu poser en tête de l'ouvrage des espèces de jalons propres à guider le lecteur et lui faire éviter les erreurs commises par mégarde ou volontairement par l'auteur. Dans cette intention, il s'est efforcé de donner à la science des rapports du physique et du moral les limites qui lui conviennent.

M. Cerise, frappé du vague dans lequel se trouvent les expressions *physique* et *moral*, a cherché à les remplacer par des mots nettement définis, faciles à comprendre, et admis par des hommes qui, partis d'un point de vue différent, sont venus cependant discuter sur un terrain commun, sans se comprendre

jamais. Il remplace donc ces mots par ceux d'*organisme* et d'*idée*. M. Cerise en donne des définitions nouvelles, tellement claires et précises que nous croyons utile de les rappeler. Il définit le *moral*, « l'ensemble des phénomènes organiques qui, associés à une idée, sont accessibles à la conscience; » et le *physique*, « l'ensemble des phénomènes organiques, qui, n'étant point associés à une idée se produisent à notre insu. » Ce premier pas fait, la définition de la science des rapports du physique et du moral devient facile; elle n'est que la *coordination des relations en vertu desquelles l'idée et l'organisme s'influencent réciproquement*.

La science des rapports du physique et du moral a éprouvé les plus grandes entraves; car ceux qui s'en sont le plus spécialement occupés, obéissant à des conceptions *a priori*, ou bien cédant à des théories passionnées, ont fait tous leurs efforts pour nier l'un des éléments constitutifs de la science et par conséquent la réduisaient logiquement au néant. Méconnaître l'un des deux ordres de phénomènes, c'est implicitement méconnaître leurs rapports et par suite la science qu'ils constituent. « Si, dit M. Creise, ces deux ordres de phénomènes cessaient d'être regardés comme tout-à-fait distincts, le moral et le physique s'identifiant dans une seule et même substance, manifestant une seule et même force, obéissant par conséquent à des lois identiques, ne sauraient avoir entre eux les rapports que proclame le sens commun, que les langues de tous les peuples expriment, dont la raison humaine a toujours et partout recherché l'explication. La science qui a pour but la coordination de ces rapports, devenue sans objet ou reposant sur une contradiction, devrait se retirer devant les prétentions d'une physiologie mystique qui nierait l'*élément physique*, ou d'une psychologie mécanique qui nierait l'*élément moral*. » Or, la science est venue plusieurs fois se briser sur ces écueils en proclamant l'identité des principes. « Les uns représentent les opérations les plus obscures de l'organisme, celles qui sont communes aux végétaux, aux animaux et à l'homme, comme la manifestation des facultés de l'âme, ce sont les panthéistes.

« Les autres représentent les facultés intellectuelles et morales
 « de l'homme, celles qui n'ont point d'analogue dans les autres
 « êtres vivants, comme la manifestation des propriétés vitales :
 « ce sont les matérialistes. »

Ainsi, les deux principes opposés nient également la dualité humaine, en affirmant, l'un l'esprit seul, l'autre la matière seule. M. Cerise montre que le même raisonnement appliqué aux études physiologiques a conduit aux mêmes erreurs. Stahl, par exemple, regarde l'âme intelligente comme la directrice suprême des actes organiques et moraux. Broussais et Cabanis, son maître, regardent l'organisme comme le point de départ des facultés intellectuelles et des affections de l'âme. Comment se fait-il donc que Cabanis ait voulu fonder une science, qu'il détruisit en réalité, en affirmant l'unité matérielle de l'homme ? Comment a-t-il pu méconnaître cette dualité sans laquelle la science est radicalement impossible ? C'est là un problème dont la solution difficile se trouverait plutôt dans les préoccupations systématiques de l'auteur que dans son ignorance des faits. Indiquer une faute si grave dans Cabanis, c'est faire connaître le défaut capital de son œuvre ; c'est, en un mot, la ramener à sa juste appréciation. Tel était le but de M. le docteur Cerise.

L'auteur de l'introduction ne s'arrête pas là : après avoir posé les bases véritables de la science des rapports du physique et du moral, il indique lui-même le plan qu'il aurait suivi dans un traité *ex professo* sur la matière. Sa pensée se trouve indiquée en quelques alinéas.

M. Cerise pense qu'il faudrait étudier successivement :

- 1° La dualité humaine et la séparation analytique exacte de ses deux éléments ;
- 2° Séparer l'idée qui est due à l'impression psycho-cérébrale de l'émotion due à l'impression ganglionnaire ;
- 3° Distinguer l'idée de l'émotion par leurs phénomènes propres, étudier leurs combinaisons ;
- 4° Cette distinction une fois établie, rechercher les rapports de l'idée avec l'organe cérébral, ainsi que les rapports de l'émotion avec les conditions générales de l'organisme ;

5^o Apprécier l'influence des idées morales et intellectuelles sur les individus et sur les peuples ;

6^o Apprécier également l'influence de l'atmosphère matérielle qui enveloppe la vie des peuples ,

9^o Appliquer les idées énumérées plus haut à l'appréciation des principaux phénomènes physiologiques et pathologiques de la vie humaine à la production desquels le concours des idées est nécessaire ;

8^o Après avoir logiquement coordonné cette longue série de problèmes et de solutions psycho-physiologiques, il importerait d'en résumer les données principales, en faisant ressortir toutes les applications que la science des rapports du physique et du moral peut offrir à la philosophie et à l'histoire générale, à la morale et à l'hygiène publique, à la morale et à l'hygiène privée, à la clinique des affections nerveuses et mentales, etc.

Nous n'insisterons pas davantage sur les idées de M. le docteur Cerise. Félicitons-le sincèrement, en terminant, d'avoir fait descendre à sa juste valeur un ouvrage qui a eu un succès de vogue inconcevable, et qui, de nos jours encore, est recherché de tous. Le travail de M. Cérise nous semble rendre à la science l'important service de faire connaître un ouvrage trop loué par ses admirateurs, mais aussi trop dénigré par ses adversaires. Désormais la lecture des *rapports du physique et du moral de l'homme* cessera d'être dangereuse ; car on n'aura plus la crainte de voir le lecteur se laisser convaincre par l'argumentation de Cabanis ; et les déductions matérialistes de l'auteur n'auront plus de prise sur l'esprit du lecteur suffisamment prévenu par les conseils sages contenus dans l'introduction.

D^r BOURDIN.

Cours de nosologie clinique, par F. P. Emangard, docteur en médecine de la Faculté de Paris, professeur de pathologie interne et de clinique médicale à l'Ecole de médecine du Caire (Ouvrage traduit en langue arabe, et imprimé par ordre de S. A. Méhémet-Ali, vice-roi d'Egypte). Un volume in-8^o, chez J.-B. Baillière. Paris, 1843.

On ne peut se défendre, en lisant cet ouvrage, d'un mouvement

de surprise involontaire lorsqu'on retrouve, à chaque page, les traces d'une doctrine qui a jeté quelque éclat parmi nous, mais a disparu presque complètement, malgré les efforts puissants de son chef et de quelques adeptes remplis de zèle, pour la soutenir. On se croit encore au bon temps du physiologisme quand on parcourt ces pages remplies des dogmes de ce système, exprimés dans toute leur sincérité, nous allions presque dire dans toute leur naïveté. Alors on est vraiment étonné; car il semble que l'auteur ait oublié l'histoire des luttes qui ont eu lieu pendant ces dernières années; on dirait, en effet, qu'il ne tient aucun compte des progrès de l'opinion, qui, entraînée un instant, est rentrée promptement dans la voie de la véritable et saine observation médicale. Nous avons dû commencer par ces remarques générales avant d'examiner quelques chapitres spéciaux de l'ouvrage; elles étaient nécessaires, car elles expriment fidèlement l'impression produite sur le lecteur; elles étaient encore nécessaires en ce sens que l'auteur lui-même semble se faire illusion sur ses propres opinions, et ne croit pas avoir été exclusif. « On ne m'accusera pas, dit-il, d'avoir une idée exclusive en médecine; je ne crois avoir mérité ce reproche sous aucun rapport. Si j'ai aimé et vénéré Broussais, si l'étude et la méditation de ses ouvrages ont été pour moi une lumière utile pour sortir de l'inextricable labyrinthe où la médecine se trouvait encore égarée, il y a moins d'un demi-siècle, je n'ai pas porté le culte à cet homme célèbre jusqu'à défendre quand même, quelque opinion qui me paraissait susceptible de discussion. » p. 499. Sans vouloir chercher ici de mauvaise chicane à l'auteur, on peut dire, contrairement à ses aveux, que s'il a abandonné Broussais sur quelques points de détails insignifiants, il l'a suivi dans toutes ses idées générales. Ainsi, dans tous les chapitres, sans exception peut-être, on retrouve cette fameuse gastro-entérite universelle sur laquelle se fondèrent les plus beaux lauriers du maître. On la voit reparaître à chaque page, tantôt comme maladie principale, tantôt comme accessoire; ici primitive, là secondaire; quelquefois point de départ, souvent simple complication. Qu'est-ce que la goutte? une phleg-

masie chronique de l'estomac. Qu'est-ce que le typhus? une gastro-entérite. Et la fièvre jaune? gastro-entérite épidémique. Et le choléra-morbus? gastro-entérite. Et la peste? gastro-entérite; et toujours la même réponse à presque toutes les questions pathologiques qu'on peut soulever. L'idée mère de Broussais se reproduit sans cesse sous la plume de l'auteur. Bien plus, il l'accepte dans toutes ses conséquences.

Le traitement des maladies, si difficile pour les médecins qui n'ont pas la clairvoyance de ceux qui se proclament les vrais physiologistes, devient d'une facilité extrême pour ceux-ci. Les évacuations sanguines, la diète et l'eau, forment la base principale, et à proprement parler, unique du traitement *anti-irritatif*. Ici nous devons noter avec soin une variante de la part de l'élève. Broussais conseillait généralement l'eau de gomme; M. Émangard conseille l'eau pure. On n'attend sans doute pas que nous discussions lequel des deux a raison.

Après avoir parlé d'un grand nombre d'inflammations, l'auteur passe à l'étude des névroses. Jusqu'à présent on n'avait pu caractériser ce nombre considérable d'espèces morbides que par leurs symptômes et par l'absence de toute lésion pathologique vraiment pathognomonique. M. Émangard, adoptant les idées de l'un des élèves de Broussais, se jette sans réserve dans une ontologie incroyable, affirmant que les névroses sont, elles aussi, dues à l'irritation. Sa théorie se fonde sur ce que des expériences décisives, dit-il, ayant démontré que l'agent nerveux et l'agent électrique sont identiques, toute névrose reconnaît pour cause une accumulation d'électricité, comme toute phlegmasie une accumulation de sang. M. Émangard, après avoir rendu justice aux démonstrations de M. Coudret, s'extasie devant les sublimes prédictions de Broussais, cet autre Newton (ce n'est pas nous qui parlons) qui disait, il y a dix ans: « Le sang, en effet, peut être un irritant pour nos organes, » comme l'influx nerveux trop fort. Que vous appeliez celui-ci électricité, fluide galvanique, impondérable biotique, il n'en pas moins une *matière*. » Voilà donc le principe vital encore une fois matérialisé, et l'expression est d'une précision

et d'une force désespérante pour les partisans réfléchis de Broussais qui n'ont pas abandonné les idées de la morale la plus vulgaire; mais telle n'est pas la question à débattre en ce moment. En acceptant les expériences de M. Coudret, la doctrine de l'irritation se trouve complétée, et ces névroses, si difficiles à classer, si embarrassantes pour les nosologistes dits physiologiques, reçoivent dans le cadre des maladies une place aussi simple que naturelle. Dues à une irritation, elles sont mises par M. Émangard sur la même ligne que les phlegmasies, et forment l'une des deux espèces du genre irritation. Toute cette théorie se fonde sur de prétendues expériences qui auraient servi à démontrer les vérités suivantes :

« 1° Les nerfs sont de véritables conducteurs organiques;
 » 2° l'électricité doit en être considérée comme l'agent ou
 » principe moteur; 3° ils offrent, comme les appareils galva-
 » niques, deux ordres de courants, bien différents et bien
 » distincts; 4° enfin l'un de ces courants, destiné aux fonc-
 » tions de la sensibilité et de l'intelligence, se porte des sens
 » internes et externes au cerveau; l'autre, destiné aux fonctions
 » nutritives et locomotives, se dirige au contraire du cerveau,
 » ou, si l'on veut, de la moelle épinière aux différentes parties
 » du système musculaire et du vaste appareil capillaire san-
 » guin. » P. 3. En vérité, « les ennemis du progrès et de
 » toutes les gloires » ont eu bien tort d'attaquer par des sar-
 » casmes d'aussi belles découvertes; ils ont eu bien tort de se
 » livrer à des hypothèses, « fruits d'imaginations plus ou moins
 » ardentes, ou de raisonnements plus ou moins subtils, » pour
 » expliquer ou mieux pour étudier l'homme. Il était réservé à un
 » élève du fondateur de la médecine physiologique de démontrer
 » que « le principe électrique est l'agent intime des phénomènes
 » de l'innervation, l'unique foyer de la vie; » en d'autres
 » termes : que l'homme n'est qu'une machine électrique. Laissons
 » lui cette gloire.

Parmi les nouveautés du livre de M. Émangard, il en est une qui mérite une attention toute particulière; nous voulons parler du mode d'action thérapeutique des appareils propres

à soustraire ou à neutraliser le fluide électrique. Ils produisent, dit-on, les effets antiphlogistiques et sédatifs les plus salutaires et les plus évidents. Cette opinion se trouve exprimée d'une manière fort explicite dans la phrase suivante : « Je dois répéter ici que cette découverte a surtout une grande importance, dans ce sens qu'elle complète la doctrine de l'irritation, et qu'elle nous apprend que *les saignées* et les autres moyens thérapeutiques, dont l'emploi est suivi de succès dans le traitement des phlegmasies graves surtout, n'ont, en définitive, d'autre effet que celui qui est attribué à l'électromoteur médical. »

Il nous semble inutile d'insister plus longtemps sur un ouvrage qui n'était pas destiné à des Français, mais bien aux élèves de l'école de Médecine du Caire, c'est-à-dire à des Arabes. Peut-être sommes-nous mal placés pour juger un ouvrage de médecine composé pour des hommes vivant dans une atmosphère physique et sociale différente de la nôtre, et se trouvant par conséquent dans des conditions très-différentes qui peuvent avoir modifié complètement la théorie que l'auteur avait puisée anciennement en Europe. Par cette raison, nous devons mettre une grande réserve dans l'appréciation d'une pareille œuvre. On regrette en lisant ce livre, et en voyant à chaque page l'érudition dont il est rempli, on regrette, disons-nous, de voir un auteur nourri de la lecture des grands maîtres se laisser entraîner par des théories fallacieuses, sans tenir compte de la grande et antique expérience de nos plus illustres devanciers. A part cette intervention exagérée et blâmable des doctrines physiologiques, le livre de M. Emangard possède de bonnes qualités qui lui auraient assuré un rang distingué dans la littérature médicale, si l'auteur s'était contenté d'apprécier plutôt que d'adopter avec enthousiasme des principes faux et inexacts.

Médecin d'un hôpital du Caire, professeur en cette ville, plus que cela, médecin physiologiste, M. Emangard a étudié la peste et surtout l'une des questions qui s'y rattachent le plus intimement, c'est-à-dire la contagion. La solution de cette

dernière question, est facile à prévoir et peut aisément s'expliquer par la position officielle et par les convictions privées de l'auteur. Celui-ci, en effet, et il est pour ainsi dire superflu d'en faire la remarque, est anti-contagioniste. Il combat tous les auteurs de l'opinion contraire à la sienne et se récrie contre l'abus des quarantaines. On se rappelle, sans doute, les discussions animées qui ont eu lieu dans les journaux et au sein même des académies sur la contagion de la peste. Malgré l'argumentation la plus vive de part et d'autre, on n'a pu jusqu'à présent fixer l'opinion générale d'une manière définitive. Personnellement nous regardons les quarantaines comme complètement insuffisantes et même comme impuissantes pour empêcher le développement des épidémies et de celle de peste en particulier. D'un autre côté, elles portent au commerce et à l'industrie un préjudice incalculable. Quelques gouvernements, frappés de la presque inutilité de ces quarantaines, qui ne sont jamais respectées, sont entrés dans une voie de réforme qui devra tôt ou tard entraîner forcément le gouvernement français à des réformes analogues, sous peine de voir le commerce de l'Orient passer tout entier dans d'autres mains. Cependant avouons sincèrement que cette dernière considération, quoique importante, ne nous semble pas de nature à faire prendre des décisions trop promptes qui pourraient avoir des conséquences fâcheuses pour la santé publique. Ce qui nous semble utile actuellement, c'est une réforme progressive, mais non une suppression radicale immédiate.

DOCTEUR BOERDIN.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Du traitement des fausses ankyloses, de la contracture des membres par la compression aidée de l'extension, sans l'emploi de la ténotomie; avec quelques réflexions sur ce der-

nier mode opératoire; par Dancel, docteur en médecine, in-8°, prix : 2 fr.; à Paris, chez J. B. Baillière, libraire de l'Académie royale de Médecine, rue de l'École de Médecine, n° 17; à Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

Traité analytique de la digestion, considérée particulièrement dans l'homme et dans les animaux vertébrés, par N. Blondlot, D. M. P, professeur (adjoint) de chimie à l'école de médecine de Nancy, chirurgien ordinaire de l'hospice des Orphelines, etc., etc.; 1 vol. in-8°, 7 fr. 50 c. Paris, 1843, chez Fortin Masson et compagnie, éditeurs, place de l'École de Médecine, 1.

Esquisse d'une théorie des phénomènes magnétiques, par le docteur J. A. Tedinngarov, membre correspondant de la Société royale académique de Savoie, de la Société médicale du canton de Genève, etc., etc.; publié par les soins de M. le chevalier Brice, comte de Beauregard, membre de la Société de magnétisme, fondée à Paris en 1814, par le marquis de Puységur, etc.; prix : 1 fr. 50 c. A Paris, chez Dentu, libraire, Palais-Royal, galerie d'Orléans, 13.

Epitome de J. P. Frank, avec la traduction par Léopold Ledru, D. M. P; 2^e livraison. Paris 1843; prix : 4 fr. 50 c.

Cette livraison renferme la fin du livre 1^{er} (les Fièvres) et le commencement du livre second (du Traitement des Inflammations). La troisième livraison paraîtra prochainement chez Fortin Masson et compagnie, libraires, place de l'École de Médecine, n° 1.

Imprimerie de Hauquelin et Bautruche, r. de la Harpe, 90.

REVUE MÉDICALE.

(Novembre 1843.)

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

MÉMOIRE SUR L'HYDROCÉPHALIE CHRONIQUE

AVEC DÉVELOPPEMENT EXTRAORDINAIRE DU CRANE ET
INTÉGRITÉ DES SENS,

Lu à la Société de médecine de Paris; par le docteur LOIR aîné,
ancien interne des hôpitaux de Paris.

(Imprimé par décision de la Société.)

Les auteurs anciens nous ont laissé des notions fort incertaines sur l'hydrocéphalie. Il faut en venir aux modernes pour trouver des recherches positives sur cette affection; et bien qu'il ait été fait dans ces derniers temps des travaux importants sur ce sujet, il n'est pas sans intérêt de rassembler les faits qui peuvent éclairer les points encore en litige, et jeter du jour sur les fonctions du système nerveux. Ces recherches sont d'autant plus fondées, que c'est à la pathologie plutôt qu'à l'anatomie de structure, qu'il faut rapporter les faibles connaissances que nous avons acquises sur la physiologie des centres nerveux.

Les deux malades dont il va être question sont encore vivants. Je vais vous présenter aujourd'hui leur histoire

1843, Novembre. T. III. 21

physiologique, et j'espère qu'un jour nous pourrons avec vous compléter nos observations, faire leur histoire anatomique et soulever peut-être un coin du voile qui nous cache le mécanisme si complexe des fonctions cérébrales.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Hydrocéphalie chronique avec développement extraordinaire du crâne. — Premiers symptômes quatre mois après la naissance, à la suite de convulsions. — Enfant âgé de sept ans et demi. — Intégrité des sens. — Sensibilité vive. Facultés intellectuelles peu développées. — Mouvements volontaires en partie conservés. Membres supérieurs habituellement rétractés. — Station impossible. — Membres inférieurs et bassin peu développés. — Hypertrophie des os du crâne. — Fonctions organiques se faisant bien. — Déjections fécale et urinaire involontaires. — État général bon.

Louis Vessier, âgé de sept ans et demi, est né, à la suite d'un accouchement naturel, d'une mère âgée de trente-trois ans, et d'un père qui touche à sa trente-huitième année. Ses frères et sœurs sont tous nés bien portants. Il ne présenta rien de particulier à ses parents jusqu'à l'âge de quatre mois. L'expression de sa figure et de ses yeux annonçait de l'intelligence; ses mouvements étaient libres, sa santé paraissait florissante, lorsque, sans cause connue, il fut pris de convulsions violentes, qui se renouvelèrent à plusieurs reprises. A compter de cette époque, bien que l'enfant ne parût pas malade, tous les organes, toutes les fonctions restèrent à peu près stationnaires, et on commença à observer une disproportion dans

le volume du crâne. Dès lors, les dimensions de cette partie s'accrurent peu à peu, et en moins de dix-huit mois la tête avait acquis, à peu de chose près, le volume qu'elle présente aujourd'hui, 30 mai 1845.

Ce pauvre petit malade, quoique ayant une existence bien misérable, offre un certain état d'embonpoint. Impotent de tous ses membres, presque réduit à la vie organique, il a pour position continuelle le décubitus sur le dos, la tête d'une pesanteur extraordinaire, reposant tantôt sur un côté, tantôt sur l'autre; les yeux bruns, saillants, légèrement convulsés, dirigés tous deux le plus souvent à droite; la bouche ouverte, la langue tirée en avant, dépassant les lèvres; les membres supérieurs rétractés, et ne pouvant être étendus qu'avec difficulté; le membre gauche plus rétracté que le droit; les membres inférieurs assez débiles, libres de tout mouvement; les excrétions urinaire et fécale toujours involontaires.

Il voit et entend; il reconnaît ses parents, il exprime quelque désir, prononce quelques mots. Sa sensibilité générale est conservée, et même exaltée: ainsi, la main passée légèrement sur les pieds excite un tressaillement général, des mouvements convulsifs. Il existe de l'embonpoint, mais moins qu'autrefois; cependant l'enfant ne maigrit pas; il dort parfaitement, les yeux fermés, toute la nuit sans se réveiller, de cinq heures du soir à quatre heures du matin. Il mange modérément une assiettée de semoule au lait le matin, une autre le soir, et boit deux fois dans l'intervalle. Il refuse tout aliment liquide ou solide s'il n'est pas chaud. Il avale bien les liquides. Toutes ses fonctions digestives se font bien, il est seulement habi-

tuellement constipé; du reste, il est gai, tranquille dans son lit.

Le volume du crâne est effrayant; il est difficile de s'en faire une idée. Voici ses dimensions :

Circonférence,	74 centimètres.
Diamètre transversal,	20 "
» antéro-postérieur,	26 "
» mento-bregmatique,	29 "

Dimensions du crâne normales, Chez un adulte bien conformé :

Circonférence,	56 centimètres.
Diamètre transversal,	15 "
» antéro-postérieur,	19 1/4 "
» mento-bregmatique,	26 "

Chez un enfant de 18 mois :

Circonférence,	45 centimètres.
Diamètre transversal,	13 5/4 "
» antéro-postérieur,	16 "
» mento-bregmatique,	19 1/4 "

Le front fait peu de saillie en avant, il est très-haut, parcouru à sa surface par des veines assez volumineuses, se dessinant sous la peau. Les cheveux sont châtains, longs et peu abondants. L'os frontal n'est pas plus saillant d'un côté que de l'autre; on sent, au toucher, sur la ligne médiane, la suture de ses deux portions latérales juxtaposées, mais non confondues. Tous les os de la voûte du crâne, les pariétaux, les portions écailleuses des temporaux, la moitié supérieure de l'occipital ont pris un excès

de développement ; ils sont le siège d'une hypertrophie véritable en étendue ; au toucher ils paraissent plus épais, et plus tard, si le petit malade continue à vivre, et si l'épanchement cérébral diminue, ils pourront devenir le siège d'une hypertrophie concentrique et acquérir un épaissement considérable. Les deux pariétaux sont soudés ensemble dans leurs deux tiers postérieurs ; en avant, ils constituent par leur réunion un angle rentrant qui forme la plus grande partie d'une large fontanelle placée sur la ligne médiane, dont la base en avant est formée par le bord supérieur du frontal, dont l'épine prolongée s'avance de quelques lignes dans la fontanelle. La main appliquée sur celle-ci, ne sent pas le mouvement de soulèvement de la masse encéphalique tel qu'on le rencontre chez les jeunes sujets. Je n'ai pu rencontrer des traces des autres fontanelles. Les os paraissent soudés entre eux.

Le développement de la cavité crânienne a porté particulièrement sur les diamètres vertical et transversal. Il est probable que les os wormiens ont pris un développement considérable, et concourent à former cette cavité crânienne si monstrueusement elargie.

La face exprime bien l'âge de sept ans et demi ; elle est régulière, légèrement colorée ; les yeux un peu convulsés, mais mobiles à la volonté du malade ; le nez est épaté ; les narines tournées en avant. La voûte palatine est tellement anfractueuse, qu'à la première vue on croirait à sa division. Les arcades alvéolaires sont rapprochées l'une de l'autre, dirigées en dedans. Cette disposition ne dépendrait-elle pas de l'élargissement de la voûte du crâne, et du renversement en dehors des os maxillaires ? Les gencives sont boursoufflées, forment un bourrelet au milieu

duquel on trouve une rainure correspondant aux débris noirâtres des dents de la première dentition. A la mâchoire inférieure, les dents de la première dentition sont blanches en grande partie ; mais il n'y a pas d'apparence du travail de la deuxième dentition, pas plus qu'à la mâchoire supérieure. Les amygdales sont très-volumineuses.

Au cou, on voit le corps thyroïde hypertrophié, et de chaque côté se dessinent les deux sterno-mastoïdiens, dont le grand développement peut être expliqué par le surcroît d'action que nécessitent le volume et le poids excessifs de la tête ; ils sont probablement les agents de l'extension de la tête sur le rachis.

La conformation de la poitrine n'offre rien de particulier. Les muscles respiratoires sont peu développés. Le cœur a des battements petits, réguliers. Le bruit respiratoire est partout à l'état normal.

L'abdomen est assez volumineux, sans épanchement.

Le bassin et ses muscles sont peu développés ; ils sont le siège d'une véritable atrophie, dont la cause est le manque d'exercice.

Les testicules sont descendus dans les bourses ; mais le pénis est développé, allongé comme chez les enfants qui ont l'habitude de la masturbation. D'où vient cette hypertrophie ? La rétraction des membres supérieurs éloigne l'idée de l'onanisme. Est-ce un effet du contact habituel des urines ?

DEUXIÈME OBSERVATION.

Hydrocéphalie chronique avec développement extraordinaire du crâne. — Chute sur la tête à la naissance. — Enfant de deux ans et demi. — Intégrité des sens. — Sensibilité conservée. — Mouvements volontaires en partie conservés. — Membres supérieurs dans l'extension forcée. — Station impossible. — Membres inférieurs peu développés. — Hypertrophie des os du crâne. — Déglutition des liquides difficile. — Excrétions fécale et urinaire paraissant involontaires. — Fonctions nutritives en bon état. — Voracité. — Nul amaigrissement.

Émile Modeste, âgé de deux ans et demi, est le cinquième enfant d'une mère bien portante, bien constituée, et d'un père bien portant également, âgé de cinquante-sept ans. Tous ses frères et sœurs, à l'exception d'un seul qui est mort, sont d'une bonne santé.

La mère dans sa grossesse n'a rien éprouvé qui ait pu avoir quelque influence sur la maladie de son enfant ; seulement elle se rappelle qu'étant à terme, le travail de l'accouchement fut très-long et très-pénible, et que, à la fin, la sage-femme venait de la quitter, lui disant que le travail était stationnaire, toujours au même point, lorsqu'elle éprouva tout d'un coup, dit-elle, de violentes douleurs, et accoucha debout appuyée contre son lit. Son enfant fut expulsé promptement, et il tomba à terre sur les pieds de son mari, qui la soutenait, et peut-être sur le sol. Du reste, la respiration s'établit promptement, l'enfant n'offrit aucune trace de contusion, et n'éprouva aucun symptôme cérébral. On remarqua seulement que sa tête était volumineuse. Un médecin prescrivit l'application de quelques sangsues derrière les oreilles ; il y eut probable-

ment alors quelque symptôme urgent, auquel on voulut apporter remède; la mère ne donne aucun renseignement à ce sujet. Six mois s'écoulèrent sans qu'on fit une grande attention à l'enfant. A cette époque, le volume de la tête commença à augmenter. L'attention des parents fut éveillée; mais abattus par la misère, ils ne paraissent pas avoir fait grand chose pour s'opposer aux progrès du mal.

En 1841, lorsque je vis pour la première fois ce pauvre enfant, je lui prescrivis de temps en temps quelques grains de calomel, et l'usage habituel des diurétiques. Le mal n'en fit pas moins des progrès; quelques accès épileptiformes se montraient de temps en temps, et en mai 1843, il se présente dans l'état suivant :

La tête a acquis un volume considérable; si on cherche à en apprécier le poids en la pesant dans les mains, on est étonné de sa pesanteur. La voûte du crâne a presque doublé de volume, elle a la forme d'un ovale très-large en arrière, rétréci en avant; elle offre les dimensions suivantes :

Circonférence,	71 centimètres.
Diamètre antéro-postérieur,	24 »
» transversal ou bipariétal,	21 »
» fronto-transversal,	13 »
» mento-bregmatique,	26 »

Le front est très-saillant en avant. Les os ont acquis de grandes dimensions; leur ossification est complète; ils offrent beaucoup de résistance et sont aussi le siège d'une hypertrophie dans leur épaisseur; ils offrent une surface continue, sans qu'on puisse distinguer la trace des su-

tures, et à leur surface à travers la peau, se dessinent les veines frontales, temporales, etc., dilatées; les fontanelles sont envahies par l'ossification, à l'exception de la fontanelle fronto-pariétale, qui du reste a subi quelque changement dans sa disposition habituelle. Elle se trouve divisée en deux par une languette osseuse très-résistante, large d'un bon travers de doigt, allant de l'angle supérieur du frontal à l'angle de réunion des deux pariétaux; chacune de ces fontanelles offre bien un pouce et demi à deux pouces de diamètre. A leur faveur il est facile de reconnaître, par la fluctuation, la présence d'un liquide dans la cavité crânienne. Les cheveux sont assez longs, châtains-clairs, peu abondants; les yeux bruns, saillants, non convulsés, assez mobiles, les pupilles dilatées. La face offre de petites dimensions, en comparaison du crâne; elle est colorée, mais non amaigrie, sans déviation des traits. La mâchoire inférieure est toujours abaissée, la bouche ouverte sans saillie de la langue. Les deux mâchoires sont garnies de dents assez bien conservées.

Malgré le volume excessif de sa tête, notre petit malade, bien qu'impotent et incapable de changer de position, a conservé tous ses sens intacts; il voit tout ce qui l'entoure, il entend très-bien; il comprend, quand on lui parle, il prononce quelques mots; toute sa physionomie annonce de l'intelligence; la sensibilité générale est conservée et même exaltée. Les membres supérieurs sont étendus de chaque côté du tronc, l'avant-bras dans une extension forcée sur le bras, presque renversé en arrière, la main en pronation, les doigts fléchis.

Les membres inférieurs, de même que le bassin et les

fesses, sont peu développés, les cuisses sont fléchies sur l'abdomen, les jambes croisées l'une sur l'autre.

L'enfant fléchit quelquefois les membres supérieurs, saisit quelque objet ; mais ses mouvements s'opèrent avec difficulté, et pour ainsi dire avec violence. Il ne peut se soutenir sur ses jambes, mais il les remue bien lorsqu'il est couché.

Il est très-vorace, mange beaucoup et digère bien ; il avale avec plus de facilité les aliments qui offrent quelque consistance ; mais il éprouve quelque difficulté pour la déglutition des liquides. « Il ne sait pas boire, dit sa mère. » Du reste, les fonctions digestives se font bien. Il existe habituellement de la constipation. L'enfant n'est pas propre, cependant les excréments urinaire et fécale ne paraissent pas tout à fait involontaires. La nutrition générale s'effectue d'une manière satisfaisante ; l'enfant est plutôt gras que maigre ; autrefois il dormait mal, il dort parfaitement aujourd'hui. Seulement, dans le sommeil, les paupières restent écartées, les pupilles à nu comme dans l'état de veille.

Sa santé générale est bonne ; quelquefois il est atteint par moment de tressaillement dans les muscles, et parfois de mouvements convulsifs qui n'ont pas de durée.

Réflexions.

Une première question qui se présente est celle de savoir si ces deux hydrocéphalies chroniques sont congéniales. L'une d'elles pourrait être rapportée à la chute de l'enfant au moment de l'accouchement, et être considérée comme suite d'une hydrocéphalie aiguë, comme une hy-

drocéphalie a cidentelle. Cependant la mère assure que son accouchement ne pouvait avoir lieu à cause du volume excessif de la tête de l'enfant ; elle dit aussi que son enfant avait le crâne volumineux en naissant, mais que cependant il n'a pris un développement extraordinaire que six mois après la naissance.

Boëhmer et Wigand, pensent que les enfants apportent en naissant une disposition à cette affection. M. Serres et d'autres, voient toujours en elle la conséquence d'un arrêt de développement de quelque partie du système nerveux. Y a-t-il quelque arrêt de développement chez nos deux malades ? Nous ne le croyons pas.

Nous ferons observer avec le professeur Breschet que l'on rencontre chez le fœtus, les enfants à terme et les enfants de six mois à un an, une hydrocéphalie véritable dans la cavité du septum lucidum, et que cette disposition anatomique, bien que constante, peut disposer plus ou moins à un état pathologique.

La déchirure de ce septum chez le petit Modeste, dans la chute qu'il a eu le malheur de faire au moment de l'accouchement, ne pourrait-elle pas être la source du mal ? Et même ne pourrait-on pas se demander si cette déchirure ne serait pas possible pendant l'accouchement ?

Cette déchirure et ses conséquences inflammatoires ne pourraient-elles pas avoir une influence sur certaines hydrocéphalies ?

L'oblitération de l'aqueduc de Sylvius serait-elle la cause de cette hydropisie cérébrale, le liquide sécrété dans les ventricules ne pouvant être soumis à la résorption, qui a lieu d'une manière si active dans le canal encéphalo-rachidien et dans tout le tissu séreux sous-arachnoïdien ?

Il est beaucoup d'autres causes hypothétiques de l'hydrocéphalie congéniale, telles que l'hydropisie de la glande pinéale, de la glande pituitaire, etc., etc.; nous ne nous y arrêterons pas. Seulement il serait intéressant d'appeler l'attention sur la liaison qui peut exister entre l'hydrocéphalie aiguë et l'hydrocéphalie chronique, même avec développement du crâne, quoique beaucoup d'auteurs aient dit que l'hydrocéphalie chronique ne succédait pas à l'hydrocéphalie aiguë.

La question de savoir où a lieu l'hydropisie dans les deux cas d'hydrocéphalie précédents mérite un peu de fixer l'attention.

A-t-elle lieu en dehors de la masse cérébrale? dans la grande cavité de l'arachnoïde? dans quelque kyste développé, soit dans la substance cérébrale, soit en dehors?

L'hydropisie, chez les deux malades précédents, a lieu très-probablement dans les cavités ventriculaires. La dilatation bien symétrique des deux moitiés du crâne porterait à admettre *a priori* que l'épanchement a lieu dans les deux ventricules à la fois, ou dans une cavité placée sur la ligne médiane.

Ici on peut se demander si, dans les cas où l'hydropisie ayant son siège dans les ventricules, les ventricules latéraux sont confondus et le septum déchiré, le siège primitif du mal ne pourrait pas être aussi dans la cavité du septum.

Le troisième ventricule est-il le siège du mal? l'intégrité des sens et du mouvement ne doit-elle pas éloigner cette idée?

S'il y avait épanchement en dehors du cerveau, les effets de la compression du cerveau devraient exister.

Il ne peut venir à l'esprit de douter de l'existence d'une hydrocéphalie chez nos deux petits malades. Les faits de nos prédécesseurs sont là. La fluctuation s'observe chez le petit Modeste. La transparence manque chez tous les deux. Quant à la ponction exploratrice, que l'on emploie en chirurgie pour déterminer la nature équivoque de certaines tumeurs, elle ne pourrait pas être pratiquée ici sans exposer les malades à des accidents mortels.

Dans l'hydrocéphalie de nos deux malades, nous ne pouvons émettre que des probabilités sur le degré de lésions qui existent chez eux dans leur cavité encéphalique. Si l'épanchement a son siège dans les ventricules, les circonvolutions cérébrales sont-elles dépliées ?

La substance blanche manque-t-elle ? le cerveau n'est-il formé que d'une substance cendrée ?

La prolongation de l'existence de nos malades, l'intégrité des sens, du sentiment, et en grande partie du mouvement, tendent à éloigner l'idée d'altérations pathologiques profondes qui nous seront peut-être dévoilées par l'examen anatomique.

Nous avons aussi un exemple du degré de compression auquel l'encéphale peut être soumis sans accidents mortels lorsque cette compression s'établit lentement.

Enfin des auteurs ont avancé que l'hydrocéphalie apportait du trouble dans l'éruption des dents. Evidemment chez Vessier la deuxième dentition a été retardée, puisque l'enfant a bientôt huit ans, et que rien n'annonce ce travail.

Le rapprochement que l'on peut faire de ces deux malades me paraît aussi devoir fixer l'attention. Ainsi ne serait-il pas curieux de savoir pourquoi, chez l'un d'eux, les

membres supérieurs se trouvent rétractés, la tête fortement étendue sur le rachis, les muscles sterno-mastoïdiens hypertrophiés, les yeux dirigés à droite; tandis que chez l'autre les membres supérieurs se trouvent dans l'extension, l'avant-bras fortement étendu sur le bras, la main étendue sur l'avant-bras, les yeux plus mobiles, l'intelligence prononcée? etc., etc.

Le volume de la tête de ces deux enfants, s'ils vivent, va-t-il augmenter, rester stationnaire, ou diminuer?

Presque tous les hydrocéphales meurent peu de temps après la naissance. Cependant on a des exemples d'hydrocéphales extraordinaires, qui ont vécu longtemps.

Peut-être aurons-nous dans nos deux malades des exceptions à la règle générale. Vessier à 22 mois avait la tête aussi volumineuse qu'aujourd'hui, il éprouvait les mêmes symptômes, et cependant aujourd'hui il a bientôt atteint sa huitième année, il a l'air de se porter fort bien pour un hydrocéphale, il mange à merveille, il a de l'embonpoint, il végète parfaitement. Modeste n'a que deux ans et demi; il a de l'intelligence, ses fonctions organiques se font bien.

Chez tous deux l'ossification fort avancée, et la soudure des os du crâne, doivent être évidemment un obstacle insurmontable à l'extension des dimensions du crâne. En effet, chez Vessier le volume de la tête n'a pas augmenté depuis six ans; chez Modeste, elle commence aussi à être stationnaire, puisque depuis un an elle a à peine augmenté d'un centimètre. Le mal paraît donc avoir acquis son summum d'accroissement, et rester stationnaire, et l'état général de ces malades porterait à faire supposer qu'ils sont accoutumés à cette existence précaire, qui peut se prolonger un temps indéterminé.

Aussi, quoique j'aie l'espérance de donner un jour le complément de ces observations, qui sont incomplètes aujourd'hui, et que j'aie la promesse des parents de les examiner après leur mort, il serait fort possible que cet examen intéressant ne pût pas se faire de longtemps.

Quant aux secours que la thérapeutique peut donner à de telles affections, nous sommes forcés d'avouer son impuissance.

Aurait-on pu prévenir son développement?

Aurait-on un moyen d'assurer son état stationnaire?

Que doit-on penser de la ponction dans ces circonstances?

Ce sont des questions dont je serais bien aise d'avoir la solution.

OBSERVATION

SUR UN CAS D'ABERRATION DANS LA SENSATION DES COULEURS,

Lue à la Société de médecine de Paris; par le docteur
BOYS DE LOURY.

Imprimée par décision de la Société

La sensation que les couleurs font éprouver ne paraît pas être la même pour chaque personne. Mettant à part le goût ou la mode, qui font que l'on préfère telle ou telle couleur pour les vêtements, les tentures et le mobilier, ce qui d'ailleurs, d'après les travaux de M. Chevreul, se rap-

porterait encore plutôt aux lois physiques qui gouvernent la lumière, et imposent dans la nature, et par suite dans les arts, les couleurs appelées complémentaires, on est obligé de reconnaître que les couleurs font éprouver sur la vue des sensations entièrement individuelles, et, mieux encore, qu'il est des personnes insensibles à certaines nuances, et même à certaines couleurs.]

Beaucoup de personnes ne peuvent fixer quelque temps un corps d'un blanc éclatant sans éprouver au moins de la fatigue dans les yeux ; on en voit d'autres qui, soumises à cette épreuve, y restent insensibles. Nous verrons dans la suite de ce travail la différence qui se manifeste lors de cette expérience dans la vision de la personne qui fait l'objet de cette observation.

On sait l'effet que produit sur beaucoup d'animaux la vue d'un corps rouge éclatant ; on l'a quelquefois attribué, mal à propos, je pense, au souvenir qu'elle allume chez eux de la couleur du sang. D'une part, cette couleur éclatante ne rappelle pas celle du sang ; et une meilleur raison, il me semble, c'est qu'elle éveille la fureur chez des quadrupèdes herbivores, et que même des oiseaux granivores y sont également sensibles. Ce n'est donc pas au souvenir qu'elle rappellerait, mais bien plutôt à l'action vive qu'elle produit sur la vue, qu'il faut attribuer l'espèce de délire qu'on observe sur certains animaux à l'aspect de cette couleur. D'ailleurs, presque tout le monde éprouve en fixant l'écarlate une sensation pénible, qui, pour les uns, n'est qu'une fatigue dans les yeux, et pour les autres une douleur qui suit le trajet des nerfs frontaux, une espèce de serrement sur le front qui peut persister encore quelque temps après qu'on a regardé cette couleur. Quel-

ques personnes le peuvent impunément, d'autres le font sans fatigue et avec plaisir; nous verrons jusqu'où peut s'étendre cette aberration. Mais, avant de parler de ces anomalies, qui n'a remarqué qu'il y a une différence individuelle entre les sensations produites par les couleurs? que l'assortiment de couleurs qui choque complètement des artistes ou des personnes qui s'occupent d'ornementation, ne semble, pour beaucoup de monde, produire nul mauvais effet? Et puisque je viens de nommer les artistes, il me semble que la peinture est ce qu'il y a de plus propre pour démontrer que la sensation de la vue est toute différente chez chaque individu. En effet, les tableaux des peintres les plus habiles sont empreints d'une couleur générale, d'une nuance qui y domine toujours, et qu'on est convenu de nommer ton, dans le langage des arts. Ce ton devient tellement inhérent à leurs œuvres, qu'il en devient comme le cachet; si bien qu'en voyant seulement un coin d'un tableau, on ne peut manquer de nommer son auteur. Comment se fait-il qu'il y ait dans tout l'ensemble de ces tableaux une couleur généralement répandue, un ton qui les individualise? On peut concevoir qu'un paysagiste donne constamment à toutes les vues qu'il représente une certaine teinte, violette, par exemple; on peut attribuer à une prédilection particulière de l'artiste ce ton laqueux que revêt souvent la nature; mais qu'un autre représente la campagne la plus chaude et la plus animée par un ton grisâtre, il faut que ce peintre soit privé de la perception des tons vigoureux. Dans un autre ordre de peinture, cette différence se fait encore mieux comprendre. Voyez représenter par les peintres du premier ordre le portrait d'un même personnage : tous ces portraits se ressemblent

sous le rapport des traits et des formes, mais nul ne présentera le même coloris, et souvent aucun d'eux ne se rapportera aux teintes que vous attribuez vous-même au modèle. Il est bien certain ici qu'on n'a plus à alléguer la couleur de convention, puisqu'en voulant imiter ou même embellir le teint de la personne, des artistes tombent dans le faux, donnant constamment, soit un coloris de jeunesse à tous leurs modèles, ou couvrant d'un ton valétudinaire les traits d'une jeune fille pleine de santé, et même employant des tons bistres, violets ou verdâtres, qu'on ne rencontre jamais. Si des hommes dont la principale étude est d'examiner et d'imiter les couleurs de la nature s'en approchent si rarement, qu'en sera-t-il pour les personnes qui n'y sont pas exercées ? Il ne faut donc pas croire que ce soit seulement à un manque de goût que certaines personnes doivent leur indifférence aux beautés d'un site, à un défaut d'exercice, la difficulté que d'autres éprouvent à faire la différence de nuances ou de couleurs qu'elles ont devant les yeux ; c'est qu'il faut reconnaître qu'il y a pour la vue comme pour les sons des organes imparfaits, pas plus capables de sentir la différence des nuances que d'autres de saisir l'harmonie, qui sont privés de la perception du prisme comme les autres le sont des ondes sonores. L'observation qui va suivre vient à l'appui de la proposition que j'avance.

M. H*** était destiné dans sa jeunesse à succéder à son père dans une entreprise de teinture de draps. Il suivit cette profession pendant plusieurs années ; mais il se vit forcé d'y renoncer, non pas qu'il fût incapable, non pas parce que les connaissances chimiques et manufacturières lui faisaient faute, mais, dit-il, parce qu'il ne put jamais

parvenir à assortir les nuances, ce qui était la base de son état. Nous allons voir si M. H*** ne se flatte pas encore lorsqu'il pense reconnaître les couleurs, et ne manquer que de la faculté de distinguer les nuances.

Je lui présente un paquet d'étoffes de couleurs et de nuances toutes différentes. Une belle couleur orange très-éclatante est simplement jaune pour lui ; pour lui, le vert-pomme est encore jaune ; il ne trouve qu'une légère différence de nuance avec la couleur qui précède. Un peloton de soie chinée orange et marron est un jaune plus foncé, sans distinction des deux couleurs qui se confondent. Pour lui la couleur de l'abricot est également jaune.

Le lilas est bleu, le violet le plus foncé est toujours pour lui le gris, il n'est pas bien certain que ce soit bleu ou lilas ; mais c'est dans cette couleur grise qu'il saisit le mieux les nuances.

Quant aux couleurs ponceau, garance et vermillon, aucune différence entre elles : elles sont toutes d'un ton violet qui peut se confondre avec le bleu ; mais le rose est constamment un blanc sale.

Une belle couleur brune est pour lui complètement noire ; enfin, à la première vue, le carmin le plus éclatant est un bleu foncé ; pourtant, avec plus d'attention, il juge que c'est un violet.

La chambre dans laquelle je me trouve avec M. H*** est tendue d'un papier parsemé de bouquets composés de roses, de bluets, d'une giroflée jaune et de mauves lilas, le tout entremêlé de feuillages. Les bluets lui paraissent lilas, les mauves deviennent roses, la giroflée reste dans son ton jaune ; pour les roses, elles se confondent avec le feuillage,

dont il est sûr de la nuance, parce que, dit-il, on ne peindrait pas des feuilles autrement qu'en vert.

On sait qu'en regardant pendant quelque temps un corps blanc vivement éclairé, et reposant ensuite la vue sur un autre corps blanc, éclairé seulement par la lumière diffuse, on voit d'abord paraître une tache jaune de même forme que le premier corps; puis une nuance verte envahit les bords de cette tache pour gagner ensuite le centre, est remplacée par le rouge qui suit la même marche, et enfin par l'indigo; la succession de ces couleurs est invariable, elle se présente toujours dans le même ordre, il n'y a de différence que dans la durée des images, qui varie suivant l'impression plus ou moins vive sur l'organe de la vue. On sait aussi qu'en substituant au corps blanc que l'on regarde, un corps extrêmement coloré, cela n'a aucune influence sur la succession des couleurs, elles se présentent dans le même ordre; cette impression se passe donc dans l'organe visuel. M. H*** a bien voulu se soumettre en ma présence à cette expérience, et, comme je m'y attendais, le résultat ne devait pas être semblable à celui que tout le monde éprouve. En effet, si la couleur jaune s'est présentée la première, M. H*** n'a distingué ensuite qu'un jaune orangé qui s'est emparé de la circonférence pour envahir le centre, puis il n'y a plus eu qu'une succession de bleu qui a passé par des nuances de plus en plus foncées et a semblé se terminer par le violet. Ainsi, chez M. H***, il y a manque, dans cette succession de couleurs, du vert et du rouge; on peut donc conclure que pour lui, le prisme ou l'arc en ciel ne présente pas ces deux couleurs.

Le docteur Szokalski a, dans un mémoire publié en 1841, rassemblé un assez grand nombre de faits, dont plusieurs

étaient déjà imprimés dans plusieurs revues périodiques, qui se rapportent à la même anomalie, et qui paraissent plus extraordinaires. Ainsi, pour plusieurs sujets, le rouge se confond toujours avec le bleu ou le vert. Un jeune homme ne s'aperçut pas de son infirmité jusqu'à l'âge de sept ans. Il trouve un bas rouge et parcourt son village en demandant à qui il appartient : on s'étonne qu'il ne le reconnaisse pas, il n'y a qu'une seule personne qui possède des bas rouges, il ne peut s'expliquer comment on peut les reconnaître; pour lui ils sont bleus. Il ne distingue pas de loin les cerises sur un arbre, elles se confondent avec le feuillage, il ne les reconnaît que de près, par leur forme. Comme M. H***, il est obligé de renoncer à l'état de teinturier. Plusieurs personnes sont obligées d'abandonner celui de tailleur ou de marchand de draps, mettant aux habits des pièces d'étoffes d'une couleur tout à fait tranchée. Un autre, se trouvant dans une plaine dans laquelle beaucoup de monde était assemblé pour une fête, la pluie étant survenue, et tous les parapluies se déployant, il lui semblait, disait-il, voir un azur développé sur la terre, il voyait alors deux ciels; or les parapluies étaient rouges. Cette personne connaissait son infirmité, elle craignait si bien ses méprises, qu'elle osait rarement se prononcer sur une couleur, avant de l'avoir entendu nommer. Le chimiste Dulton avait la même infirmité, dont il a rendu compte dans les Transactions philosophiques; lui aussi avait tenté par l'éducation, de rectifier l'erreur de sa vision. Il y avait si bien réussi, qu'il était obligé, pour faire la différence du vert avec le rouge, d'approcher un bâton de cire d'Espagne d'une feuille d'arbre, autrement ces deux couleurs se confondaient entièrement pour lui.

Le fait le plus surprenant est tiré des Transactions d'Edimbourg, c'est celui d'un homme pour lequel la sensation des couleurs était presque nulle. Tout était pour lui comme une gravure ou des bas-reliefs. Les joues d'un enfant, le coloris d'une pêche étaient du même ton que le sol. Le ciel, les arbres, tout se confondait dans une seule teinte grise, si bien qu'il commettait des erreurs continuelles, que pour les objets rapprochés il se servait du toucher, et comme l'aveugle né de Chéselden, il aurait pu demander quel était le trompeur ou du sens de la vue, ou de celui du toucher. Cet homme, qui ne pouvait comprendre les objets que par leurs formes était dégoûté de la vie, à cause des sensations dont on lui parlait et dont il ne pouvait se rendre compte.

Cette aberration à laquelle M. Szokalski a imposé le nom un peu trop composé d'acromatopseudopsie, a été divisée par lui en plusieurs classes. Dans la première, il y a comme chez l'individu dont je viens de parler, manque presque absolu de perception des couleurs, il ne reste guère que le blanc et le noir. Le jaune qui peut se distinguer forme une seconde démarcation; une troisième classe reconnaît le rouge et le bleu; enfin une dernière, que l'auteur croit très-nombreuse, peut distinguer le blanc, le jaune, le rouge, le bleu et le noir; seulement la combinaison de ces couleurs donne naissance à des nuances qui sont plus ou moins perceptibles pour les sujets de cette catégorie.

L'iris de M. H*** est bleu clair, se confondant au centre avec des taches jaunâtres, c'est ce que l'on a observé le plus ordinairement chez les personnes atteintes de cette affection; il partage également avec elles la propriété de distinguer mieux les objets à une lumière diffuse, au crépuscule du soir qu'au grand jour. Enfin, chez M. H***, il

paraît être le seul de sa famille qui présente cette anomalie. M. Szokalski regarde cette affection comme héréditaire; le frère de Daltoy avait la même infirmité que lui; l'auteur cite une famille qui remonte à trois générations, et dans laquelle tous les membres, jusqu'aux cousins, en sont affectés à des degrés variables.

Où aller chercher la cause d'une pareille affection, qui est presque toujours congéniale? quels sont les tissus qui en sont cause? Faut-il se contenter d'observer la coloration de l'iris? Faut-il l'attribuer à un défaut de structure du nerf optique ou de la rétine? C'est à cette dernière conjecture que je m'arrêterai. En effet, si l'anatomie pathologique n'est pas encore venue en aide à l'observateur dans une pareille affection, et s'il est très-possible qu'elle ne lui soit jamais d'aucun secours, on peut au moins penser que c'est à l'atrophie de cet organe, état peut-être inappréciable à nos sens, qu'est due cette aberration de la sensation des couleurs. Si on compare notre vue avec celle des animaux chasseurs et des oiseaux à long vol, on verra qu'il y a autant de différence avec la nôtre dans leur portée, qu'il y en a dans le déploiement de leur rétine. Pour ne m'arrêter qu'aux animaux que j'ai cités en dernier lieu, quelle analogie y a-t-il entre notre rétine et la leur, non-seulement l'idée pour multiplier les surfaces des cônes lumineux qui s'y réfléchissent, mais ployée un certain nombre de fois sur elle-même, si bien que son épaisseur apparente peut égaler plusieurs fois son épaisseur réelle, sans pour cela perdre de sa transparence? Aussi est-ce à cette organisation que l'aigle doit de pouvoir s'élancer du haut des airs sur une proie que la meilleure vue de l'homme confondrait avec le

sol. Un fait chirurgical, peut-être unique, terminera ces réflexions.

Un homme fut blessé par une balle de pistolet, qui, passant sous le menton, traversa la bouche sans toucher la langue, fracassa le palais et le plancher de l'orbite; cet homme, après les suites de cette douloureuse blessure, guérit. La rétine s'est trouvée complètement paralysée, excepté dans un petit point où elle conserve de la sensibilité pour la lumière. Quand le malade veut regarder de cet œil, il le tourne jusqu'à ce qu'il trouve l'objet qu'il cherche, mais il méconnaît les couleurs; en lui présentant une palette de porcelaine chargée de couleurs, il lui semble que ce sont autant de trous, si bien qu'il les confond avec le véritable trou de la palette; il paraît impossible dans ce fait de ne pas reconnaître l'action de la rétine dans la sensation des couleurs.

QUELQUES REMARQUES

SUR LA MARCHÉ

DE LA BLENNORRHAGIE CHEZ LES FEMMES.

DE LA TRANSMISSION DE L'INFLAMMATION UTÉRINE AU PÉRITONÉ PAR LES TROMPES, ET DE LA STÉRILITÉ QUI EN RÉSULTE ;

Par le docteur L. AUG. MERCIER.

On lit dans le dernier numéro de la *Revue Médicale*, p. 11, que d'après M. Gibert, le meat urinaire est, chez la femme, le lieu d'élection de la blennorrhagie; que la va-

ginite est rare et que l'écoulement qui se fait, dans ces cas, par les organes de la génération, tire sa source de l'utérus. Je me propose de faire quelques remarques sur ces diverses propositions; mais auparavant je vais rapporter une observation que j'ai déjà eu occasion de consigner ailleurs (1).

O***, âgée de 19 ans, couturière, entra à la Charité, le 1^{er} avril, salle saint Joseph, n° 5. Cette jeune fille habitait Paris depuis trois ans, et, quoique se nourrissant habituellement mal, elle paraissait cependant assez forte et pléthorique; elle avait été menstruée le 8 mars.

Depuis le 25 de ce mois, elle avait été en proie à des phénomènes assez semblables, d'après les rapports qu'elle nous fit, aux prodromes d'une fièvre typhoïde.

Le 1^{er} avril, elle éprouva dans l'abdomen une sensibilité tellement vive, qu'elle ne pouvait supporter le poids de ses couvertures. C'est ce qui la décida à entrer sur le champ à l'hôpital.

Examinée le lendemain, elle nous dit attribuer sa maladie aux fatigues du carnaval. Elle n'éprouvait rien du côté de la tête; seulement elle eut une légère épistaxis en se mouchant. Langue rouge, surtout à la pointe, soif vive, anorexie; épigastre et hypochondres indolores; l'hypogastre est au contraire très-douloureux à la pression, moins cependant à gauche qu'à droite; quatre selles pendant la nuit. Point de renitance des viscères abdominaux; un peu de toux qui retentit dans l'abdomen; 112 pulsations régulières, dures, pleines; chaleur sèche. Sentiment de fai-

(1) Mémoire sur la péritonite considérée comme cause de stérilité chez la femme. *Gaz. méd.*, 15 sept. 1838.

blesse très-prononcé : (40 sangsues à la région iléo-cœcale, limonade citrique ; diète ; cataplasmes sur le ventre).

Les jours suivants, il y eut une amélioration manifeste, et les phénomènes graves se dissipèrent presque complètement. Alors cette fille me dit qu'elle avait une blennorrhagie qui la faisait beaucoup souffrir. Elle me raconta même qu'elle avait plusieurs amants, que c'était l'objet de ses prédilections qui lui avait fait ce funeste présent. Plusieurs fois elle me pria d'y porter remède ; mais comme nous avions craint une maladie beaucoup plus grave, comme les crachats venant du pharynx étaient toujours mêlés de sang noirâtre, nous négligeâmes la blennorrhagie.

En effet, le 10 avril, elle retomba dans un abattement très-marqué. Empreinte de stupeur sur la face.

Le 12, taches lenticulaires ; ventre météorisé, douloureux ; langue sèche ; diarrhée, etc., enfin tous les symptômes de la fièvre typhoïde la plus grave se manifestèrent.

Le 20, des eschares larges comme la main existaient déjà au sacrum. Délire continu, tremblement des membres.

Le 1^{er} mai, caillots de sang rendus par l'anus.

Le 2, mort.

AUTOPSIE. Rien dans la poitrine et la tête qui puisse nous intéresser ici.

Dans le canal digestif, il existe environ soixante ulcérations à différents degrés, et variant depuis le diamètre d'une tête d'épingle jusqu'à l'étendue d'un pouce et demi. Le rectum offre des rougeurs et des arborisations nombreuses.

A un ou deux pouces de l'an us, se trouvent des ulcérations superficielles, noirâtres, d'une à deux lignes de diamètre.

Organes génito-urinaires. Face interne des grandes lèvres rouge et boursouflée, à gauche surtout; elles sont excoriées çà et là. Les nymphes sont recouvertes de granulations serrées, de la grosseur de petites têtes d'épingles. La vessie, très-petite, contient un peu d'urine puriforme. Sa membrane interne est rosée, surtout aux environs des uretères et de l'orifice uréthral. La partie inférieure de l'urèthre, jusqu'à trois lignes environ, offre une teinte rouge uniforme, très-foncée. Plus haut, ce canal ne présente plus que des taches rouges assez nombreuses.

Le vagin, depuis la vulve jusqu'à un pouce et demi de hauteur, a une teinte rouge extrêmement foncée. Dans cet endroit aussi, les rides transversales sont plus prononcées que de coutume, surtout en avant, où l'on voit de petites saillies serrées et semblables à de petites végétations. Plus haut, la teinte rouge est bien moins foncée.

Le col de l'utérus est un peu plus rouge que la partie du vagin qui l'entoure. Son ouverture, qui est une fente transversale assez large, indique que cette femme a été mère; nous sommes d'ailleurs confirmés dans cette opinion par les vergetures blanches, luisantes, nombreuses qui existent à la partie supérieure et antérieure des cuisses. Il n'en existe pas il est vrai sur l'abdomen; mais la souplesse et même la flaccidité de la partie supérieure indiquent qu'elle dut se prêter facilement à la distension.

La cavité du col a une couleur rouge, presque violette. Le tissu de la matrice n'est pas enflammé, mais sa membrane muqueuse est d'une couleur lie de vin très-foncée. L'inflammation se continue dans les trompes, qui ne sont pas oblitérées du côté de la matrice. La cavité de ces diverses parties contient un mucus puriforme assez abondant. On n'y trouve point d'ulcération.

Péritoine. Dans toute l'étendue de l'abdomen, excepté dans le petit bassin, le péritoine est parfaitement sain. Les intestins ne nous ont pas présenté la moindre perforation; d'ailleurs le péritoine, à leur surface, n'offrait aucune altération. Mais dans le cul-de-sac vésico-utérin, en bas de la face postérieure de la vessie et sur la face antérieure de la matrice, existaient des fausses-membranes rougeâtres, molles, granuleuses, minces et faciles à détacher. Dans le cul-de-sac utéro-rectal, le péritoine est également enflammé, livide çà et là, et recouvert d'adhérences filamenteuses qui s'étendent de la matrice au rectum. Des adhérences, filamenteuses également, recouvrent les ligaments larges, les ovaires et les trompes, à tel point qu'on ne peut retrouver les franges de la gauche qui est ainsi oblitérée. Malgré les adhérences nombreuses qui environnent le pavillon droit, sa cavité communique encore avec le péritoine (1).

Revenons-en maintenant aux propositions de M. Gibert.

Il dit, en premier lieu, que le méat urinaire est le siège

(1) Cette pièce a été présentée à la Société anatomique (V. *Bulletins* pour 1818, p. 131).

d'élection de la blennorrhagie chez la femme, et que sur 116 cas qu'il a observés à l'hôpital de l'Oursine, il a constamment remarqué, dans les premières semaines de la maladie, une suppuration catarrhale de l'urèthre.

Si M. Gibert s'en était tenu là, je n'aurais rien à dire, et le fait qui précède n'a rien qui milite contre cette proposition ; mais il ajoute que la vaginite est rare ; que sur plusieurs centaines de femmes qu'il a examinées au spéculum, c'est à peine s'il a rencontré cinq ou six fois un écoulement vaginal bien prononcé.

Je ne me suis jamais trouvé sur un aussi grand théâtre d'observation, et je ne voudrais certainement pas opposer mon expérience à la sienne. Mais d'autres aussi ont eu de nombreuses occasions d'étudier la blennorrhagie chez la femme, et l'ont souvent rencontrée dans le vagin. M. Ricord, par exemple, après avoir dit que la fréquence de la blennorrhagie uréthrale l'avait étonné et qu'il l'avait rencontrée huit fois au moins sur douze, ajoute : « Dans la majorité des cas, l'affection du vagin l'emportait sur celle de l'urèthre (1). » M. E. Delmas, de Montpellier, en disant que ses observations sur le siège de la blennorrhagie, chez la femme, s'accordent assez avec celles de M. Ricord, qu'au lieu seulement de porter le chiffre des blennorrhagies uréthrales aux deux tiers, il a de la peine à le porter à un cinquième, veut dire sans doute que, dans la grande majorité des cas, l'inflammation occupait le vagin (1). M. Durand-Fardel, qui observait dans le même hôpital

(1) Sur l'emploi du spéculum chez les femmes affectées de maladies vénériennes, etc., *Mem. de l'Acad. de méd.*, T. II, et *Gaz. méd.*, 1833, p. 33.

(2) *Gaz. méd.*, 1833, p. 293.

que M. Gibert, n'a-t-il pas dit n'avoir jamais rencontré d'urétrite sans écoulement vulvaire ou vaginal, tandis qu'il avait fort souvent observé ces derniers sans urétrite (1)? Faut-il admettre que ces auteurs ont mal examiné leurs malades? Mais ils disent aussi l'avoir fait au spéculum; M. Ricord, en particulier, dit avoir trouvé la muqueuse du vagin rouge dans toute son étendue, présentant quelquefois des plaques saillantes de rougeur fort tranchée, et d'autres fois une foule de papules rougeâtres. Il n'avait même vu, à l'époque où son mémoire fut publié, que deux cas d'urétrite sans inflammation du vagin. Comment donc expliquer des résultats si différents de ceux de M. Gibert?

Dans les cas que j'ai observés, il m'a toujours semblé que l'inflammation débutait par la muqueuse vulvaire; les malades y éprouvaient une démangeaison incommode qu'augmentaient et la marche et surtout l'introduction d'un tube à injection. Ordinairement alors les petites lèvres étaient rouges, tuméfiées, et leur état pouvait très-bien rendre compte des douleurs que les malades ressentait, dans un certain nombre de cas, en urinant. Au bout d'un temps variable, mais ordinairement très-court, l'inflammation s'étendait aux canaux aboutissants, l'urèthre et le vagin. Je n'ai pas remarqué si elle gagnait l'urèthre plus rapidement et d'une manière plus intense (et cela se pouvait à cause de l'urine qui le traverse à chaque instant); mais ce dont je doute c'est qu'elle débute par lui, c'est qu'elle y reste presque toujours bornée.

(1) De la blennorrhagie chez la femme (*Journ. des conn. médico-chir.*, juillet 1840, p. 5).

M. Gibert dit qu'il a observé ses malades dès les *premières semaines* de la maladie; mais il ne dit pas s'il les a visitées dès les *premiers jours*, et j'en doute, lorsque je considère que les femmes qui se font traiter à l'Oursine, n'étant pas sous la surveillance de la police (les prostituées sont envoyées à Saint-Lazare), ne doivent se rendre à l'hôpital que lorsqu'elles y sont forcées par la violence et surtout par la persistance de la maladie.

Or, il me semble que lorsqu'on examine une malade un temps assez long après le début de l'inflammation blennorrhagique, plusieurs causes d'erreur peuvent se présenter.

1° L'étroitesse de l'orifice de l'urèthre fait que la matière de l'écoulement y séjourne en certaine quantité; la largeur du vagin permet au contraire à cette matière de s'écouler à mesure qu'elle est produite. On pourra donc presque toujours en exprimer une certaine quantité du premier canal, tandis qu'il pourra très-souvent arriver qu'on n'en rencontre point dans le second.

2° Il se pourrait que la vaginite eût déjà considérablement diminué, et que l'urétrite eût encore son intensité première, par la raison que l'urèthre donne passage à un liquide irritant, l'urine; que la matière âcre qu'il secrète y séjourne et qu'il ne se prête pas, comme le vagin, aux injections que les femmes ne manquent presque jamais de se faire en pareil cas.

Mais, supposons que la vaginite existe encore à un certain degré d'intensité, ne pourrait-il pas encore y avoir matière à erreur? C'est ce que nous allons examiner.

Il est bien certain que si notre examen était parfait, les signes de la maladie ne pourraient nous échapper; mais il

est rare que, soit par une raison, soit par une autre, nous n'ayons pas un peu de précipitation à nous reprocher. Or nous allons voir comment il se pourrait que des traces d'inflammation pussent nous échapper.

La blennorrhagie, chez l'homme, débute ordinairement par le méat urinaire, et s'étend ensuite plus profondément. Si elle est arrêtée dans sa marche avant d'avoir envahi les parties les plus reculées du canal, elle abandonne d'abord celles qu'elle avait envahies en dernier lieu, se circonscrit à celles par lesquelles elle avait débuté, et finit par disparaître; mais, a-t-elle gagné jusqu'au col de la vessie avant d'avoir atteint sa période de déclin, alors les choses ne se passent pas tout à fait comme je viens de le dire. L'inflammation du col de la vessie et des parties voisines du canal est très-tenace, soit en raison de leurs fonctions, soit en raison de leur structure, et surtout de la présence de la glande prostatique. On voit donc très-souvent alors l'inflammation disparaître dans les parties moyennes du canal, tandis qu'elle persiste à ses deux extrémités. On a pu faire une remarque analogue dans l'urèthre de la femme qui fait l'objet de l'observation précédente.

Mais ce qu'on a pu remarquer aussi, c'est que les organes génitaux présentent une circonstance absolument semblable. L'inflammation occupe l'entrée du vagin et toute la muqueuse utérine, tandis qu'on n'en trouve que peu de traces dans les parties intermédiaires.

Or maintenant je suppose qu'on ait examiné cette femme au spéculum. On avait d'abord constaté l'état morbide du col utérin et la sécrétion catarrhale dont il était le siège; puis, en retirant l'instrument, on avait vu que tout autour

du col, et même beaucoup plus bas, la muqueuse vaginale avait ses apparences à peu près naturelles. N'est-il pas à craindre, je le demande, que, n'étant pas prévenu, on n'eût pas pris toutes les précautions nécessaires pour s'assurer si les parties inférieures du vagin étaient plus malades que les supérieures?

M. Gibert, toutes les fois qu'il a eu recours au spéculum comme moyen d'exploration, a observé, en même temps que l'écoulement urétral, un écoulement utérin plus ou moins abondant qui persiste assez longtemps après la cessation du premier, et qui peut se transmettre par contagion. Il faut convenir qu'il y aurait quelque chose d'assez singulier dans cette sorte d'immunité du vagin, qui, plus exposé que toute autre partie à la cause infectante, resterait sain entre deux organes malades, l'urèthre et l'utérus.

Ce que j'ai vu me semble au contraire si bien rendre compte des phénomènes, que je suis porté à croire qu'il en est de même dans la plupart des cas. Je crois donc, sauf un nouvel examen, que l'inflammation blennorrhagique débute le plus souvent, chez les femmes, par la vulve; que de là elle s'étend, d'une part à l'urèthre, et de l'autre au vagin et à l'utérus; qu'au bout d'un certain temps la vaginite diminue ou même disparaît, et que c'est alors qu'il ne reste plus que l'inflammation de l'urèthre et de l'utérus. Ce que M. Gibert a décrit me semble donc très-exact; je crains seulement qu'il n'ait pas observé la première période de la maladie.

— Autre remarque sur l'observation précédente.

Je viens de faire voir que l'inflammation blennorrhagique suit dans le vagin et l'utérus une marche assez analogue à celle qu'elle suit dans l'urèthre de l'homme. Il devait être

1843. *Novembre*. T. III.

23

assez naturel de croire, que, de même que l'inflammation de la région prostatique s'étend souvent aux testicules par les conduits spermatiques, de même celle de la muqueuse utérine doit pouvoir se transmettre au péritoine par les trompes. Et cependant, à en juger par ce qui a été écrit, on ne paraît pas même y avoir songé ; bien plus, lorsque j'eus annoncé et démontré la possibilité de cette transmission, mon opinion ne souleva que des doutes.

Ainsi M. Durand-Fardel a prétendu que, dans le cas précédent, la péritonite n'a été qu'une coïncidence, se basant sur ce que, selon lui, la blennorrhagie, lorsqu'elle atteint l'utérus, demeure ordinairement bornée au col de cet organe, et parce que, dans le cas en question, le vagin n'était enflammé qu'à sa partie inférieure.

Or, la première proposition de M. Durand-Fardel n'est qu'à l'état d'assertion ; car il ne dit pas comment il s'est assuré que l'inflammation du col n'avait jamais atteint le corps de l'utérus, ce qui me semble, du reste, assez difficile à constater. Remarquons, en effet, qu'il ne s'agit pas d'une inflammation du parenchyme qui augmenterait le volume de l'organe et rendrait celui-ci plus sensible à la pression, mais seulement d'une inflammation érythémateuse de la membrane interne.

La seconde preuve invoquée par M. Durand-Fardel se trouve détruite par les observations même de M. Gibert ; car, que l'utérine blennorrhagique soit primitive ou consécutive, si on la rencontre souvent sans trace de vaginite, je ne vois pas pourquoi on ne l'admettrait pas dans un cas où la partie inférieure du vagin était encore fortement enflammée.

D'ailleurs nous avons constaté, *de visu*, que l'inflammation n'était pas bornée à la muqueuse du col, qu'elle occu-

pait d'une manière très-marquée celle du corps de l'utérus, et s'étendait même jusque dans les trompes. D'un autre côté, la péritonite était parfaitement limitée aux environs de la matrice ; le tissu de celle-ci était sain, et rien, ni dans la vessie ni dans les intestins, ne paraissait avoir été le point de départ de l'inflammation de la séreuse. Ajoutons que la consistance même des fausses membranes, plus grande, ainsi que je l'ai fait remarquer dans mon mémoire, aux environs des pavillons que dans tout autre point, indiquait évidemment que c'était par eux que la péritonite avait débuté, et qu'elle résultait d'une transmission de l'inflammation de la muqueuse utérine au péritoine par les trompes.

Il n'est pas rare d'ailleurs de trouver des traces d'inflammation bien plus exactement bornées aux pavillons, et ceux-ci présentant *tous deux*, chez la même femme, des fausses membranes sans qu'il y en ait dans les parties intermédiaires. Il est même si commun de les voir simplement oblitérés, que Plazzoni et Marchetti accusèrent Fallope de s'être trompé en annonçant que les cornes de la matrice s'ouvrent dans le péritoine (1). Or, ce serait une étrange coïncidence que cette oblitération des deux pavillons par un même travail morbide, si ce travail n'avait eu un point de départ commun. J'ai cité, dans mon mémoire, le cas d'une femme de quarante ans, morte d'affection cérébrale, et dont les trompes, oblitérées à leur extrémité, présentèrent une cicatrice à l'endroit des franges qui avaient disparu. « Ces trompes paraissaient un peu dila-

(1) Plazzoni : *De partibus generationi dicatis*, 1621. — Marchetti : *Anatomia*, 1652.

tées, et contenaient une matière crèmeuse, blanche, semblable à du pus. *Quelques adhérences anciennes*, lâches et peu nombreuses, réunissaient l'extrémité péritonéale de la trompe droite aux organes voisins. Il y avait dans l'épaisseur de la paroi antérieure de la matrice un polype fibreux du volume d'un petit œuf de poule. Quant au tissu de l'organe, il était blanc, fibreux et nullement enflammé; sa membrane interne était rougeâtre et tapissée d'une matière puriforme très-légèrement teinte de sang. » Peut-on douter que l'oblitération des trompes n'ait été l'effet d'une inflammation, et que cette inflammation elle-même n'ait eu son point de départ dans la matrice? Cet organe contenait un polype; sa muqueuse était rougeâtre et tapissée d'une matière puro-sanguinolente; elle était, en un mot, le siège d'une inflammation, et, selon moi, toute inflammation de cette membrane peut se transmettre au péritoine par les trompes, et détermine, au point où la muqueuse des organes génitaux se continue avec la séreuse de l'abdomen, la production de fausses membranes. S'il en résulte une oblitération des deux pavillons, la stérilité en est le résultat nécessaire, et, si ces fausses membranes se bornaient à faire adhérer les fragments aux parties voisines, à les empêcher de s'incliner vers l'ovaire pour recevoir le germe, peut-être pourrait-il en résulter une grossesse extra-utérine.

Je pourrais parler ici de plusieurs femmes chez lesquelles j'ai cru saisir l'époque de cette propagation de l'inflammation blennorrhagique au péritoine (*voy.* les symptômes présentés le 10 avril par le sujet de notre observation); mais les autopsies offrent seules, en pareil cas, un degré de certitude véritablement irréfragable. Je

ne m'étendrai donc pas davantage sur ce sujet. Cependant j'ai trouvé dans l'immortel ouvrage de Morgagni certains faits qui viennent tellement à l'appui de mon opinion, que je ne puis résister au désir d'en dire quelques mots.

Chez une *filie publique* morte subitement d'un épanchement de sang dans le péricarde pendant qu'elle se livrait aux manœuvres de sa profession, il trouva l'une des trompes *adhérente* par son extrémité à l'ovaire correspondant. Toutes deux étaient entièrement *oblitérées*, de telle sorte qu'on ne voyait ni orifice ni franges (1).

Chez une autre *filie publique* morte d'une inflammation de poitrine et présentant les cicatrices de nombreux bubons, chacune des trompes, quoiqu'ayant son orifice libre, était *adhérente* à l'ovaire voisin (2).

Chez une femme qu'il regardait comme affectée d'une *maladie vénérienne ancienne*, l'une des trompes était *réduite à un cordon ligamenteux* (3).

Comment se fait-il que Morgagni n'ait pas même songé à rechercher la cause de ces altérations?

(1) *Epist.* xxiv, art. 13.

(2) *Epist.* xlviii, art. 32.

(3) *Epist.* lxix, art. 16.

DE L'OPHTHALMIE DES ARMÉES,
ET SURTOUT
DE L'OPHTHALMIE RÉGNANTE EN BELGIQUE ;

PAR LE DOCTEUR CAFFE,

Ancien chef de la clinique ophthalmologique de l'Hôtel-Dieu de Paris, etc.

(Rapport fait à l'Institut historique de France ; par le docteur JOSAT,
membre de la 3^e classe de l'Institut historique de France).

Que le titre ne vous effraie pas, lecteurs ; l'auteur a traité ce sujet de telle sorte, que nous pourrions vous rendre compte de son travail sans sortir des réglemens qui dirigent nos travaux habituels. Dans une maladie dont il avait surtout à rechercher l'origine et la cause, M. Caffé a senti la nécessité de donner à ses recherches une base historique. Et tout d'abord, déchargeons-nous du reproche le plus sérieux peut-être qu'il y ait à faire au travail de M. Caffé, en disant qu'il eût dû faire sur l'Égypte, pays dont il fait partir, avec raison, la contagion ophthalmique, un travail d'histoire et de géographie analogue à celui qu'il a fait pour la Belgique. Nous tâcherons d'y suppléer en son lieu.

L'ophthalmie des armées, que nous nommerons de préférence blennorrhée oculaire, comme le veut avec raison notre auteur, est une maladie qui a son siège dans le plus précieux de nos sens, je veux dire l'organe de la vue ; la membrane qui tapisse la face interne des paupières et le globe oculaire commence par s'enflammer légèrement ;

puis viennent successivement l'injection, le boursoufflement, le ramollissement de cette membrane, qui ne tarde pas à se recouvrir de granulations, avec sécrétion d'un liquide séreux qui devient plus tard mucoso-purulent, et enfin purulent.

Cette inflammation spécifique a souvent une marche si rapide que, dans l'espace de quelques heures, la cornée se ramollit, se perfore; les humeurs s'échappent de la coque oculaire, et l'œil (quelquefois les deux) est fondu, pour employer l'expression de M. Velpeau. Dans les cas moins graves, il s'établit sur la cornée des ulcérations qui donnent naissance aux taies, à l'albugo, au leucoma, etc.

Dans les cas moins graves encore, il y a persistance de l'injection de la membrane palpébro-oculaire dont nous avons parlé; les granulations continuent à faire saillies; leur sécrétion moins abondante est aussi moins maligne; la cornée se couvre d'un nébulum, et la vue reste incomplète.

Toutes ces variétés, qui sont bien plutôt des degrés d'un même mal que des maladies différentes, trouvent leur raison dans une même cause primitive, sévissant avec plus ou moins d'intensité; dans des causes secondaires, variables à l'infini, et enfin dans les idiosyncrasies individuelles. Mais il fallait classer toutes ces variétés, ne fût-ce que pour en faciliter l'étude, sans parler des besoins de la science et du profit pour la pratique. M. Caffé distingue donc des ophthalmies purulentes et d'autres non purulentes, qui sont indolentes, chroniques ou aiguës. Mais, comme il le fait judicieusement remarquer, toutes ces espèces de blennorrhées ophthalmiques n'offrent aucune régularité dans leur marche, et elles parcourent le plus

souvent leurs périodes en un temps si court, qu'on peut dire qu'elles se confondent. Quoi qu'il en soit, nous devons sûrement à cette marche, aussi logique qu'elle est habile, le tableau si complet à la fois et si brillant que l'auteur a fait de l'ophthalmie des armées. Il n'est donné qu'à un observateur d'une grande probité scientifique de recueillir autant de matériaux si rigoureusement exacts, et à l'écrivain distingué de les rassembler avec une aussi noble simplicité.

La mission confiée à notre collègue avait un but tout pratique : le ministre voulait surtout se précautionner contre un fléau qui décime l'armée d'un peuple voisin. M. Caffé a donc dû en rechercher la cause, et subsidiairement l'origine.

Le monde médical, en Belgique, se divise, relativement à la maladie qui nous occupe, en médecins contagionistes et en ceux qui repoussent la contagion comme cause de l'ophthalmie des armées. Les anti-contagionistes, qu'on nomme aussi compressionnistes, on verra pourquoi, attribuent l'épidémie à un grand nombre de causes qu'ils supposent agir, sinon toutes en même temps, au moins en nombre assez grand pour se prêter un mutuel appui. Ce sont : l'action irritante sur les paupières des molécules de la craie ou sous-carbonate de chaux qui sert aux soldats à nettoyer leurs buffleteries, la qualité et la quantité des aliments, l'abus des spiritueux, la coupe trop fréquente des cheveux, la brusque suppression de la transpiration cutanée, l'intempérie de l'air et des saisons, les fumigations d'une certaine espèce employées en Belgique contre les affections psoriques et syphilitiques, la compression du pourtour cervical

par un col dur et le collet de l'habit agraffé verticalement, la *compression* du front par un schako résistant et lourd, qui, gênant le retour du sang par les veines jugulaires, produit une congestion sanguine dans les vaisseaux capillaires de la conjonctive. Cette cause, la compression, acquiert une importance toute particulière lorsqu'on sait que l'ophtalmie n'affecte généralement qu'une seule classe de la société, soumise tout entière aux mêmes modificateurs hygiéniques. Pour ajouter autant qu'ils peuvent de la valeur à la compression, ses partisans font observer que les soldats d'infanterie sont presque exclusivement la proie de l'épidémie ophtalmique, accablés qu'ils sont sous un poids d'au moins 70 livres, ce qui n'a pas lieu dans les autres corps de l'armée. Ils vont jusqu'à appeler, à l'appui de leur opinion, l'exemple des chevaux de trait, qui perdent plus souvent la vue que ceux employés à d'autres services; celui des chiens vivant à l'attache et forçant incessamment sur leur collier, qui n'ont jamais les yeux sains et perdent la vue de bonne heure. Ils continuent en disant que le plus grand nombre d'ophtalmies se déclarent après la fatigue des exercices, après des marches forcées faites avec tout le poids de l'équipement, après la garde descendante, après une nuit passée sur le lit de camp. Ils ajoutent que la compression du col et de la zone de la tête occasionne des lésions du système nerveux ganglionnaire, qui réagit à son tour sur la circulation capillaire entièrement sous son influence. Enfin, ils n'oublient pas de mentionner la nostalgie, à laquelle n'échappent guère des jeunes gens arrachés du sein de leur famille dès l'âge de dix-huit ans, tandis qu'en France et dans les pays méridionaux, où le développement de l'homme est plus hâtif et le caractère

plus gai, les levées militaires ne se font qu'à vingt ans. Dans cet état de l'esprit et du cœur, les yeux, qui en sont le reflet, sont tristes, abattus, larmoyants, et se trouvent dans des conditions de vitalité qui doivent moins résister à l'influence des autres causes de l'ophthalmie et lui permettre ainsi de sévir sur de grandes masses. Ce qui paraîtra au moins extraordinaire, les anti-contagionistes s'élèvent de toutes leurs forces contre l'encombrement des militaires dans des chambres peu élevées et ventilées, faisant partie de casernes mal assises et souvent fort humides. C'est là une contradiction que les compressionistes tourneraient plutôt qu'ils n'éviteraient, en disant qu'ils reconnaissent une influence miasmatique capable, dans certains cas, d'agir comme cause déterminante. Cette influence miasmatique, en effet, n'est que la contagion médiate des contagionistes, et notre infection vive ou morte, dont nous avons longuement parlé dans un autre travail (*voyez la 84^e livraison des Ann. d'oculistique*). Les médecins belges contagionistes n'admettent, comme cause primitive de l'ophthalmie des armées, que la contagion médiate ou immédiate, ce qui, ramené à distinction (*voyez id.*), veut dire que pour eux la maladie naît, soit de la contagion proprement dite, soit de l'infection organique ou vive, soit de l'infection inorganique ou morte. Sans s'arrêter au raisonnement qui ne convertit jamais que les repentis, ils s'adressent hardiment à l'expérience, ce grand maître de toutes les vérités pratiques. Pour prouver, en premier lieu, que la maladie est due à la contagion proprement dite, ils prennent sur des hommes malades le produit de la sécrétion morbide, l'inoculent, ainsi que l'a fait M. Décondé, sur des chiens, et il se développe chez ces animaux

une maladie identique à celle des hommes. L'inoculation pratiquée sur des chats, des cochons d'Inde, a constamment donné lieu à la suppuration et à la destruction des yeux. Le chevalier de Kirkoff a inoculé le pus ophthalmique sur une cornée opaque humaine, et celle-ci est entrée en suppuration. C'est pourquoi rien n'est mieux prouvé, selon les contagionistes, que la transmission immédiate de la maladie au moyen des linges, des doigts, d'instruments, de liquides, etc., qui deviennent véhicules d'un virus morbifère en s'imprégnant de la sécrétion qui le contient.

Quant à l'infection vive ou morte, il n'y avait qu'à recueillir les faits malheureusement trop nombreux qui s'accomplissent tant au sein de l'armée que dans le peuple. Ainsi plusieurs soldats couchent dans une même chambre close, non ventilée: un seul, la veille, était atteint de l'affection, et le lendemain les deux tiers ont déjà contracté la maladie. Le 25 janvier 1834, il n'y avait pas un seul cas de blennorrhophtalmie dans la garnison de Namur; ce même jour, deux malades entrent à l'hôpital, et depuis lors le nombre a sans cesse augmenté. En mars de la même année, le 1^{er} régiment de lanciers, en garnison à Malines, fournit à l'hôpital plusieurs malades, tandis que les escadrons en cantonnement en sont exempts. Ce n'est pas sur l'armée seulement que sévit le fléau, il attaque encore tous ceux que l'infection saisit dans des circonstances favorables à son action. Ainsi un soldat ophthalmique sort de l'hôpital de Bruxelles sans être guéri, et rentre au sein de sa famille: son père, sa mère, ses frères, ses sœurs, sont bientôt atteints, et perdent la vue pour la plupart. Les cas analogues sont nombreux et authentiques. « Ajoutons que

« c'est presque constamment le matin en s'éveillant, au
« sortir de la chambre ou à la garde descendante, que les
« soldats accusent d'ordinaire l'invasion de l'ophthalmie.
« Dans le principe, les hôpitaux, qui devaient être des
« lieux de salut, contribuèrent davantage à propager l'épi-
« démie; des individus qui s'y trouvaient traités pour une
« affection étrangère à l'œil ne tardèrent pas à être infec-
« tés. La même chose s'observait pour ceux qui arrivaient
« à l'hôpital avec une ophthalmie légère; elle prenait ra-
« pidement un caractère des plus graves. Les choses se
« passèrent ainsi pendant plusieurs années, et ce fut à tel
« point que les soldats redoutaient d'entrer à l'hôpital, et
« qu'ils dissimulaient avec habileté les premiers symptô-
« mes de l'ophthalmie. »

Cependant les compressionnistes et les contagionistes, fermes chacun dans leur camp respectif, se renvoient les arguments destinés à faire brèche à l'un et à l'autre système.

1° L'usage du carbonate de chaux, disent les contagionistes à leurs adversaires, n'est point employé dans tous les régiments de l'infanterie belge, et les régiments autrichiens s'en servent tous sans inconvénient aucun; on vous a d'ailleurs satisfait en prohibant cette substance. En est-il résulté quelque amélioration?

2° On vous a accordé tout ce que vous avez conclu quant à la nourriture, dont vous faisiez une cause de la maladie. Encore une fois, quelle amélioration avez-vous obtenue?

3° Vous parlez de la nostalgie; mais le soldat belge n'est jamais éloigné que de quelques lieues de son village; il vit au milieu de ses compatriotes. La Belgique est sans montagnes, et la nostalgie est un mal presque inconnu des ha-

bitants de la plaine. Le Suisse, le Savoyard, l'Écossais, l'Auvergnat, y sont surtout exposés lorsqu'ils sont enlevés pour la première fois au village qui les vit naître.

4° Nous ne dirons qu'un mot en réponse à votre assertion que l'ophtalmie vient de l'emploi des substances dirigées contre la syphilis et les maladies de la peau. Avez-vous vu jamais régner épidémiquement la maladie qui nous occupe, dans les hôpitaux où l'on traite la syphilis et les maladies cutanées ?

5° Et pour en venir enfin à la question principale, la compression sur la tête et le col par le schako et l'uniforme, les faits vont vous répondre. Ne vous a-t-on pas accordé toutes les réformes que vous avez indiquées ? On a fait faire les manœuvres sans havresac, en bonnet de police ; on a fait monter les gardes sans l'attirail ordinaire ; il a été imposé au soldat de se débarrasser de son col, de sa cravate, à sa rentrée au corps-de-garde ; la coupe des habits a été changée ; on a fait une échancrure triangulaire à la partie antérieure du collet de l'habit et de la capote. Tout ce que vous avez demandé à cet égard vous a été accordé. Quels ont été les résultats ? Nuls, vous le savez. Ne pouviez-vous pas le prévoir quand vous n'ignoriez pas que l'armée française n'avait jamais été affligée de l'épidémie ophtalmique, quoique avant 1830 les soldats de ce pays portassent un uniforme absolument semblable à celui que vous faisiez réformer ? D'ailleurs, avant votre réforme, tous les régiments de même arme étaient uniformément équipés, et quelques-uns seulement affligés par la maladie. Enfin l'ophtalmie est si rare dans la cavalerie et les corps d'élite, que l'on est allé (quoiqu'à tort) jusqu'à soutenir

qu'ils en sont exempts, et cependant la compression est sensiblement la même.

Beaucoup moins empressés de répondre que de récriminer, les compressionistes reprochent aux contagionistes l'inexactitude de leurs expériences. Mackezy et ses disciples inoculent, à diverses époques et en des lieux différents, le produit de la sécrétion purulente à tous les degrés de la marche inflammatoire, et n'obtiennent aucun résultat. Les chats, les chiens, les cabiais, les hommes même, assez courageux pour se prêter à ces dangereux essais, n'en reçoivent aucune atteinte ; et en outre, si la cause du mal est dans la contagion et l'infection, pourquoi se montre-t-il si rare, et d'ordinaire si bénin, parmi les habitants des villes et des villages, malgré leur contact presque incessant avec les militaires ?

Cependant le fléau poursuivait sa marche, portant le défi à l'un comme à l'autre camp, en frappant jusqu'à 6,000 victimes dans une armée de 50,000 hommes ; il laissait les traces de ses coups, en ravissant aux uns un œil seulement, à d'autres les deux à la fois. Le gouvernement belge fait alors un appel à la science des plus célèbres praticiens d'Allemagne. Ils arrivent, prennent rang parmi les compressionistes ou les contagionistes, se jettent dans la discussion qu'ils enveniment en y mêlant un air de rivalités nationales, et s'en retournent laissant les esprits plus divisés que jamais, et la maladie aussi cruellement épidémique que jamais. Et pourtant il suffisait à tous ces hommes, d'opinion et de pays divers, de se rapprocher pour l'étouffer. Chaque camp était en possession de quelques éléments de salut qui, en se joignant aux éléments que recélait le camp opposé, eussent infailliblement amené le terme des

maux. Oui, sans aucun doute, l'usage des schakos trop lourds, un col dur et un collet d'habit agrafé verticalement, le mode de nutrition des soldats, l'abus des spiritueux, la coupe trop fréquente des cheveux, la brusque suppression de la transpiration cutanée, l'intempérie de l'air et des saisons, le carbonate de chaux, le tripoli, la nostalgie, l'encombrement dans des casernes malsaines, ont une valeur comme causes de l'ophtalmie des armées; mais cette valeur n'est point absolue, et sous leur influence isolée l'épidémie ne surgirait certainement point. La contagion elle-même et l'infection organique et inorganique, malgré tout ce qu'elles possèdent de valeur intrinsèque, resteront impuissantes au sein des conditions atmosphériques et hygiéniques qui leur seront opposées, ou contre les idiosyncrasies rebelles, ou lorsqu'elles manqueront elles-mêmes de l'énergie nécessaire. Mais que l'*élément principe*, si je puis ainsi parler, que le virus, pour employer un mot sans signification, mais reçu, naisse au milieu de toutes les circonstances qui lui sont favorables, s'attaque, dans l'âge de sa fécondité, à l'homme prédisposé à recevoir sa funeste influence, et inévitablement une ville, un royaume, le monde entier peut-être sera ravagé par un de ces fléaux que l'on nommera peste, lèpre, choléra, scorbut, typhus, fièvre, ophtalmie, etc., le nom y fait peu.

C'est après une observation longtemps suivie sur le théâtre même de la maladie que M. Caffé, convaincu que l'ophtalmie belge naît de la contagion et de l'infection favorisées par toutes les circonstances que les compressionnistes signalaient comme autant de causes principales, a posé les principes d'un traitement prophylactique qui dé-

1843. Novembre. T. III.

truirait bientôt, chez nos voisins, le fléau qui décime les armées.

Notre collègue met en première ligne « la dissémination des malades, le bivouac en rase campagne dans la direction d'un air sec et frais. Ce moyen avait déjà été employé avec un remarquable succès par le docteur Lepage, qui raconte ainsi son observation : Le 4^e régim. d'inf. partit de Louvain le 5 mai 1839, à 10 heures du matin, pour se rendre au camp de Diest, où il arriva extrêmement fatigué, vers quatre heures de l'après midi. Les soldats furent logés dans des baraques proportionnellement trop petites. Dès le lendemain, l'ophthalmie se déclara avec la plus grande violence, devint purulente et revêtit tous les caractères de l'ophthalmie dite d'Egypte. Elle se propagea avec une telle rapidité, que, dans l'espace de 4 à 5 jours, 5 à 600 hommes du régiment en furent atteints. M. Lepage demanda et obtint la dissémination des hommes du régiment. Les plus malades sont dirigés sur l'hôpital de Diest. On réunit ceux qui l'étaient moins dans l'infirmerie du camp. Aussitôt les baraques sont aérées; à l'hôpital les lits sont espacés, et le résultat de cette habile et soudaine détermination fut d'arrêter la marche de la maladie et de procurer la guérison des malades.

M. Caffé propose ensuite l'éloignement absolu des rangs de l'armée de tout individu affecté, quelle que soit l'époque, récente ou non, de l'invasion de la maladie, quelle que soit la légèreté du symptôme, fût-il même à l'état de prodrôme. Une visite, renouvelée deux fois dans un jour par des médecins experts, constaterait l'état sanitaire de tous les hommes de chaque compagnie; ceux qu'on éloignerait seraient rangés en deux catégories, les

uns considérés en état de suspicion, et les autres comme réellement infectés; ils seraient dirigés sur des dépôts qui réuniraient toutes les conditions hygiéniques en rapport avec chacune de ces catégories, qui, pardessus tout, ne pourraient pas communiquer ensemble. Les soldats ne sortiraient de ces dépôts, dont quelques-uns existent déjà, que pour passer encore, pendant un certain temps, dans des compagnies d'attente préposées elles-mêmes à la garde des citadelles et des places fortes; et ce n'est qu'après ce triple contrôle que ces hommes pourraient être enfin réintégrés dans leurs corps respectifs.

« Et que l'on ne vienne pas m'objecter, ajoute M. Caffé, la perturbation que toutes ces mesures apporteraient dans les cadres de l'armée, les surcharges qu'elles feraient peser sur le budget de l'État. L'État n'est-il pas autrement grevé par les pensions de réforme qu'il est obligé de payer à des militaires devenus aveugles, et dont les bras restent inutiles pour l'agriculture? Les charges de l'État ne sont-elles pas augmentées davantage par le séjour permanent dans les hôpitaux, depuis 1815, d'un nombre immense de soldats dont le service serait sous les drapeaux? Le prix de la journée d'un homme à l'hôpital est au moins des deux tiers plus élevé que le prix de la journée passée au régiment. »

Plein de confiance dans les mesures qu'il propose, notre collègue ne craint pas d'annoncer la fin de l'épidémie après un an ou 18 mois, si on les exécute scrupuleusement; car, dit-il, « la blennorrhée ophthalmique persiste en Belgique par cela seul qu'elle y existe; elle s'alimente dans son propre foyer, et il n'est pas douteux qu'en l'éloignant tout entier et tout à coup, on ne parvint à éloigner

1843. Novembre. T. III.

24

de ces riches et industrieuses contrées un fléau qui peut , d'un moment à l'autre , franchir la frontière de France , épargnée jusqu'à présent par un de ces hasards heureux que la science ne saurait expliquer et encore moins produire.

Et qu'on ne croie pas que ce soit là une de ces théories bâties dans le cabinet à grand renfort de livres , de mémoire et d'imagination ! M. Caffé a vu , observé les malades ; il s'est fixé au milieu d'eux , les a traités , les a vu traiter d'après toutes les méthodes ; il s'est entretenu avec les médecins du pays ; il a visité non-seulement toutes les villes de la Belgique où il y avait garnison , hôpitaux , campements ou dépôts militaires , mais encore la Hollande , les villes de la confédération germanique , toute la Prusse rhénane , et , ce qui ajoute un grand prix aux mesures de salubrité qu'il propose , c'est qu'elles reposent sur des connaissances historiques et topographiques scrupuleusement exactes. Le climat , la population , les ressources industrielles et commerciales , les accidents de terrain , la nature du sol , ses produits , tout a de la valeur pour le médecin qui se propose de remonter à la cause d'un mal épidémique et d'en combattre les effets. Elles conduisent ici à cette conséquence évidente , que la Belgique nourrit des habitants trop nombreux sur une surface trop limitée , sans montagnes élevées , sans accidents de terrain , sans fleuve d'un cours rapide , avec un climat partout le même , une population souterraine , vivant enfouie dans les mines ou dans des ateliers toujours plus ou moins insalubres. En effet , si toutes ces circonstances ne suffisent pas pour donner naissance à une épidémie comme celle dont nous traitons , elles doivent singulièrement contribuer à la propa-

ger, à l'aggraver, ou à la rendre interminable. L'expérience ne l'a que trop prouvé, puisque, sur une armée de 50,000 hommes, le nombre des ophthalmies, depuis 1814, a été de plus de 100,000. On peut se faire une idée du nombre d'hommes que cette cruelle maladie prive entièrement de la vue, en consultant le précieux travail sur les aveugles du docteur Julius, qui nous apprend qu'en Belgique il y a un aveugle sur 1000 individus, tandis qu'en Prusse et en France il n'y en a qu'un sur 1650.

Occupons-nous maintenant de rechercher l'origine de l'ophthalmie militaire. En tête de cette recherche doit figurer un fait capital : c'est que cette maladie s'est montrée pour la première fois en Belgique en 1814. Il n'y a pas de difficulté à cet égard ; il ne peut y en avoir. Cela posé, il faut admettre ou que l'ophthalmie a levé et est née spontanément, est née d'emblée (comme dirait notre collègue M. Ricord) en Belgique, ou qu'elle y a été importée. La première proposition ne pourrait être soutenue qu'aux dépens de la vérité des faits et du témoignage des médecins du pays. Il est en effet bien reconnu en Belgique qu'il ne s'est jamais présenté d'ophthalmie spécifique contagieuse dans l'armée avant qu'on formât à Gand, en 1814, le 7^e bataillon de ligne. Or, les vieux militaires qui constituaient le noyau de ce bataillon, avaient contracté dans l'armée française une inflammation contagieuse des yeux que beaucoup portaient encore. Il en résulta que l'ophthalmie se communiqua bientôt à un grand nombre de soldats. Ce bataillon n'a pas cessé d'avoir le funeste privilège, qu'il conserve encore aujourd'hui, de promener et répandre partout où il passe la contagion qui le désole depuis bientôt trente ans.

L'ophthalmie militaire, tout le monde en convient, a donc été importée de l'armée française dans l'armée belge. Il est en effet incontestable que ce fléau a désolé notre milice pendant plusieurs années. Il nous reste donc, par conséquent, à rechercher l'origine de l'ophthalmie militaire française, que nous venons de laisser donnant le jour à l'ophthalmie belge.

Il y a entre la Méditerranée, le golfe Arabique, la Nubie et la vieille Lybie, une contrée qui, de temps immémorial, paraît avoir eu la triste prérogative d'enfanter les fléaux qui ont désolé le monde. L'air de l'Égypte, puisqu'il faut la nommer, est chargé de particules salines (1), dont l'extrême ténuité, les propriétés corrosives et la putridité miasmatique disposent l'organe de la vue à se phlogoser à l'action de la réverbération que Monge décrit sous le nom de mirage, et qui résulte de la réflexion des rayons du soleil sur le sable alumineux qui couvre les vastes plaines de ce pays. Les yeux se trouvant dans ces conditions, surviennent ces bouffées étouffantes du vent du sud, que les Arabes ont surnommé *sémoun* ou poison, et qui est le *samiel* des Turcs. Les voyageurs comparent l'impression que son souffle fait éprouver, à celle qu'on reçoit de la bouche d'un four quand on retire le pain. Le *samiel* serait mortel s'il était continu. Sa propriété dessiccative est telle, que l'eau d'arrosement a à peine touché le

(1) Le sel est si abondant que, partout où l'on creuse, on trouve de l'eau saumâtre contenant un sel marin, du natron et un peu de nitre. Lorsqu'on inonde les jardins pour les arroser, on voit, après l'absorption et l'évaporation de l'eau, le sel effleurir à la surface de la terre. Le natron se forme en abondance dans les lacs, et on ramasse le sel tout formé le long de la côte et dans l'intérieur de l'isthme de Suez.

(Encyclopédie moderne, tome II.)

sol qu'elle est évaporée. Il flétrit et dépouille les plantes, crispe la peau, et en obstrue les pores en donnant lieu à un état d'anxiété fébrile que rien ne peut dominer.

Avec de pareilles conditions météoriques, atmosphériques et terrestres, l'ophtalmie a été et doit être encore endémique en Egypte. Qu'elle le soit de nos jours, cela est plus que démontré par ces milliers de borgnes, d'aveugles et d'ophtalmiques qui font le désespoir de l'administration si éclairée et si philanthropique du pacha actuel.

Pour démontrer que l'ophtalmie a régné endémiquement en Egypte de temps immémorial et sans interruption, il suffirait de faire remarquer, avec Paul Assalini, qu'une maladie dont la naissance, la prorogation et la persistance tiennent essentiellement à des conditions atmosphériques et topographiques inhérentes à une localité, doit y avoir régné dès l'époque la plus éloignée. Ce cas est rigoureusement applicable à l'Egypte. Ces transitions brusques du froid piquant de la nuit à la chaleur excessive du jour qui suit, ces vastes plaines renvoyant à l'œil qui les affronte des rayons qui l'éblouissent, cette poussière caustique qui l'irrite et qui l'enflamme, ces émanations putrides d'un fleuve qui semble avoir la mission désolante de féconder un règne au détriment de l'autre, ces vents qui confondent et transportent tous ces éléments morbides, sont des conditions du pays que ses habitants, indigènes ou étrangers, doivent subir, j'ose le dire, nécessairement. L'histoire le dit suffisamment; Cyrus envoie en Egypte une députation pour obtenir du roi Damasias un oculiste habile (Hérodote). Cambyse, assez imprudent pour s'aventurer à travers les sables d'un désert brûlant, n revient avec une armée désolée par ses nombreux ma-

lades, ses borgnes et ses aveugles. Artaxercès-Memnon n'échappa point à l'épidémie. Plus sage que lui, Cyrus le jeune, lorsqu'il alla faire la conquête de l'Égypte, ne négligea point de donner à son armée les meilleurs oculistes de la Grèce. Les rudes Macédoniens, qui avaient déjà conquis l'Asie, vinrent à leur tour se faire décimer par une épidémie dont les ravages croissants les effrayèrent au point de les porter à braver pour la première fois l'autorité d'Alexandre. Les soldats romains redoutaient le climat d'Égypte, surtout à cause de la propriété qu'ils lui reconnaissaient d'attaquer les yeux. L'histoire me fait défaut ici jusqu'à saint Louis; mais je trouve à cette époque un fait qui n'est rien moins qu'un monument. Louis IX, ramenant aux Quinze-Vingts les aveugles de l'expédition d'Égypte, atteste péremptoirement l'existence de l'ophtalmie (*voir* Hérodote, Diodore de Sicile, Xénophon, Justin, Quinte-Curce, Rollin, etc.). C'est au même foyer de contagion que sont allés puiser le même mal d'autres soldats français, six cents ans plus tard, sous la conduite du moderne Alexandre, qui n'y a pas laissé, comme lui, une ville pour publier son nom. En effet, avant l'expédition d'Égypte conduite par Bonaparte, il n'avait jamais été question d'ophtalmie épidémique parmi les troupes françaises depuis saint Louis. Aussi cette affection fut-elle considérée comme une maladie nouvelle causée par les nouvelles conditions climatiques dans lesquelles les Français se trouvaient (docteur Decondé, *Annales d'oculistique*). A peine débarqués en Égypte, l'ophtalmie s'attaqua aux divers corps avec tant d'intensité, que celui de Desaix compta à El-Laoum, dans le Daoum, jusqu'à 800 ophtalmiques, tous menacés d'une cécité complète; Desaix lui-même fail-

lit perdre la vue dans de cruelles douleurs (Larrey et Saintine). L'armée eut à souffrir de la maladie pendant toute la durée de l'occupation : elle parut un moment vouloir s'éteindre ; mais voilà que tout à coup, quand on la croyait à sa fin, elle se réveille avec une fureur nouvelle, multiplie ses victimes comme à son début, et ne cède enfin qu'à une dysenterie grave et persistante qui opéra ici une salutaire révulsion. Cette recrudescence de l'ophthalmie eut lieu en 1801, lorsque les Français, pour s'opposer à la descente des Anglais, campèrent sur les bords du lac Madich, alors inondés (Larrey, *Relat. hist. et chir. de l'expéd. de l'armée d'Orient en Egypte et en Syrie*). La capitulation eut lieu en octobre 1801 ; l'armée française évacua l'Egypte, et rentra en France par Marseille et Toulon. Mais reprenons cette armée à son départ de l'Egypte, et suivons-la partout où elle se dispersera, pour ne pas perdre de vue avec elle l'ophthalmie qu'elle emporte.

De toute la flotte française partie pour l'Egypte sous les ordres de l'amiral Brueix, il ne resta, après la bataille d'Aboukir, que le *Guillaume Tell* et le *Genéreux*, avec les frégates la *Justice* et la *Diane*, qui filèrent vers Malte, sous Villeneuve, pour s'y mettre sous la protection du fort de cet îlot. Une partie de la flotte fut brûlée, détruite ou conduite en trophée en Sicile par Nelson (Saintine, *Histoire scientif. et milit.*, t. 1^{er}, p. 298) ; une foule de petits bâtiments restèrent avec Gantheaume et Porée éloignés du champ de bataille d'Aboukir, et échappèrent aux conséquences de cette affaire ; mais presque tous furent pris par les Anglais. L'avisos *l'Anémone* se rendit (juillet 1799) au commodore Hood, qui stationnait dans le Nil, et l'avisos la *Tauride* fut pris à l'abordage un mois après. La frégate la

Sensible, ayant reçu l'ordre de rentrer en France après la prise de Malte, ayant à son bord le général Baraguay-d'Hilliers, ne parvint qu'à la hauteur de la Sicile, où elle fut capturée par les Anglais. En 1800, peu après le départ de Bonaparte pour la France, le transport l'*Amérika*, qui emmenait en France Junot, Rigel, Lallemand et autres, fut également capturé, et Smith s'empara du convoi maritime envoyé de Damiette à Saint-Jean-d'Acre. Un bâtiment, ayant à bord 150 estropiés ou aveugles, fut dirigé sur la France, accompagné par trois chirurgiens qui avaient en partie perdu l'organe de la vue. Poussés sur les côtes de Sicile à Augusta, ils y furent tous impitoyablement égorgés. Un petit transport ayant à bord Dolomica et les généraux Dumas, Cordier, Mascourt, débarqua dans le Golfe de Tarente; tous y furent emprisonnés pendant longtemps. L'escadre qui, sous les ordres de Gantheaume, trompa la vigilance des croisières anglaises et débarqua Napoléon à Fréjus, en 1800; le *Lodi*, qui partit avec le général Leclercq pour l'expédition de Saint-Domingue; quelques petits bâtiments qui furent jetés sur les côtes d'Italie, les frégates qui furent livrées aux Anglais lors de la capitulation d'Alexandrie, composaient le reste de cette belle flotte française, partie deux ans avant avec César et sa fortune. S'il en resta encore quelques débris, ils disparurent à Trafalgar en 1805, et à Cadix en 1808. Ce n'est donc point évidemment la flotte française qui aura pu importer en France l'ophthalmie d'Égypte, puisque cette flotte a été détruite en Orient même, et que ses débris sont allés périr de la fièvre jaune dans les mers des Antilles. Prenons maintenant l'armée de terre, et suivons-la à son tour.

Rappelons-nous que l'ophthalmie, après avoir perdu prodigieusement de son intensité première, avait repris, plus grave et plus cruelle, aux environs du lac Madieh, pour disparaître de nouveau en grande partie devant une dysenterie scorbutique qui sévit avec une sorte de préférence sur les hommes aux hôpitaux, les blessés et les ophthalmiques. Lorsque l'armée s'embarqua pour la France sur la flottille de l'amiral anglais Keisk, elle ne comptait pas moins de 1338 malades, non compris les blessés et les invalides; quatorze vaisseaux-hôpitaux les débarquèrent tous à Marseille. — Les troupes revenues d'Egypte un an avant, et débarquées à Fréjus avec Bonaparte, comptaient dans leurs rangs une petite division, dite *hussards d'Argento*, qui avait été attaquée de l'ophthalmie en Egypte, et n'en était pas encore guérie au moment du débarquement. Une partie de ces hussards furent incorporés dans le corps des Mamelucks, et dirigés avec eux sur Melun, où bientôt le mal se développa avec une grande violence et se propagea aux nouvelles recrues. Pendant ce temps, le corps des dromadaires-cavaliers et les 6,000 hommes de la garnison du Caire, sous les ordres de Belliard, rentraient en France sur des transports anglais, et Samuel Cooper, passant par Marseille, en 1802, y vit, dit-il, beaucoup de soldats français atteints d'ophthalmie, qu'ils avaient rapportée d'Egypte. (Samuel Cooper, *Dict. de Chirur.*, t. II, art. *Ophthalmie*, p. 214.) Revenons sur nos pas.

Les malades du premier transport anglais, après la capitulation d'Alexandrie, les hussards d'Argento, la garnison du Caire, avec leurs nombreux ophthalmiques éparpillés dans toute l'Europe, ont infecté la France, l'Italie,

la Hollande, l'Allemagne et la Belgique. La Belgique reste seule aujourd'hui en possession de ce funeste présent des vainqueurs du Mont-Thabor aux légions de la grande armée. Telle est l'origine de l'ophthalmie belge, qui, comme on le voit, ne serait qu'un rameau encore vivant d'une branche étendue sur l'Europe par l'ophthalmie égyptienne, aussi ancienne elle-même que son Nil, ses déserts sablonneux et ses vents *semoun* (poison).

Mais il reste une difficulté dont je suis loin de nier la gravité et de décliner la solution. Comment admettre l'origine égyptienne d'une maladie commune, dans ses débuts, à toutes les contrées de l'Europe, et reléguée aujourd'hui dans une seule?

Je pourrais me contenter de répondre que l'ophthalmie belge est un fait que je crois avoir relié à un autre qui lui a donné naissance, et que, ne m'étant proposé que ce but, si je l'ai atteint, on n'a pas le droit de m'en demander davantage. Mais j'aborde sans crainte la difficulté.

Il n'y a point de contagion ni d'infection absolue. Cette proposition moyenne entre les contraires soutenue par les contagionistes et leurs adversaires éteint leur interminable querelle, en les mettant hors de combat les uns et les autres. En effet, s'il pouvait exister une contagion ou une infection absolue, il faudrait que tout ce qui a vie dans le lieu où règne une maladie contagieuse fût indistinctement frappé. Heureusement les choses ne se passent jamais ainsi. Mais lorsqu'un mal transmissible surgit ou est importé dans une localité, s'il trouve des hommes ou des animaux dont les conditions de santé, de constitution organique, d'âge, de sexe, d'alimentation, d'atmosphère, d'habitudes, etc., lui sont favorables, il les attaque avec

une sorte de choix, variant les résultats de ses coups autant que les nuances de prédispositions qu'il trouve dans ses victimes. Bien plus, cette espèce de préférence élective que la contagion a pour les individus, il est prouvé qu'elle l'accorde à certaines contrées du globe. Ainsi un pays, ou même un coin dans ce pays, offre au fléau, dans sa marche, toutes les circonstances propres à le faire vivre ; il s'y arrête et s'y fixe tant que ces circonstances restent les mêmes.

Passons à l'application.

L'ophthalmie égyptienne, importée en Europe, apparut presque simultanément en France, en Espagne, en Italie, en Allemagne, en Hollande et en Belgique. On s'en occupa peu ; car qu'est-ce qu'une centaine d'ophtalmiques parmi des milliers de mutilés que la mitraille laisse sur les champs de bataille ? Malgré l'espèce d'oubli dans lequel la chirurgie militaire laisse l'ophthalmie, les cas en deviennent de plus en plus rares. Voici pourquoi : « Si on en excepte les Mamelucks, qui restèrent réunis en un seul corps jusqu'à la fin de l'Empire, tous les régiments de l'armée d'Égypte furent dissous, et leurs hommes incorporés dans les régiments divers qui parcoururent l'Europe. Soumis à des marches incessantes, à des combats continuels, campés aujourd'hui dans un lieu, et cantonnés ailleurs le lendemain, leur séjour dans les casernes fut rare et jamais de longue durée. Or, il est prouvé que le changement d'air et l'absence de concentration des hommes dans un même local sont les deux circonstances les plus favorables pour combattre l'ophthalmie des armées. » La maladie a dû se réduire vraisemblablement aux cas existants, et les guerres continuelles moissonnant les soldats qui étaient restés malades, le nombre des ophtalmiques se restreignit prodigieusement.

gieusement, et c'est tout au plus si, en 1814 et 1815, les chirurgiens des armées ennemies en retrouvent quelques centaines dans ces phalanges innombrables qui encombraient Paris et couvraient la France.

Cependant le monde respirait enfin dans les fureurs civiles. La paix refoula bientôt dans leurs pays respectifs toutes ces légions, qui ne tardèrent pas à être licenciées. Mais la fatalité avait voulu qu'un bataillon, formé à Gand en 1814, recélât dans ses rangs des soldats qui avaient été affectés d'ophthalmie pendant qu'ils faisaient partie de l'armée française, et d'autres qui en étaient encore atteints. Ce foyer, primitivement bien circonscrit, rayonna bientôt sa funeste influence autour de lui d'abord, et plus tard sur toute l'armée belge. Nous avons déjà fait voir ailleurs que tout, dans ce pays, avait été favorable à l'expansion de la contagion et de l'infection.

Résumant donc tous ces développements à peine suffisants, malgré leur étendue, nous dirons : l'ophthalmie des armées, issue de l'ophthalmie qui, de temps immémorial, a régné en Égypte, après avoir affligé toutes les contrées de l'Europe, sans en excepter l'Angleterre, n'a persisté contagieuse et épidémique qu'en Belgique, où une circonstance tout-à-fait exceptionnelle l'a fait survivre à elle-même en 1814, pour s'y fixer depuis au sein de toutes les conditions favorables à son existence.

Je reviens enfin à M. Caffé, qui m'eût évité de le perdre de vue pendant aussi longtemps, s'il eût traité un sujet qui était le complément nécessaire de son travail. Mais c'est avec raison qu'il a donné la préférence à la thérapeutique et à la prophylaxie de cette affreuse maladie, et il a atteint ce double but avec un rare bonheur.

Il est consolant, à une époque travaillée comme la nôtre par l'égoïsme et l'amour de l'or, de rencontrer un homme instruit, recevant d'un ministre la mission gratuite d'aller étudier, chez un peuple voisin, le fléau qui le désole, pour lui communiquer les fruits de son travail, et de le voir revenir riche du bien qu'il a fait et des ressources capables, peut-être, d'éloigner de la patrie le mal qui afflige la frontière.

S'exprimer comme je le fais, c'est faire l'éloge du cœur et de l'esprit de notre collègue. M. Caffé appartient à l'élite de cette génération de jeunes médecins qui travaillent à retrémper leur profession dans les principes d'abnégation, de dévouement et de loyauté, dont la médecine française a fourni l'un des plus beaux modèles dans cet illustre Larrey, qui vient de recevoir le prix de ses vertus dans un monde meilleur, laissant dans celui-ci la réputation du plus honnête homme que Napoléon ait connu.

Voici les sources qui m'ont fourni les détails historiques consignés dans ce travail : Rollin, *Histoire des Egyptiens* ; — Xénophon, *Cyrop.* ; — Joinville, *Histoire de Saint-Louis* ; — Hérodote ; — Diodore de Sicile ; — les Mémoires sur l'Egypte ; — les ouvrages publiés par Champollion et Le-tronne ; — le général Jomini, *Histoire critique et militaire des guerres de la Révolution* ; Saintine, *Histoire scientifique et militaire de l'expédition d'Egypte* ; Larrey, *Relation historique et chirurgicale de l'expédition de l'armée d'Orient en Egypte et en Syrie* ; — Léonard Gallois, *Histoire de Napoléon* ; — *Annales d'oculistique*, publiées en Belgique ; — *Annales de la Société de médecine de Gand*, 1859, p. 146 ; — Samuel Cooper, *Dictionnaire de chirurgie* ; art. Ophthalmie ; — *Journal de Grecof*, p. 179 ; — *Histoire des mala-*

dies observées en 1812 à la grande armée et en Allemagne,
par de Kerckhove. Anvers, 1836.

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

ANALYSES D'OUVRAGES.

Traité analytique de la digestion; par M. Blondlot, professeur à l'Ecole-de-Médecine de Nancy, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc. (1 vol. in-8.)

Les physiologistes ont fait longtemps pour la digestion comme pour le reste de la science de l'homme : ils ont imaginé des théories avant de connaître les faits; dominés par la scolastique, qui enchaînant la pensée dans les mots, la détournait de la réalité, ils ont cherché la connaissance de la nature dans les textes des auteurs, au risque de fonder leur doctrine sur des interprétations erronées; c'est ainsi, sans doute, qu'une expression métaphorique des livres d'Hippocrate, prise au sens littéral, devint le germe de la théorie, si longtemps débattue, qui assimilait les phénomènes digestifs à une véritable *coction*. La chimie naissante formula des systèmes nouveaux: la digestion devint pour les uns une *fermentation*, pour les autres une *putréfaction*, et bientôt l'école iatro-mécanique la réduisit presque tout entière au phénomène de la *trituration*. Mais chaque progrès faisait apparaître l'insuffisance des théories, et la plupart des physiologistes arrivèrent à admettre l'existence d'un élément déjà aperçu par les *fermentateurs*, et négligé

depuis, c'est-à-dire d'un dissolvant particulier qu'on nomma *suc gastrique*. Cette idée, développée par Wepfer, Viridet et Vallisnieri, devint le principe d'une doctrine nouvelle, attaquée de nos jours par Montègre et par M. Schultz de Berlin, et qui néanmoins domine encore dans la plupart des écoles.

Malgré les innombrables écrits groupés autour de chacune de ses théories, malgré les recherches admirables de Réaumur et de Spallanzani, la connaissance des phénomènes digestifs n'était pas au niveau de la science moderne lorsque l'Académie des Sciences proposa pour sujet de concours l'étude physiologique et chimique de ces phénomènes. De cette époque (1825) date une ère nouvelle signalée par les ouvrages de Tiedmann et Gmelin, de MM. Leuret et Lassaigne, de MM. Prévost et Le Royer, des docteurs Schultz, William Beaumont, Prout, Eberlé, de MM. Sandras et Bouchardat, en sorte qu'il semblerait, après un tel ensemble de recherches, que la science dût être fixée. Il n'en est point ainsi. Cependant, et pour peu que l'on étudie cette partie de la physiologie, on reconnaît promptement, que non seulement il existe une discordance complète dans les vues générales des auteurs, mais qu'il est encore impossible de se prononcer sur une foule de faits particuliers.

Ce fâcheux état de la science, dans une aussi importante question, était digne de pousser un esprit sérieux à entreprendre une analyse nouvelle des phénomènes digestifs : et pour indiquer les points principaux sur lesquels devraient porter ses recherches, il suffit de citer les questions suivantes qui sont précisément celles que M. Blondlot s'est occupé de résoudre :

Le suc gastrique existe-t-il réellement, ou bien le liquide acide dont les aliments sont imprégnés pendant la digestion provient-il d'une altération subie dans l'estomac par la salive ou par les aliments eux-mêmes? En supposant son existence démontrée, ce suc est-il neutre, (Spallanzani), acide (Leuret et Lassaigne, Tiedmann et Gmelin); ou bien se coordonne-t-il relativement à son caractère acide ou alcalin avec la nature des aliments (Dumas de Montpellier, Chaussier)? Quel est l'acide libre qui y prédomine? Est-ce de l'acide acétique, de l'acide lactique, de l'acide chlorhydrique ou même de l'acide butyrique? Dans tous les cas n'agit-il qu'en dissolvant les aliments à l'aide des acides qu'il renferme, comme ferait un simple menstrue chimique (Tiedmann et Gmelin, Sandras et Bouchardat), ou bien constitue-t-il un fluide spécial? Dans cette dernière supposition, doit-il à quelque influence vitale l'énergie dont il est doué, ou doit-on attribuer sa vertu à quelque matière particulière, que l'on puisse isoler par l'analyse chimique, ou même produire artificiellement, etc. ?

Pour procéder avec méthode dans une étude aussi compliquée, M. Blondlot cherche d'abord à établir une classification des phénomènes digestifs. Il essaie de prouver, par des considérations anatomiques, que les substances ingérées dans l'intestin sont réellement en dehors de l'organisme et que, par conséquent, elles ne peuvent être modifiées que par les forces physiques et chimiques. « Aussi, dit-il, « bien que, d'une part, l'organisme fournisse les agents « qui l'effectuent, et que, de l'autre, l'entretien de la vie « en soit le but final, la digestion n'est point un acte essentiellement vital; la preuve en est qu'elle s'accomplit « dans des vases inertes. » M. Blondlot fait encore res-

sortir sa pensée à l'aide de la comparaison suivante : « On sait que la diastase jouit de la propriété singulière de convertir la fécule en sucre ; or, la diastase se produit pendant la germination de certaines graines ; ce principe est donc subordonné aux forces vitales, quant à sa formation ; car la germination est un phénomène éminemment vital ; cependant de ce que la diastase ait été produite par une action vitale, la saccharification de la fécule par la diastase n'en est pas moins une action purement chimique ; et bien que jusqu'à ce jour la manière d'agir de la diastase n'ait encore pu être dévoilée, il n'est venu à l'esprit de personne d'en faire un agent vital. »

D'après ces principes l'auteur ne voit dans la *digestion* qu'une opération physico-chimique dont les actes peuvent être divisés en deux catégories, les uns physiques, les autres chimiques.

La *mastication* et les *mouvements peristaltiques* de l'*intestin*, qui composent la première catégorie, ne sont pour M. Blondlot qu'une seule et même action, dont le mécanisme varie. Bien que la physiologie comparée fournisse des arguments à cette assimilation de deux phénomènes qui ont en effet le même but commun, il nous semble que la distinction doit être maintenue chez les animaux supérieurs et particulièrement chez l'homme.

Les phénomènes chimiques de la digestion ont été de la part de M. Blondlot, l'objet d'une étude plus approfondie : examinant d'abord les diverses altérations spontanées que sont capables de subir les substances alimentaires, il établit : 1^e que la *putréfaction* rendue impossible

par l'absence d'air et par la présence du suc gastrique dans les intestins, ne joue aucun rôle dans la digestion chez les animaux dépourvus de poches œsophagiennes, et que chez ceux qui en sont munis, cette espèce de décomposition ne se manifestant dans ces ventricules anormaux que d'une manière incomplète, et en quelque sorte accidentelle, ne saurait exercer qu'une influence insignifiante sur les altérations subséquentes des aliments; 2° que la *fermentation alcoolique* rendue impossible, par les mêmes causes, n'a jamais lieu non plus dans le tube digestif, comme l'a pensé M. Mitscherlich, malgré le mélange habituel qui s'y produit entre le sucre et les matières azotées les plus propres à susciter cette transformation; 3° qu'il en est de même de la *transformation acétique* qui nécessiterait une véritable oxydation de l'alcool, en sorte que M. Blondlot nie, contrairement à l'opinion de MM. Leuret et Lassaigne, et de la plupart des auteurs, que les boissons alcooliques soient susceptibles de s'acétifier dans l'estomac; 4° quant à la *transformation lactique*, qui n'exige pas l'intervention de l'air, et qui s'opère sans le moindre dégagement gazeux, l'auteur démontre par des expériences, qu'elle ne saurait s'effectuer dans l'estomac lui-même, du moins lorsque la digestion se fait régulièrement, mais que rien n'empêche qu'elle ne puisse avoir lieu accidentellement dans les portions des voies digestives qui précèdent ou qui suivent ce ventricule, lorsque les aliments contiennent un principe sucré; 5° enfin M. Blondlot démontre que les mêmes causes qui s'opposent à la fermentation alcoolique et putride dans l'estomac y rendent impossible la *transformation de la fécule en sucre*.

Après avoir ainsi prouvé qu'aucune de ces altérations

spontanées ne joue de rôle essentiel dans la digestion, l'auteur étudie l'action chimique exercée sur les aliments par les fluides sécrétés dans le canal intestinal. S'appuyant sur des considérations qui permettent de ramener au follicule tout le système glandulaire, il pose en principe que c'est aux propriétés physiques et chimiques des fluides éliminés qu'il faut avoir surtout égard, lorsqu'il s'agit d'en décider le but fonctionnel. D'après cela, il divise en trois espèces tous les fluides qui se déversent dans le tube gastro-intestinal : 1° *sucs muqueux* (salive et suc pancréatique); 2° *suc mucoso-résinoïde* (bile); 3° *suc gastrique*.

M. Blondlot présente une analyse chimique détaillée de sucs muqueux, démontre l'analogie parfaite qui existe entre eux, et établit qu'aucun de ces sucs ne prend une part active dans les phénomènes digestifs, n'exerce d'action chimique importante sur les aliments, et que la matière muqueuse qui en constitue la partie essentielle est une sorte de *caput mortuum* expulsé à la périphérie de l'organisme, qu'il protège contre le contact des corps extérieurs. — Quant à la bile, dont on trouve dans l'ouvrage qui nous occupe une bonne étude chimique détaillée, elle ne devrait être considérée que comme un simple mélange de mucus, de résinoïde, de matière colorante, le tout en dissolution dans une certaine quantité d'eau rendue légèrement alcaline par les sous-sels que renferment la plupart des fluides animaux. De tous les éléments, la résinoïde seule pourrait jouer un rôle essentiel dans la digestion. Or, dès qu'elle se trouve en contact avec le chyme, l'acide de ce dernier la précipite et l'empêche d'agir; en sorte que la bile ne coopérerait en rien à la formation du chyle, et ne prendrait aucune part à la digestion.

Si l'on se rappelle les questions que nous indiquions en commençant cet article, on comprendra que l'étude du suc gastrique dut être le principal objet des recherches de l'auteur. Cette étude, en effet, est la partie la plus étendue et la plus approfondie du livre de M. Blondlot, et nous devons ajouter que c'est là aussi la partie la plus originale et la plus riche de faits nouveaux. M. Blondlot doit surtout la supériorité avec laquelle il a pu traiter les questions relatives au suc gastrique, à l'idée ingénieuse qu'il a eue de se procurer ce suc à l'aide de fistules gastriques artificielles, pratiquées sur des chiens. Ce procédé lui a été suggéré par le fait du jeune Canadien qui a été si heureusement exploité pour la science, par le docteur W. Beaumont. L'un des premiers résultats que l'inspection directe à travers l'orifice fistuleux a permis de constater, c'est que dans l'état de vacuité, la muqueuse gastrique ne sécrète que du mucus, et que c'est seulement sous l'influence des aliments qu'elle verse le suc gastrique. Les alcalis provoquent cette sécrétion d'une manière spéciale, en sorte que la pratique des médecins qui emploient les matières alcalines contre l'atonie de l'estomac et les font administrer immédiatement avant le repas, se trouve sanctionnée par l'expérimentation, qui vient également confirmer ce fait, déjà bien connu, que les acides troublent en général la digestion.

Les agents purement mécaniques ou chimiques n'ont pas l'efficacité des aliments ; ils se bornent à une excitation partielle et momentanée dont le résultat est d'entraîner la formation d'un mucus plus abondant, à peine mélangé de suc gastrique.

Le sucre introduit dans l'estomac par la fistule n'amène

la sécrétion que d'une petite quantité de suc gastrique ; introduit par la bouche, il provoque cette sécrétion en très-grande abondance, d'où M. Blondlot conclut que la dégustation, l'insalivation, etc., outre le rôle secondaire qu'il leur a déjà attribué, ont encore pour effet de provoquer sympathiquement un certain degré de surexcitation sur la membrane interne de l'estomac. L'auteur a également conclu de ses expériences que le sucre était une substance stimulante, et que les praticiens suivaient une pratique fâcheuse en édulcorant les boissons des malades. Cette opinion fait naître de fortes objections et mériterait d'être plus scrupuleusement discutée.

Sans nous arrêter aux détails historiques et critiques relatifs à la composition chimique du suc gastrique, nous nous bornerons à indiquer les résultats de l'analyse exécutée par M. Blondlot, et qui peuvent être formulés ainsi :

Eau.	99	
Sels {	Phosphate acide de chaux	
	d'ammoniaque.	
	Chlorure de sodium.	1
Matières organiques {	Principe aromatique	
	mucus.	
	Matière particulière.	100

Cette analyse a été recommencée plusieurs fois avec du suc gastrique de chien. M. Blondlot l'a répétée avec celui de chat, de cochon et de mouton, et toujours elle lui a fourni des résultats identiques. Toujours ces fluides ont donné, par la distillation, un produit absolument neutre ; tous conservaient leur acidité en présence du carbonate calcaire ; tous précipitaient en blanc par la potasse, la soude, l'ammoniaque, l'eau de chaux, l'acide sulfurique

et l'acide oxalique; tous, enfin, laissent par la calcination sur une lame de platine, une cendre neutre de phosphate calcaire.

Etant donnée la formule précédente qui représente la composition du suc gastrique, M. Blondlot a voulu vérifier par l'expérience ce qu'il était facile, suivant lui, de déterminer d'avance à l'aide des principes généraux de la chimie, à savoir de quelle manière ce suc doit se comporter avec les matières inorganiques que l'on ingère dans l'estomac à titre de médicament. Il a reconnu, en effet, qu'il n'y a là rien de spécial, rien qu'on ne puisse expliquer par le jeu ordinaire des affinités chimiques; mais il n'en est plus de même pour les matières organiques.

En étudiant l'action de ce suc sur les matières alimentaires simples et composées, l'auteur s'est assuré que pour les matières azotées, cette action consiste essentiellement à en dissoudre une petite partie, et à ramollir le reste de manière à lui permettre de se détacher sous forme de parcelles extrêmement tenues. Quand aux principes non azotés, dont les uns tels que le sucre, la gomme, la pectine, l'amidon, sont solubles dans l'eau; et les autres, tels que les matières grasses qui ont à la température de l'estomac, une consistance assez fluide pour être absorbées par les orifices béants des chylifères, les expériences de M. Blondlot montrent que le suc gastrique ne leur fait subir aucune altération spéciale, et qu'il se borne à leur dissolution pure et simple à raison de l'eau qu'il renferme.

Des aliments simples, M. Blondlot passe aux aliments composés, végétaux ou animaux, et après avoir déterminé

expérimentalement l'action du suc gastrique sur toutes les substances, il montre qu'elles peuvent être divisées en trois catégories : 1° celles qui sortent de l'estomac telles qu'elles y étaient entrées, ce qui est le cas du mucus liquide ou solidifié, des résines, du ligneux et de la fécule. Ces substances parcourent tout le trajet des intestins sans que l'absorption leur enlève aucun principe ; 2° les substances qui se dissolvent dans le suc gastrique absolument comme elles le feraient dans l'eau pure (albumine liquide, pectine, sucre, gomme, amidon), de sorte que, pour ces matières, la chymification n'est réellement qu'une simple dissolution chimique ; 3° la troisième catégorie comprend les substances, qui, sous l'influence du suc gastrique, perdent une grande partie de leur cohésion ; pour quelques-unes cet effet est produit par l'eau acidulée qui entre dans la composition du suc gastrique, et n'a rien de spécifique (parenchyme des fruits et racines succulentes) ; pour les autres, ce ramollissement est dû à une modification spéciale exercée par le suc gastrique (fibrine, albumine animale et végétale concrète, caséine durcie par la chaleur, matières qui fournissent la gélatine, et gélatine elle-même). C'est cette action spéciale qui constitue le phénomène essentiel et caractéristique de la chymification. Après le ramollissement remarquable dont nous parlons, la moindre agitation réduit les matières ainsi modifiées en molécules solides d'une extrême tenacité, en sorte que le suc gastrique semble avoir diminué leur affinité de cohésion et augmenté en même temps leur affinité de composition.

Considérée ainsi, la chymification n'est qu'une dissolution ou une division de la matière qui ne subit dans ce

changement d'état aucune espèce de décomposition. Cette manière de voir rentre entièrement dans celle de M. Dumas, qui n'attribue en définitive à la digestion d'autre effet que de dissoudre ou de diviser les aliments, de façon que les matières solubles passent dans le sang inaltérées pour la plupart, tandis que les matières insolubles arrivent dans le chyle étant assez divisées pour être aspirées par les bouches des chylifères.

Bien que l'acidité soit une condition sans laquelle le suc gastrique ne peut pas développer son action spécifique, ce n'est point un acide qui est le principe actif de ce suc. L'action spécifique exercée sur certaines matières azotées, et que nous indiquons plus haut, doit être attribuée à une matière particulière qu'il n'a pas encore été possible d'obtenir à l'état d'isolement et qui est bien certainement de nature organique : « Quoique cette matière, ajoute M. Blondlot, « paraisse avoir de l'analogie avec le mucus, à en juger « d'après la manière dont elle se comporte avec les réactifs, « elle en diffère cependant par quelques modifications chimiques que nous ne pouvons comprendre et encore moins « reproduire artificiellement.

» Elle appartient évidemment à cette classe particulière
» de produits organiques que l'on désigne sous le nom
» générique de ferments, et dont les moindres parcelles
» suffisent pour susciter dans certains composés avec lesquels ils sont en rapport, les changements moléculaires.
» Tantôt ces matières semblent agir par leur simple contact (force catalytique), et d'autres fois elles ne parviennent à rompre l'équilibre dans les affinités des autres corps qu'en entrant d'abord elle-même en action chimique.

que. Il serait difficile de déterminer en vertu duquel de ces deux modes d'influence la matière particulière du suc gastrique intervient dans le travail de la chymification, etc.

On est frappé, en lisant les travaux de Gosse, du prof. Schultz, du D^r Beaumont et de M. Lallemand, sur la digestibilité relative des aliments, de trouver les résultats les plus contradictoires et souvent les plus opposés aux données positives de l'expérience journalière. Nous félicitons M. Blondlot d'avoir fait une bonne critique de ces travaux et particulièrement de ceux du professeur Schultz, dont les opinions sont presque toujours en dehors de la vérité. M. Blondlot établit ensuite, que, dans l'état normal, la digestibilité d'une substance alimentaire quelconque est entièrement sous la dépendance de la situation actuelle où se trouve l'organisme, et ne présente par conséquent rien de constant ni d'absolu.

Après avoir subi l'action du suc gastrique, les substances alimentaires forment le chyme, masse molle, hétérogène, et que les auteurs classiques ont presque tous mal décrit en lui attribuant des caractères constans : comme M. Magendie, M. Blondlot s'est assuré que le chyme offre des caractères extérieurs aussi variables que les aliments qui le fournissent. Les éléments qui constituent ce produit se comportent diversement ; ceux qui sont entièrement solubles passent directement dans le système veineux ; les parties insolubles passent dans les chylifères.

Le chyle, d'après cette manière de voir, ne saurait être considéré comme un fluide spécial et de nouvelle création ; c'est un simple mélange en proportions variables de lymphes et de particules alimentaires qui pénètrent dans

l'organisme à l'état concret et avec toute leur intégrité de composition.

Les matières qui n'ont été absorbées ni par les veines, ni par les chylifères, contribuent à former les excréments. Ceux-ci ne sont pas en effet des produits de transformation; ils se composent de deux ordres de matériaux, savoir: des parties qui ont résisté aux efforts des organes digestifs pour les dissoudre ou les diviser, et des produits en quelque sorte usés que l'organisme rejette après leur avoir fait subir différentes métamorphoses.

Telle est la digestion, d'après le livre que nous venons d'analyser. « Considérée relativement à son but, dit M. Blondlot, cette opération est destinée à mettre les substances alimentaires dans des conditions physiques qui leur permettent de s'insinuer dans l'intérieur de l'organisme, à travers l'enveloppe poreuse qui le revêt, mais non à porter atteinte à la composition chimique de ces substances; de sorte que celles-ci pénètrent toutes formées et avec tous leurs éléments constitutifs, dans le nouvel être, à l'individualité duquel elles doivent désormais participer. Etrange migration, qui semble réa- liser, dans l'ordre matériel, l'antique système des Pythagoriciens, etc. »

Cette analyse d'un livre riche de faits intéressants et assez souvent nouveaux, a occupé trop de place pour que nous puissions, en la terminant, nous livrer à des réflexions générales. Les tendances de l'auteur sont d'ailleurs assez clairement exprimées par la définition même qu'il donne de la digestion, et par toutes les déductions qu'il tire de ses expériences, pour qu'il soit inutile de les expliquer. Nous n'en dirons que quelques mots pour aider à les

juger. Contenus dans de justes limites, ces tendances sont un effet légitime du progrès scientifique, et mettent sur la voie de progrès ultérieurs; exagérées, au contraire, comme elles l'ont été par des physiologistes contemporains, elles défigurent la science de l'organisme en voulant la placer tout entière dans le domaine des lois physiques et chimiques. Et ce qui prouve que la digestion n'est pas un acte exclusivement physico-chimique, que les forces vitales y jouent un plus grand rôle que ne le pense M. Blondlot, c'est qu'avec toutes les ressources de la physique et de la chimie : il n'a pu trouver la clef de l'acte capital de cette fonction. Il n'a pu découvrir ni le principe actif du suc gastrique, ni le mode d'agir de ce principe.

Théophile ROUSSEL.

Recherches sur les accouchements, etc., (2^e fragment d'un voyage médical en Allemagne), par le docteur Antoine BOUCHACOURT, chirurgien en chef désigné de la Charité, professeur adjoint à l'Ecole de médecine de Lyon, etc.; brochure in-8°. Paris, chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Chacun se rappelle la proposition soumise par M. Louis, l'an passé, à l'Académie, relativement à la création de médecins voyageurs, et sur laquelle la docte assemblée ne nous a point encore fait connaître son sentiment. A l'occasion de cette proposition, à l'examen de laquelle un article spécial est consacré dans notre travail sur l'organisation de la médecine en France, nous avons assez longuement discuté les conditions et l'importance des voyages médicaux. L'opuscule de notre savant et infatigable collaborateur, M. le docteur Bouchacourt, vient confirmer et au-delà une partie de nos idées à cet égard, et justifier le

désir que nous avons exprimé de voir notre gouvernement imiter l'exemple de certains autres gouvernements, qui envoient leurs jeunes médecins les plus distingués puiser dans les pays étrangers des moyens d'étendre et de fortifier leurs connaissances. « On formerait de la sorte, avous-nous dit, une pépinière de talents robustes, qui, rendus à leur patrie, en deviendraient l'ornement et les lumières. » La France, en effet, est loin d'avoir seule le monopole des hommes illustres, des saines doctrines, des bonnes pratiques, des parfaits établissements; et, sous tous ces rapports, il y aurait pour nous, sans contredit, dans ce contact scientifique avec les nations voisines, plus d'un profit à recueillir. Il est une contrée surtout, qui, distinguée par son esprit studieux et investigateur, livre à l'observateur une source de fécondes explorations; c'est celle que notre judicieux confrère a senti le besoin de connaître, qu'il a choisie pour but de son étude, l'Allemagne.

Dans une excursion de plusieurs mois, M. Bouchacourt a visité les principaux points de cette terre classique de la paix et de l'intelligence. Accueilli partout avec faveur et distinction en Bavière, en Autriche, en Prusse et dans les divers états de la confédération germanique, il s'est trouvé à portée, par ses relations avec les praticiens les plus recommandables, d'acquérir pendant ce rapide pèlerinage une foule de précieuses notions sur tout ce qui concerne la médecine : science, enseignement et exercice, institutions, universités, établissements de bienfaisance, etc. S'instruire personnellement, n'eût été pour M. Bouchacourt que remplir une partie de sa tâche, il devait à ses confrères la confiance de ses remarques. Or, c'est cette confiance qu'il se propose de déposer dans une série de

fragments dont celui-ci, qui est le second de la publication, renferme ce qui a trait aux accouchements, aux maladies des femmes et des enfants.

Si l'on en croit M. Bouchacourt, l'enseignement de l'art obstétrical est depuis bien des années plus complet en Allemagne qu'en France, ce qu'il attribue à la nature patiente et persévérante du caractère allemand, et particulièrement à de nombreux instituts bien organisés, où les élèves sont reçus et formés par la pratique à l'art des accouchements.

Après cette première observation, à laquelle s'en joint une autre sur la condition la plus désirable de salubrité pour les maisons destinées aux femmes en couches, qu'il fait consister dans l'isolement, M. Bouchacourt expose successivement ce qu'il a constaté de saillant dans chacune des localités qu'il a parcourues, à Stuttgart, Munich, Vienne, Prague, Dresde, Leipsig, Berlin, Halle, Bonn, Heidelberg, Brunswick, Göttingen, etc. Divers points ont spécialement fixé son attention : 1° la distribution, l'ordre et les ressources des maisons d'accouchement ; 2° les méthodes des professeurs ; 3° les faits les plus curieux d'anatomie pathologique.

Sous le rapport de la distribution ou de la position, les maternités de Stuttgart, Berlin, Halle, Heidelberg, laissent peu de choses à désirer ; celles de Vienne et de Brunswick sont, au contraire, très-défectueuses : aussi y signale-t-on une fréquence plus grande de métrite-péritonites puerpérales.

M. Weissbrod, professeur à Munich, attache avec raison une grande importance au toucher. L'insuffisance des ac-

coucheurs à cet égard est, en effet, la cause d'une foule de déterminations téméraires, de manœuvres intempestives. Pendant le travail, il fait coucher les femmes sur le côté, comme les praticiens anglais, prétendant que cette position favorise le dégagement de la tête et le passage du corps à travers le bassin ; mais cette prétention paraît avoir pour base une illusion plutôt qu'une réalité. Quand la crise approche, la situation qu'on donne à la femme est une circonstance très-accessoire dans les phénomènes de l'enfantement.

M. Bouchacourt mentionne treize cas d'opérations césariennes. Trois femmes seulement ont survécu, dont l'une avait subi l'opération pour la seconde fois ; les autres sont mortes, soit immédiatement, soit au bout de cinq à six jours. Six enfants ont été conservés. M. Joerg est partisan de l'opération césarienne ; il n'a jamais pratiqué la symphyséotomie. Le célèbre professeur de Leipsig n'accorde aucune confiance au seigle ergoté ; cependant rien n'est mieux démontré que le puissant effet obstétrique de cette substance.

Les opinions sont partagées sur la convenance de l'accouchement prématuré dans les cas de rétrécissement du bassin. M. Joerg le repousse. Il n'est applicable, selon lui, qu'aux cas d'hémorrhagies internes ou par insertion du placenta sur le col. M. Meissner, au contraire, a pratiqué huit fois en cinq ans l'accouchement prématuré, et toujours avec succès. M. Kilian, à Vienne, y a eu également recours treize fois avec le même bonheur. C'est ordinairement vers la trente-deuxième semaine, ou plus tard, selon les circonstances, que M. Kilian opère. Il commence d'abord par dilater le col à l'aide de l'éponge préparée, dont il

fait un cône, qu'il enduit avec une pommade composée de cire, d'huile d'amandes douces et de beurre de cacao. La dilatation du col obtenue, il rompt les membranes, avec un trocart, et souvent sans cela. Le tamponnement, préconisé par le docteur Schæller, lui paraît un moyen infidèle; il a vu plusieurs fois les douleurs provoquées par ce tamponnement, se suspendre et retrograder, sans qu'il en soit résulté l'expulsion du fœtus. M. Nægele partage cette manière de voir.

Les médications dirigées contre la métrite-péritonite épидémique ne sont pas moins incertaines chez nos voisins que chez nous. A Vienne, après mille essais infructueux, on est revenu à la thérapeutique ordinaire : émissions sanguines générales et locales, onctions mercurielles, auxquelles on ajoute le nitrate de potasse et le calomel. Dans ces derniers temps, surtout lorsque les douleurs sont vives, on a essayé les fomentations avec l'eau glacée sur le ventre. Au mois de février 1842, une épidémie très-meurtrière se déclara à Berlin. On dut être réservé sur les émissions sanguines qui, pratiquées à une époque avancée de la maladie, étaient promptement suivies de prostration et de la mort. La principale lésion anatomique fut une phlébite des veines des membres et du bassin.

M. Nægele considère la phlébite utérine comme le résultat de l'encombrement, et établit en principe, pour en arrêter les progrès, l'isolement des femmes grosses et en couches.

L'ophthalmie purulente des nouveau nés est très-commune à l'hospice des enfants trouvés de Prague. On se trouve bien de l'emploi des fomentations froides, des ap-

plications de sangsues aux tempes, de l'usage du calomel à l'intérieur, des lotions avec la solution étendue de nitrate d'argent. Il n'est point parlé de la solution concentrée de ce sel. Les craintes que nous avons exprimées sur les conséquences de l'emploi de cette dernière préparation, dans une note sur laquelle M. le professeur Velpeau a fait récemment un bienveillant rapport à l'Académie, ont été l'objet de diverses critiques. Mais, malgré ces critiques, les faits dont nous avons été témoin depuis ne sont pas de nature à modifier notre opinion.

Trois fois M. Busch de Berlin a pratiqué l'épisiographie pour des descentes de matrices. Il enleva deux lambeaux de membrane muqueuse de chaque côté à la partie inférieure et interne du vagin. Deux des malades ont parfaitement guéri; chez la troisième, depuis sept mois opérée, lors du passage de M. Bouchacourt, la plaie était en bonne voie de cicatrisation, mais la malade gardait encore le lit. Toutefois, M. Dieffenbach paraît avoir tout-à-fait renoncé à cette opération, dont on ne retirerait, selon lui, qu'un bénéfice temporaire, attendu que si la matrice se porte un peu moins en avant, en revanche elle se déplace en arrière vers le périnée.

Le manque d'espace nous oblige à passer sous silence une multitude de choses importantes contenues dans le travail de M. Bouchacourt; par exemple, divers résultats statistiques sur les accouchements, les modifications des instruments employés par chaque praticien, etc., etc.

Nous ne terminerons pas cependant cette analyse sans indiquer, entre autres faits curieux d'anatomie pathologique rapportés en grand nombre par notre confrère, ceux

qui suivent, et qui, par leur rareté, sont particulièrement intéressants.

Dans le musée anatomique de Stuttgart, M. Bouchacourt a vu sur le crâne de deux femmes mortes en couches, cette couche mince et blanche d'ossification supplémentaire des femmes enceintes, décrite pour la première fois, par le professeur Rokitanski de Vienne.

A Prague, on lui a montré la tête d'une fille de vingt-sept ans, morte d'un érysipèle dans les mêmes circonstances. Le crâne a partout plus d'un pouce d'épaisseur, et l'hypertrophie de tous les os de la face n'est pas moins considérable.

Il a également vu dans la même ville un fœtus du sexe féminin, qui a un autre fœtus implanté sur la langue par un pédoncule fibreux fixé au côté droit de cet organe, et plusieurs cyclopes parfaits avec absence de nez. Il a observé que ces cyclopes sont fréquents en Bohême, chez l'homme et les animaux, et très-rares à Vienne.

Le cabinet anatomique de Dresde contient plusieurs bassins considérablement dilatés, et un exemple de clitoris dégénéré, gros comme les deux poings et opéré avec succès ; celui de Leipsig, de volumineux calculs trouvés dans la matrice ; un fœtus avec son placenta expulsés subitement chez une femme morte à la suite d'un seul accès de convulsions, etc.

Enfin, M. Bouchacourt cite encore la peau d'un enfant né à sept mois avec une variole caractérisée. Il eût été curieux de savoir si la mère de cet enfant était elle-même au moment de son accouchement atteinte de petite vérole.

Sans doute, dans l'esquisse de M. Bouchacourt, il ne faudrait pas chercher le dernier mot sur l'état de l'obsté-

trique en Allemagne, et l'auteur se plaît le premier à le reconnaître. « Je demande, dit-il, que par grande indulgence on ne veuille pas trouver dans ce chapitre plus que je n'y ai voulu mettre, mais qu'on le regarde comme un catalogue de faits observés, comme un guide du voyageur au travers des pays que j'ai parcourus. » Mais cette esquisse offre dans la variété, la précision et l'importance des observations, une lecture attrayante et des plus instructives. Il suffit surtout d'envisager la situation de notre confrère en qui l'intelligence du savant s'unit à l'expérience du praticien consommé, pour être convaincu de ce que nous avons dit en commençant sur l'à propos des voyages en médecine, pour comprendre combien ces voyages sont capables de donner de puissance et de virilité au talent.

DELASIAUVE.

**REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE DES JOURNAUX
DE MÉDECINE FRANÇAIS.**

Du croup et du pseudo-croup. — Nitrate de potasse à haute dose dans le traitement du rhumatisme articulaire. — Recherches cliniques sur plusieurs points de diagnostic des épanchements pleurétiques. — Des ulcérations et engorgements du col de l'utérus. — Anévrisme faux primitif produit par une contusion violente. — Du torticolis ancien.

Bulletin général de thérapeutique.

Octobre 1843.

Du croup et du pseudo-croup. — Dans des considérations sur le diagnostic et le traitement de ces deux af-

fections, M. Valleix annonce d'abord que la confusion dont elles peuvent être l'objet vient ensuite répandre la plus grande incertitude sur les données thérapeutiques : car il s'en faut bien que le croup et le pseudo-croup aient la même gravité et réclament le même traitement.

Des hommes de mérite se sont déjà occupés du diagnostic différentiel de ces deux affections, et c'est aux caractères suivants que M. Valleix les distingue. Dans le pseudo-croup, ou *laryngite striduleuse*, c'est au milieu des apparences de la santé, avec quelques légers symptômes de trachéite, qu'apparaît un accès ordinairement très-intense, effrayant, et qui est suivi d'un calme complet jusqu'au nouveau paroxysme qui se fait plus ou moins attendre. La dyspnée, l'imminence de suffocation, la voix rauque et la toux croupale, qui accompagnent l'accès, existent sans cette aphonie si remarquable dans le croup; enfin on ne trouve pas, comme dans ce dernier, d'engorgement des ganglions à la base des mâchoires et aux parties supérieures du cou; l'œil n'aperçoit pas de fausses membranes dans l'arrière bouche; il n'en est point rejeté par le vomissement et l'expectoration.

L'invasion et la marche du croup diffèrent très-notablement de celles de l'angine striduleuse dont il vient d'être question. Avant que la dyspnée se déclare, il existe une fièvre très-prononcée et les apparences d'une maladie grave, avec mal de gorge et souvent un gonflement douloureux des ganglions sous-maxillaires. Le premier accès de dyspnée est ordinairement moins intense que dans le pseudo-croup, mais aussi l'intervalle paroxystique est moins calme, et il est troublé par un malaise, un accablement fébrile très-marqués. A l'altération progressive de la voix succède une aphonie plus ou moins complète. Avant que ces signes alarmants aient paru, si l'on ex-

plote l'arrière-gorge, on y aperçoit, dans la majorité des cas, des plaques pseudo-membraneuses; plus tard l'expectoration et le vomissement expulsent des débris de ces fausses membranes qui constituent le signe le plus pathognomonique du croup.

Le diagnostic différentiel ainsi établi, les bases du traitement deviennent plus rigoureusement appréciables. Ainsi il devient tout d'abord évident que les médecins qui pensent avoir guéri par l'expectoration ou des demi-moyens le véritable croup, n'avaient probablement à traiter que l'angine striduleuse. Dans celle-ci, en effet, des émoullients, des laxatifs, le repos, parfois de légers anti-spasmodiques, ou narcotiques, suffisent presque toujours pour combattre les accidents, quelque alarmants qu'ils paraissent.

Dans le véritable croup, au contraire, une médication prompte et énergique est impérieusement indiquée; sans cela la mort est la règle, et la guérison l'exception. M. Valleix ajoute son opinion à celle qu'ont exprimée dans ces derniers temps MM. Larroque et Marotte, touchant l'utilité de la médication vomitive, continuée sans interruption, tant que dure le danger. Ainsi la potion émétique ordinaire (de 5 à 15 centigr.) doit être administrée par cuillerées de quart d'heure en quart d'heure, et renouvelée aussitôt qu'elle est finie. Des tableaux comparatifs établissent manifestement l'avantage de ce moyen thérapeutique sur tous les autres. Du reste, M. Valleix ne préconise pas l'émétique à l'exclusion des autres agents thérapeutiques; il conseille, au contraire, de les combiner dans l'ordre suivant : Saignée et application de sangsues au cou, si les forces le permettent, puis vomitif non interrompu, cautérisation de l'arrière-gorge avec l'alun, l'acide hydrochlorique, etc., révulsifs si la fièvre est modérée, frictions mercurielles, etc.

Nitrate de potasse à haute dose dans le traitement du rhumatisme articulaire. — Voici sur ce sujet quelques-unes des conclusions de M. Martin Solon, auteur du travail dont nous venons de donner le titre. Le nitrate de potasse est facilement toléré par les rhumatisants à la dose de 20 à 60 grammes (en tisane et en potion) ; son action suffit dans les rhumatismes les plus intenses sans complications ; il les guérit en quatre ou dix jours, et le plus souvent en sept ; cette médication est suffisante, lorsque le rhumatisme est compliqué d'une faible endocardite ; s'il existe des complications, le nitrate de potasse, qui suffit dans les cas simples, quoique intenses, peut seconder efficacement la saignée. Ce sel, employé à haute dose, a des succès marqués dans le traitement des affections rhumatismales aiguës ; ce n'est que dans les rhumatismes chroniques, les rhumatalgies qu'il paraît jouir de peu d'efficacité. A. L.

Archives générales de médecine.

Recherches cliniques sur plusieurs points de diagnostic des épanchements pleurétiques, par H. DAMOISEAU, interne du service de M. le professeur Piorry. — Ces recherches n'ont pas seulement pour but d'arriver à la constatation précise des épanchements pleurétiques, mais d'apprendre à apprécier avec la plus grande exactitude possible la quantité du liquide épanché. L'auteur pose d'abord en principe « qu'un épanchement pleurétique « peut s'accroître ou diminuer d'une manière notable « sans que les signes physiques, habituellement fournis « par l'examen du côté affecté, accusent ces variations. » Or, pour les connaître sûrement, le procédé de M. Da-

moiseau consiste à mesurer simultanément l'élévation du liquide et les limites du bord opposé du cœur et des bords inférieurs du foie et de la rate. On conçoit, en effet, lorsque dans les grands épanchements la cavité pleurale est entièrement remplie, que le seul refoulement de ces organes puisse témoigner d'une nouvelle accumulation de liquide, comme leur retrait doit être l'unique preuve dans ces circonstances de son décroissement porté à un certain degré. Cette vérification, au reste, a une réelle importance, soit qu'elle permette de mieux juger des chances auxquelles est exposé le malade, ou de suivre avec fruit les effets des moyens de traitement mis en usage.

Poursuivant sa thèse, M. Damoiseau s'attache à résoudre une série de questions.

1^{re} QUESTION. — *Quelles sont les métamorphoses des épanchements pleurétiques en voie de résorption ?* — Trois faits constants résultent des observations de M. Damoiseau : 1° la sonorité a paru aux parties les plus déclives de la gouttière vertébrale, dès les premiers jours de la résorption ; la matité absolue existant encore à la base de l'aisselle, au niveau et au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate.

2° C'est à la partie la plus déclive de la rigole costo-diaphragmatique que la matité a toujours disparu en dernier lieu.

3° Toutes les fois que la matité absolue s'est élevée à la hauteur d'un plan horizontal, passant à 7 centimètres environ au-dessus du mamelon, elle a été limitée par une ligne à peu près de niveau ; au-dessous de ce plan, au contraire, elle a toujours été circonscrite par des courbes irrégulièrement paraboliques, de moins en moins ou-

vertes, et qui ont formé en dernier lieu une demi ellipse aux parties latérales et déclives de l'hypocondre.

L'auteur croit trouver l'explication de ces faits dans le plus ou moins d'écartement des deux feuillets de la plèvre pulmonaire et pariétale, constaté au moyen d'une expérience curieuse. Si en effet l'on injecte de l'air dans un poumon sain, de manière à faire bomber les espaces intercostaux, partout la surface de l'organe se trouve en contact avec les côtes; mais si l'on vient à aspirer cet air, voici ce qui arrive: l'écartement produit par le poumon qui s'affaisse a lieu d'abord à la partie la plus déclive de la rigole diaphragmatique, puis de proche en proche, en avant et en arrière jusqu'aux lignes médianes, ensuite il se forme un espace parabolique au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate; enfin le long de la gouttière vertébrale, c'est-à-dire en sens exactement inverse à ce qui a lieu dans la décroissance des épanchements pleurétiques. Cette théorie rend aussi parfaitement compte des observations de Laënnec sur le siège et la marche de l'égophonie, qui, à leur tour, viennent la confirmer.

2^e QUESTION. — *Quel moyen y a-t-il de suivre la marche décroissante des épanchements?* Ce moyen consiste à joindre à l'étude des signes physiques, du côté malade, l'examen de la diminution de capacité du thorax traduite par l'élévation ou les déplacements des viscères que nous venons d'indiquer.

On peut spécialement, en mettant un grand soin à cette pratique, s'assurer de la disparition plus ou moins complète des épanchements, notion qu'il est souvent aussi utile que difficile d'acquérir. Par exemple, si l'on trouve une obscurité de son de caractère douteux aux parties postérieures et inférieures du thorax, et en même temps

une sonorité normale et une respiration libre vis-à-vis les points les plus déclives de la rigole costo-diaphragmatique, on sera certain qu'il n'y a pas d'épanchement tant soit peu considérable dans la cavité pleurale. L'un des meilleurs signes de la disparition de l'épanchement, quand il existe, c'est le frottement pleural qui prend parfois le caractère de la crépitation pulmonaire ou bronchique. M. Damoiseau insiste beaucoup, à cette occasion, sur les différences à l'aide desquelles on pourra distinguer l'une et l'autre de ces crépitations.

3^e QUESTION. — *Quelle est la partie où il faut aller chercher le liquide dans les cas d'épanchements libres et mobiles dans l'hydro-pneumo-thorax, par exemple? Quelle quantité de liquide peut-on reconnaître en pareil cas?* — M. Damoiseau a fait diverses expériences pour éclairer cette question, à laquelle il répond ainsi : « Dans la position assise et dans la station, c'est à 2 centimètres 1/2 environ, au-dessus des extrémités antérieures des onzième et douzième côtes, qu'il faudra aller chercher l'épanchement commençant, ou bien avec plus de sûreté encore, d'après le précepte de M. Piorry, à la partie inférieure de la gouttière vertébrale, immédiatement au-dessus de la douzième côte, ayant eu soin de faire incliner le malade en arrière.

4^e QUESTION. — *Est-il possible, un épanchement étant donné, de déterminer s'il est en sa période d'augmentation d'état ou de décroissance?* — Pour arriver à la solution de ce problème, le procédé est différent, suivant que la matité absolue occupe la surface du côté malade tout entière, ou seulement une partie de cette surface. Dans le premier cas, on doit marquer 1^o les bords infé-

rieurs du foie, de la rate, et le bord opposé du cœur ; 2° les limites de l'épanchement vis-à-vis du côté sain, tant en avant au devant du sternum qu'en arrière, le long des épines dorsales ; et, en outre, opérer la mensuration du thorax totale et relative d'un jour à l'autre. Dans le second cas, le point capital est de tracer les limites exactes de la matité absolue ; celles de l'obscurité du son, s'il y en a, et de rapporter à cette topographie les signes de l'auscultation.

5^e QUESTION. — *Quel traitement réussit le mieux dans les épanchements pleurétiques ?* — Dans les sept cas, sur lesquels se trouve basé le travail que nous analysons, et qui doivent être relatés dans la seconde partie du mémoire, la résolution de la maladie a été prompte et favorable. Toutes les fois qu'il existe un épanchement simple, et que la maladie ne présente pas de contre-indications à l'emploi du tartre stibié à haute dose, M. Piorry fait la prescription suivante :

Tartre stibié, 30 à 40 centigrammes dans une potion ; abstinence de boissons.

Une ou deux portions d'alumine, s'il y a appétit.

On verra plus particulièrement dans l'analyse du second article les résultats de ce traitement.

Journal des Connaissances médico-chirurgicales.

(Novembre 1843.)

§ 1. *Des ulcérations et engorgemens du col de l'utérus*, par M. le docteur BENNET. — La plus grande diversité d'opinions règne dans la science sur la manière

d'envisager le point de pathologie qui fait le sujet du travail de M. Bennet, tandis que certains praticiens regardent les ulcérations comme le fait capital et l'origine de tous les accidents qui presque toujours les accompagnent, et, partant, font consister leur thérapeutique dans la cure de ces ulcérations; d'autres, au contraire, ne leur accordent qu'une importance secondaire, dirigeant tout leur traitement contre les phlegmasies ou les engorgements dont ils seraient un des symptômes.

M. Bennet se pose en conciliateur entre ces deux opinions qui, à son sens, auraient tort d'être exclusives. Il pense surtout qu'il faut tenir grand compte des circonstances pathologiques ou fonctionnelles, sous l'influence desquelles les lésions du col prennent naissance.

Cet auteur admet trois espèces d'ulcérations du col utérin : 1° celles qui ont lieu chez des femmes qui n'ont point eu d'enfants, et ne présentent point de symptômes de vaginite aiguë, syphilitique ou simple; 2° celles que l'on rencontre avec des vaginites ou des affections syphilitiques primitives ou secondaires; 3° celles enfin, qu'on peut rapporter à un accouchement ou à un avortement antérieur.

Les ulcérations de la première espèce, exemptes de phlegmasie, du moins un peu étendue, sont rares et dépendent en général d'excès du coït ou des premières approches de l'homme chez la femme vierge. La muqueuse du col est plus ou moins profondément érodée, et le plus souvent il n'y a aucune douleur grave, aucun dérangement notable. Elles méritent néanmoins d'être convenablement traitées; car elles sont longues à se cicatriser, entraînent parfois des accidents plus sérieux, et deviennent, si l'on en croit M. Eméry, une cause fréquente de stérilité par suite du léger gonflement qu'elles

déterminent dans les lèvres du museau de tanche, dont l'orifice s'en trouve obturé.

Parmi les cas de la deuxième espèce, un petit nombre offrent les caractères tranchés des ulcérations vénériennes, soit à cause des cautérisations qui ont pu les modifier, ou d'une disposition spéciale à perdre le cachet qui les distingue à leur origine. Elles sont communes chez les femmes affectées de syphilides. Chez la plupart des malades observées par M. Bennet, excepté un écoulement blanc plus ou moins abondant, point de donnée pathologique, aucune douleur lombaire et hypogastrique, aucune pesanteur. Quand il existe une vaginite spécifique intense, l'ulcération paraît être le produit de cette phlegmasie. Au contraire, quand elle résulte de l'inflammation de la muqueuse du col lui-même, ce sont les cryptes mucipares qui sont le point de départ de l'ulcération, ou plutôt des petits ulcères aphteux, qui d'abord, en assez grand nombre finissent en se réunissant, par former une ulcération unique plus ou moins étendue. Dans ce cas, il y a toujours un engorgement plus ou moins prononcé du col.

La troisième espèce d'ulcérations, au dire de M. Bennet, qui, peut être, s'est fait illusion à cet égard, est de beaucoup la plus fréquente. Ainsi sur vingt malades dans les hôpitaux ordinaires, dix-neuf devraient leur affection à un accouchement ou à un avortement, datant parfois de plusieurs années.

Les causes auxquelles notre confrère les attribue, sont multiples : la métrite générale ou locale, les déchirures, éraillures ou contusions du col et de sa muqueuse interne, etc., etc. Dans l'examen auquel il se livre pour en apprécier la valeur, on voit l'ulcération survenir, tantôt comme phénomène consécutif ou concomitant, plus rarement comme accident primitif.

(*La suite à un prochain cahier.*)

§ II. *Anévrisme faux primitif produit par une contusion violente. Observation*, par M. le docteur LEBERT.

— Longtemps, dit l'auteur, on a considéré cette variété d'anévrisme comme le résultat exclusif d'une plaie produite par un instrument piquant ou tranchant, et en particulier d'une saignée malheureuse. Mais une étude plus approfondie a révélé aux chirurgiens de notre époque diverses autres causes. Tantôt, en effet, il succède à la rupture spontanée d'une artère malade, tantôt il provient d'un déchirement occasionné par un fragment d'os fracturé. Il arrive également qu'il complique les plaies d'armes à feu. Enfin, dans des circonstances plus rares encore, et c'est ce qui rend le cas suivant intéressant, il est la conséquence d'une contusion plus ou moins violente.

Un paysan de quarante-cinq ans est renversé sans connaissance par un cabriolet. Après avoir recouvré ses sens, il éprouve une vive douleur dans le membre inférieur gauche, qui devient le siège d'une tuméfaction considérable avec refroidissement des téguments. Cependant, le blessé, qui était en voyage, ne discontinue pas sa route, et, malgré ses souffrances, ce n'est qu'au bout de quatre jours que, rentré chez lui, il réclama les secours de M. Lebert. Le volume de la jambe est doublé. La coloration de la peau est normale en avant, mais dans toute la région postérieure, elle est violacée et noirâtre, spécialement au tiers supérieur du membre qui est engourdi et douloureux. Notre confrère pratique plusieurs saignées, applique des liqueurs résolutives, des cataplasmes émollients, environne le membre d'un sachet de son chaud. Mais loin d'obtenir aucune amélioration, les accidents revêtent, au contraire, un caractère plus alarmant, le pied de plus en plus froid commence à se dessécher; une sorte d'érysipèle de mauvaise nature, accompagné d'élance-

(La suite à un prochain cahier.)

ments et de douleurs cuisantes, envahit les parties tuméfiées, dont bientôt la gangrène s'empare. M. Lebert, assisté de deux confrères, propose l'amputation; elle est refusée par le malade, qui succombe quelques jours après. L'autopsie ne put être faite.

Quoiqu'à ce fait manque la preuve anatomique, M. Lebert ni ses confrères n'ont élevé le moindre doute sur la nature de la lésion qui a déterminé de si graves désordres. Une simple contusion n'aurait pu les amener, tandis que la lividité du membre, sa tuméfaction croissante, son refroidissement, la phlegmasie gangreneuse et consécutivement la mort, s'expliquent fort bien par l'infiltration sanguine de tous les tissus de la jambe, infiltration que la seule ouverture d'une artère est capable de produire. On aurait pu, dans cette circonstance, songer à la ligature de l'artère fémorale; mais l'état des parties la contr'indiquait, et l'unique chance de salut pour le blessé était toute entière dans l'amputation de son membre.

Revue des Spécialités.

(Juin 1843.)

Du torticolis ancien, par M. V. DUVAL. — *Suite.* Dans les précédents articles, nous avons analysé tout ce qui concerne les causes de cette affection; nous allons aujourd'hui nous occuper du diagnostic, du pronostic et du traitement par lesquels M. Duval termine son histoire. L'inspection seule suffit à faire reconnaître le torticolis ancien et à déterminer sa nature. Le pronostic varie suivant que l'affection est simple ou compliquée de déviation de l'épine cervicale, complication habituelle chez les

adultes, et quand la maladie a vieilli. Pour obtenir une cure complète, nécessité est de remédier à cette déviation. Cela rend le traitement long, et il importe d'avertir les malades ou leurs familles de cette circonstance ; car beaucoup s'imaginent que leur guérison doit suivre immédiatement la section des tendons ou des muscles rétractés.

Le traitement comprend les moyens médicaux et les œuvres de la chirurgie. M. Duval ne fait qu'indiquer les premiers, qui, presque toujours, sont insuffisants et accessoires, et il aborde de suite l'examen des secondes, qui font la partie essentielle de ce traitement.

Avant ces derniers temps, plusieurs chirurgiens de mérite avaient tenté avec plus ou moins de succès la cure du torticolis par la section du muscle sterno-mastoïdien ; mais c'est Dupuytren, qui, le premier, en 1822, fit revivre en France cette opération, qui fut imitée par Dieffenbach, Syme, et dont l'usage s'est surtout généralisé depuis que la ténotomie appliquée au pied-bot par M. Duval est devenue d'une application journalière et multiple.

M. Duval décrit successivement les procédés de Dupuytren, de MM. Dieffenbach, Stromeyer et Velpeau. Dupuytren, dans l'opération qu'il pratiqua, fit une piqure à la peau à travers laquelle ayant introduit un bistouri étroit et boutonné sur le bord externe du faisceau claviculaire, il coupa le muscle d'arrière en avant sans intéresser la peau.

M. Stromeyer se sert d'un bistouri fin à lame convexe, et après l'avoir introduit sous la peau à travers un pli, il fait la section de dessus en dessous. M. Dieffenbach opère au contraire en passant au-dessous du muscle à diviser un bistouri à lame recourbée en serpette.

M. Velpeau expose l'une et l'autre de ces deux dernières méthodes, sans indiquer de préférence. Seulement

il insiste, en se fondant sur des considérations anatomiques judicieuses, sur le lieu d'élection, qu'il fixe pour le tendon sternal, à six ou huit lignes au-dessus du sternum, et pour la portion claviculaire à un pouce ou un pouce et demi plus en dehors.

Après ces citations, M. Duval entre dans quelques détails topographiques relatifs à la région inférieure du col, étudiant la position respective des troncs artériels et veineux et des faisceaux nerveux qui s'y rencontrent et veulent être bien connus pour être ménagés. Il fait connaître enfin sa manière d'opérer.

Le malade assis, deux aides manœuvrent de façon à tendre le plus possible le muscle rétracté. M. Duval fait alors pénétrer le tranchant de son instrument sur la partie postérieure du muscle de dedans en dehors pour le chef sternal, et pour le chef claviculaire du côté où il est le plus saillant. Quand le muscle se dessine faiblement sous les téguments, il fait préalablement une piqûre avec une lancette, et il se sert alors d'un bistouri boutonné qu'il fait glisser à plat sur la face postérieure jusque au-delà du bord opposé. Il retourne l'instrument, et en deux ou trois mouvements de scie de va et vient, le muscle est divisé. Le lieu d'élection pour M. Duval est à peu près celui que recommande M. Velpeau.

M. Duval regarde comme indispensable de redresser complètement la tête après les premières sections. Sans cette précaution, on s'expose à rendre nécessaire une seconde opération des vaisseaux importants qui sont attirés par le travail de cicatrisation vers le lieu de la suture et qui ne s'en séparent que quelques mois après.

Souvent la section du chef sternal suffit; quand il faut y joindre celle du chef claviculaire, M. Duval préfère faire une double ponction. Cependant, dans quelques cas,

la tension de ce dernier est si considérable après la division du premier qu'il le coupe du même coup. Parfois, la corde claviculaire ne se dessine qu'après plusieurs jours ou quand déjà la tête est tout à fait redressée, c'est-à-dire au bout de quelques mois. Il convient encore d'en faire la section pour que la guérison soit plus sûre.

L'opération achevée, M. Duval recouvre la petite plaie d'une compresse mouillée, et il veille à maintenir la tête relevée. Dans les cas simples un serre-tête, auquel on coud deux lacs allant l'un à la tempe, l'autre à l'occiput du côté opposé à la déviation, remplit entièrement le but. Il n'en est pas de même quand cette déviation est ancienne et considérable. M. Duval a recours alors à un appareil particulier qui permet d'imprimer à la tête les mouvements les plus variés.

DELASIAUVE.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ANGLAIS.

De l'extirpation des ovaires affectés d'hydropisie enkystée, par D. H. WALNE, chirurgien à Londres. — Il y a vingt ans environ que le docteur James Blundell prédisait que l'extirpation des ovaires affectés de cancer ou même de simple hydropisie enkystée, finirait par être adoptée comme une opération chirurgicale usuelle, et, à ce propos, il rapportait deux cas d'extirpation de ce genre venus à sa connaissance, et terminés l'un d'une manière favorable, l'autre, d'une manière fâcheuse.

Dans le premier de ces cas, celui publié par le docteur Nathan Surith, on avait employé ce qu'on pouvait appeler la petite opération, c'est-à-dire que l'incision des parois abdominales, avait été peu étendue (elle n'avait que trois pouces), et on avait dû réduire le volume de la tumeur en faisant, pendant l'opération, la ponction du kyste, duquel on avait retiré huit pintes de liquide, avant de procéder à l'extraction du sac lui-même. Il est à remarquer que dans ce cas, il existait une adhérence entre le kyste et l'épiploon, adhérence qu'il avait fallu détruire avec le scalpel.

Pour le deuxième cas, celui du docteur Blundell, on n'a pas de détails bien circonstanciés sur le procédé opératoire : il y a tout lieu de croire qu'il fut le même que dans le cas précédent, c'est-à-dire qu'une incision de trois pouces et demi étant faite aux parois de l'abdomen, le kyste fut vidé au moyen d'une ponction, puis attiré au dehors et séparé de ses attaches.

Peu de temps après la publication du travail de Blundell, M. Lizars d'Edimbourg eut communication de faits de ce genre fort singuliers, mais malheureusement très-vagues. Il en résultait que le docteur Macdowal de Danville, Kentucky, avait, dès 1809, pratiqué avec succès l'extirpation de l'ovaire, en faisant une large incision aux parois abdominales : et depuis lors il avait répété deux fois cette opération. M. Lizars, en publiant ces faits, eut le courage de faire connaître au public les essais infructueux qu'il avait faits dans cette voie, essais couronnés enfin par un cas de succès. Dans ce fait, il avait pratiqué aux parois abdominales une incision de douze pouces de longueur à travers laquelle il avait pu retirer un ovaire extrêmement volumineux affecté d'hydropisie. La malade

1843. *Novembre*. T. III.

27

se rétablit si complètement que sur l'invitation du docteur Blundell, elle vint à Londres, où les plus incrédules purent s'assurer de la possibilité de cette opération. Cependant ces faits attirèrent peu l'attention du public médical, et je ne pense pas qu'en Angleterre cette opération ait été faite avant le 12 septembre 1842, que le docteur Charles Clay la pratiqua pour la première fois à Manchester, ou le 6 novembre, que je la fis à Londres, pour le cas dont je vais donner les détails. Le procédé, qui consiste à faire une petite incision aux parois de l'abdomen, avait, il est vrai, été tenté plusieurs fois avec des résultats variés; mais les faits connus suffisaient pour démontrer qu'il n'était pas applicable au plus grand nombre des cas.

Il y a quatre ou cinq mois, qu'il se présenta à moi un sujet affecté de tumeur de l'ovaire: je crus rencontrer là un cas convenable pour pratiquer l'extirpation, la tumeur paraissant assez molle et libre d'adhérences. Un léger dérangement de la santé de la malade, qui l'engagea à aller passer quelque temps à la campagne, me fit renvoyer l'opération projetée à une autre époque, et c'est dans cet intervalle que M. Clay publia son premier cas: il servit à fixer les hésitations que je pouvais encore avoir sur le procédé à suivre; je résolus d'extirper l'ovaire en faisant une grande incision aux parois abdominales. Le docteur Blundell, après avoir examiné attentivement le sujet, m'encouragea dans mon dessein. J'arrêtai l'opération pour le 6 novembre, et j'eus la satisfaction de voir publier, avant ce jour-là, le deuxième fait du docteur Clay, et de recevoir de ce médecin une réponse à plusieurs questions que je lui avais adressées sur quelques-uns des petits détails de l'opération.

Mes raisons pour préférer une large incision des parois abdominales à une ouverture plus petite, étaient les suivantes : la moindre étendue de la plaie ne pouvait guère diminuer le danger de l'opération, et, d'un autre côté, les complications qui peuvent se présenter, complications qu'il n'est pas toujours possible de prévoir, sont beaucoup plus faciles à surmonter lorsque le chirurgien agit à travers une large plaie. Par exemple l'épanchement du sang ou du liquide contenu dans le kyste, complication fort dangereuse de l'extirpation de l'ovaire, ne peut être évité sûrement si l'on ne fait qu'une petite incision : tandis qu'on peut être sûr de s'en rendre maître par l'autre procédé. Les adhérences peuvent être détruites, les parties nettoyées, les vaisseaux liés avec facilité si la nécessité s'en présente, et l'opérateur avant de refermer la plaie, peut s'assurer complètement de l'état des parties, de manière à ne conserver aucun doute sur ce point. Ce sont là des avantages tels qu'ils ne peuvent manquer d'entraîner la décision d'un chirurgien qui ne se fera pas une idée exagérée de la crainte de produire une inflammation du péritoine.

1^{re}. *Observation.* — Madame F., âgée de 58 ans, me consulta, au mois de juillet, pour une tuméfaction considérable du ventre, lequel avait à cette époque le volume qu'il présente chez les femmes arrivées au terme de la grossesse. Les règles avaient cessé depuis quatre ans : elle avait eu souvent des métrorrhagies. Elle avait eu cinq enfants vivants et plusieurs fausses couches. Ayant examiné l'abdomen ; je trouvai une tumeur circonscrite, arrondie, fluctuante et mobile en totalité : la santé s'était maintenue en bon état, il n'y avait pas de traces d'hydropisie générale. La malade s'était aperçue depuis environ deux ans, de l'augmentation progressive

du ventre, sans pouvoir s'en rendre compte : elle n'y éprouvait aucune douleur, mais le volume de l'abdomen la gênait et attirait sur elle, d'une manière désagréable, l'attention des étrangers. De l'appendice sternal au pubis, le ventre avait dix-sept pouces et demi, et trente-sept pouces et demi de circonférence. Je diagnostiquai une maladie de l'ovaire, et l'adressai au docteur Blundell, pour confirmer l'exactitude de mon diagnostic. Ce médecin distingué ayant partagé ma manière de voir, je proposai à la malade l'opération sans lui en laisser ignorer le danger : elle s'y décida, et, le 6 novembre, nous y procédâmes de la manière suivante :

La malade assise sur un lit, les pieds appuyés sur le sol et les épaules relevées par des oreillers, je m'assis à sa droite, puis je fis aux téguments une première incision intéressant la peau et les parties tendineuses, puis, par un second coup de bistouri, je pénétrai dans le péritoine en faisant une incision d'un pouce et demi. Deux doigts introduits dans l'ouverture permirent de reconnaître avec la dernière évidence, de la fluctuation dans la tumeur. Il ne s'écoula pas de sérosité. J'augmentai ensuite l'étendue de mon incision, de haut en bas, de manière à lui donner en tout treize pouces environ.

L'incision superficielle fut faite comme dans le premier temps de l'opération, en ayant soin d'éviter la cicatrice ombilicale : l'incision profonde, intéressant le péritoine, fut faite avec un bistouri boutonné dirigé par deux doigts introduits dans l'abdomen à travers la petite plaie faite précédemment. Je le dirigeai d'abord de bas en haut, puis de haut en bas : la plaie s'étendait depuis environ trois pouces au dessous de l'appendice xyphoïde jusqu'à un pouce et demi au-dessus du pubis. L'incision terminée,

la plaie commença à se dilater de chaque côté, et la tumeur s'engagea entre ses bords, lentement d'abord, puis plus rapidement dès que son grand diamètre eut franchi l'obstacle, ce qui prouvait avec la plus complète évidence qu'elle était libre de toute adhérence anormale. On n'avait pas reconnu avec précision quel était l'ovaire malade, mais nous pensions que c'était le droit, ce qui était exact. Je passai deux doigts au-dessous du ligament large, et l'un des assistants soutint la tumeur que son poids aurait entraînée. Au moyen d'une aiguille munie d'un chas près de sa pointe, et fixée sur un manche, je passai une double ligature derrière le pédicule et je fis pénétrer l'aiguille d'arrière en avant à peu près à sa partie moyenne. Le fil coupé et l'aiguille retirée, je me disposai à lier chacune des moitiés du pédicule; mais le fil s'étant rompu, je me servis du chef qui restait pour introduire une nouvelle ligature double. Puis, le pédicule solidement étreint par les deux liens, j'incisai entre la tumeur et la partie liée, et je séparai sans difficulté le kyste volumineux qui pesait 16 livres. Après un examen attentif du pédicule, je liai une artère assez volumineuse. En ce moment, la malade fut prise de nausées et d'efforts de vomissement qui furent sans résultat. Un des aides maintenait les bords de la plaie rapprochés afin de garantir les intestins du contact de l'air. Lorsque les efforts de vomissement eurent cessé, je recherchai de nouveau les vaisseaux qui fournissaient du sang. Mais comme il y avait un écoulement en nappe, il fut décidé que le pédicule serait lié en masse; dès qu'il fut entouré d'un double fil de soie ciré, l'écoulement du sang s'arrêta et la plaie fut nettoyée; puis le docteur Blundell s'assura de l'état de l'autre ovaire, et il ne resta plus qu'à fermer la plaie et à la maintenir par des points de suture. J'en plaçai douze, puis de longs tampons de charpie furent

rangés sur les côtés à quelque distance de l'incision, et le tout maintenu par de longues bandelettes agglutinatives qui faisaient le tour du corps. Je terminai le pansement en plaçant un bandage plein à sa partie moyenne, mais divisé en huit chefs à chacune de ses extrémités; chacun d'eux venait se fixer du côté opposé de l'abdomen. Il fut serré modérément et parut être fort agréable à la malade.

Après l'opération, le pouls était à 76, comme je l'avais trouvé la veille au soir; mais la malade était pâle et froide et se sentait un peu défaillir quand on la remit au lit. Une cruche d'eau chaude fut mise aux pieds, et je lui fis prendre une potion calmante composée d'une mixture camphrée avec un quart de grain d'acetate de morphine. Elle fut renouvelée une heure plus tard. A cinq heures, le pouls était à 82, et à huit heures du soir, je le trouvai à 96. La malade s'était réchauffée après avoir pris sa potion : elle avait dormi deux heures et transpirait abondamment. Quelques douleurs de reins que la malade avait ressenties au moment de la ligature du pédicule avaient presque entièrement cessé. La plaie seule était un peu douloureuse. A minuit, je la revis et retirai par le cathétérisme cinq onces d'urine. Depuis huit heures, elle avait encore dormi trois heures : le pouls à 89.

7 novembre. — Je visitai la malade trois fois dans la journée et retirai chaque fois une certaine quantité d'urine, quatorze onces et demi en tout. Le pouls variait de 86, la malade étant endormie, à 90 et 96 lorsqu'elle était éveillée. Malgré qu'elle eût dormi une grande partie de la nuit, elle resta assoupie presque tout le jour. Il n'y avait pas de douleurs, le ventre n'était point sensible à la pression, excepté sur le trajet de la plaie. Il n'y avait ni tension, ni tympanite, ni envie de vomir. Une ou deux cuil-

lerées de panade furent permises dans la soirée. Plus tard on répéta la potion calmante.

8 novembre. — La seconde nuit n'avait pas été aussi bonne que la première. La malade avait été un peu agitée, elle avait très-chaud, mais cependant était encore en moiteur. Elle se plaignait d'avoir soif; il y avait eu deux ou trois fois des envies de vomir. Je lui prescrivis du Soda-Water, dont elle but une bouteille et demie dans la journée. Le pouls était à 88 le matin; il s'éleva à 96 vers neuf heures du soir pour retomber à 84 à minuit. Je ne retirai que peu d'urine avec la sonde. A neuf heures du soir, je trouvai la malade fort mal à son aise : elle éprouvait une grande envie d'uriner et d'aller à la selle sans oser y céder. Le cathétérisme et un lavement procurèrent un prompt soulagement. Elle avait eu quelques efforts de vomissement et quelques éructations gazeuses. Elle s'agitait dans son lit, et il était difficile de l'empêcher de faire des mouvements dangereux. Après un de ces mouvements, elle fut très-effrayée de sentir quelque chose de chaud couler sur son ventre. Ce n'était que de la sérosité qui s'était échappée de la plaie. Je m'aperçus que les ligatures, dont j'avais laissé l'extrémité dépasser la plaie d'environ deux pouces, avaient été retirées vers l'intérieur du ventre. On ne pouvait plus les apercevoir. La malade éprouvait du soulagement et elle dormit trois heures fort tranquillement.

9 novembre. — La malade a dormi les deux tiers de la nuit, et a rendu spontanément neuf onces, puis plus tard encore quatre onces d'urine. Elle éprouve le désir de prendre quelques aliments : on lui permet de la panade. Les nausées ont cessé. Langue humide et assez nette. Peau moite. Un lavement et la potion calmante sont répétés.

10 novembre. — Elle a eu deux selles et uriné deux fois.

Elle a été un peu agitée : elle avait de la soif et parfois de légères nausées. Nous lui permettons une tasse de thé et un peu de biscuit pour son déjeuner. Le pouls est à 80 et 82 : il y a quelques petites coliques.

11 novembre. — La nuit n'a pas été très-bonne : il y a eu deux vomissements bilieux accompagnés de beaucoup d'efforts : nausées continuelles, éructations fréquentes. Quelques coliques. Pouls à 80. J'enlevai les points de suture placés au-dessous de l'ombilic, laissant ceux qui sont placés au-dessus. Je fis donner à la malade un peu de bouillon léger.

Vers midi pas d'amélioration. Pouls à 83, langue sale, enduite d'une couche brune : agitation et parfois un peu de délire. Nausées constantes, vomissements fréquents, hoquets, douleurs à l'ombilic. Ces symptômes me donnèrent de l'inquiétude pour la sûreté de la malade. Je craignis qu'ils n'annonçassent le développement d'une affection intestinale. Après une consultation avec MM. Blundell et Vincent, il fut décidé que nous ne ferions aucune tentative pour retrouver les ligatures, et que nous nous bornerions à l'emploi de la potion calmante et des lavements simples. Ces moyens suffirent pour amener une remarquable amélioration. La nuit fut beaucoup plus tranquille.

Le 12 la malade se sentait assez bien, elle avait eu à peine des nausées. Pouls à 79, mou et plein. Hoquets répétés, qui s'accompagnent de douleurs à l'ombilic. Pendant la journée, l'amélioration se prononça. Le lavement procura l'évacuation de matières dures et fétides. La nuit fut bonne.

Le 19, elle n'avait plus ni douleurs ni nausées. La langue était humide et plus nette : il ne restait que du hoquet. Elle me dit que même en bonne santé, elle y était fort sujette. J'enlevai les points de suture qui res-

taient encore. La plaie était cicatrisée dans la plus grande partie de son étendue : il y avait trois points seulement qui n'étaient point réunis et dont l'étendue totale était à peine de trois pouces. Peu de temps après le pansement, les nausées et les autres symptômes d'étranglement disparurent. Cet accident dépendait de ce que l'une des bandellettes était trop serrée. Dès que je m'en aperçus, je la relachai et un soulagement marqué ne tarda pas à se prononcer.

14 *Novembre*. La malade a bien dormi. Elle n'a plus de nausées. Sa langue est humide et nette. Pouls a 78. Elles prend de légers potages.

A partir de ce moment, la malade alla de mieux en mieux. Le 23, elle put se lever. Le 25, les ligatures se présentèrent à l'extrémité inférieure de la plaie, et le 27, je pus retirer celle qui avait été placée autour de l'artère comprise dans le pédicule de la tumeur.

Le 29, la malade se sentait parfaitement bien : la plaie était complètement cicatrisée, à l'exception d'une petite portion, semblable à une plaie de séton, par laquelle sortaient les extrémités des ligatures qui étraignaient le pédicule de la tumeur. Pendant longtemps, j'essayai par de légères tractions de les détacher, mais sans succès.

A partir du 6 janvier, j'imaginai de leur imprimer un mouvement de torsion et de les fixer dans cette position sous l'emplâtre agglutinatif. Le 8 et le 10, j'augmentai la torsion des fils et ce dernier jour, 10 janvier, dix semaines après l'opération, je pus les retirer sans douleur et sans effort. Quelques jours suffirent pour cicatriser la petite plaie et la malade fut définitivement guérie.

2^e *Observation*. Au commencement de 1843, M. Camplin de Fuisbury Square m'amena une de ses malades

qu'il regardait comme affectée d'hydropisie enkystée de l'ovaire. Il croyait ce cas favorable pour pratiquer l'extirpation, opération dont je venais de publier un exemple. Après un examen attentif, je partageai son opinion sur la nature de la maladie et sur la convenance d'une opération.

La malade était une veuve âgée de 57 ans : elle ne s'était mariée qu'à 46 ans et n'avait pas eu d'enfants. Ses règles, qui avaient toujours été pénibles, parurent jusqu'à 49 ans. Depuis plus de seize ans, il lui semblait qu'elle était plus grosse du côté gauche de l'abdomen que du côté droit : mais ce n'était que huit ans auparavant qu'elle avait commencé à ressentir un peu de douleur au côté gauche du ventre : un médecin qu'elle consulta signala l'ovaire comme l'organe malade et lui prescrivit des sangsues, des frictions iodurées, etc. Depuis deux ou trois ans seulement elle avait remarqué une augmentation de volume du ventre. Ce n'était guère que depuis un an qu'elle avait commencé à maigrir de tout le corps, en même temps que le ventre avait grossi d'une manière notable. Lorsque je la vis, Mme R... avait l'apparence d'une personne maigre, mais bien portante, arrivée au huitième mois de la grossesse. Sa santé générale était assez bonne : seulement elle avait souvent des flatuosités et d'autres symptômes de mauvaises digestions.

Comme quelques médecins croient encore que l'hydropisie enkystée de l'ovaire est susceptible d'être guérie par des moyens internes, nous nous decidâmes à ne recourir à l'opération qu'après avoir essayé les plus renommés de ces moyens. Pendant plus de deux mois la malade prit de la solution de potasse et d'iodure de potassium, sans qu'aucun amendement se fit remarquer. Le ventre augmentait d'une manière très-sensible.

Alors il fallut se décider à l'opération. M. Blundell,

appelé en consultation, approuva beaucoup notre décision : l'opération fut arrêtée pour le 30 mai.

Pendant quelques jours qui précédèrent, la malade fut tenue au lit, le ventre doucement évacué : on donna une nourriture substantielle, mais ne fournissant que peu de résidus. La température de la chambre habitée par la malade fut maintenue à 18 degrés. Enfin nous traçâmes sur les teguments de l'abdomen, avec du nitrate d'argent, une ligne représentant l'incision que nous aurions à faire.

Le 30 mai, à 5 heures du soir, madame R. fut couchée sur un lit, les jambes pendantes à son extrémité, et le dos, ainsi que les épaules, bien soutenus avec des oreillers.

Comme dans le cas précédent, je commençai par faire une petite incision d'un pouce et demi de long sur le trajet de la ligne blanche, puis j'ouvris le péritoine dans une étendue plus petite encore. Pendant que je faisais cette incision, il s'écoula un peu de liquide transparent, provenant probablement de la gaine du muscle droit, ce qui fit croire à quelques assistants que j'avais ouvert le sac.

Le doigt introduit par l'ouverture me permit de reconnaître qu'il n'existait aucune adhérence de la tumeur avec le péritoine pariétal. Je pouvais donc continuer mon opération sans craindre d'être arrêté par d'insurmontables obstacles.

Je procédai alors plus rapidement : j'incisai les teguments de haut en bas, dans l'étendue d'environ douze pouces, puis, avec un bistouri courbe boutonné, dirigé et garanti avec deux doigts, j'ouvris le péritoine dans une longueur égale. Les bords de la plaie s'écartèrent, et la tumeur, libre d'adhérences, s'y engagea ; un des aides

soutenait les lèvres de l'incision, et les rapprocha derrière la tumeur dès qu'elle fut sortie, afin que les viscères abdominaux eussent à souffrir le moins possible du contact de l'air. Un autre aide fixa la tumeur pendant que je passais deux doigts de la main gauche derrière le ligament large de l'utérus, qui formait le pédicule. Ces deux doigts servirent à porter en arrière une aiguille garnie d'un double fil, laquelle fut enfoncée d'arrière en avant dans le milieu du pédicule. L'un des fils fut lié solidement, mais le second se cassa en voulant le serrer, et il fallut porter une ligature en masse sur le pédicule, lequel fut coupé en avant de la ligature, et la tumeur fut enlevée. Ce pédicule était fort court, l'utérus ayant été repoussé en arrière par la tumeur : Il survint une hémorrhagie, que le peu de longueur du pédicule rendait fort difficile à maîtriser. Cependant, en l'attirant un peu fortement au dehors par le moyen des ligatures, je pus comprimer avec les doigts les vaisseaux ouverts, et arrêter définitivement l'écoulement du sang en jetant une seconde ligature sur la totalité du pédicule. Pour ces manœuvres, la grandeur de notre incision nous fut d'une immense utilité.

Les caillots sanguins bien absterlés, les bords de la plaie furent réunis aussi exactement que possible, et neuf points de suture entrecoupés servirent à les maintenir dans cette position. Le pansement fut fait comme dans le cas précédent. La malade, qui avait supporté l'opération avec beaucoup de courage, fut remise au lit. Elle prit une potion avec un 1/4 de grain d'acétate de morphine; la potion fut répétée une heure plus tard. A six heures et demie le pouls était à 110. A dix heures du soir il était à 106, et assez large : la peau était chaude.

La malade avait dormi un peu. Elle se plaignait de

douleur dans le côté gauche et dans le dos. Le cathétérisme nous permit de retirer de la vessie onze onces d'urine. Je ne permets pour boisson qu'une livre d'eau pure.

31 *Mai*. Il y a eu un peu de sommeil pendant la nuit. Pas de nausées ni de frissons. L'abdomen n'est ni distendu ni douloureux à la pression, excepté sur le trajet de la plaie et dans la région iliaque gauche. Le pouls est à 120. J'ai retiré par le cathétérisme 21 onces d'urine, puis à une seconde visite encore 10 onces; depuis, la malade a uriné deux fois spontanément. La langue est nette et humide; la respiration est facile: la malade peut sans trop de peine se retourner dans son lit.

1^{er} *Juin*. La nuit a été bonne. La peau est moite, la langue est humide. Il y a eu deux selles et quelques émissions spontanées d'urine. Pouls à 109 à neuf heures du matin, descendu à 102 à onze heures du soir. Je permets un peu de bouillon.

2 *Juin*. La malade est dans un état satisfaisant. Pouls à 102. La plaie a été pansée; on la trouve réunie dans toute son étendue, si ce n'est dans la longueur d'environ $\frac{3}{4}$ de pouce à sa partie inférieure, par laquelle sortent les ligatures. On enlève les points de suture. Vers le soir il survint du malaise et des nausées: mais pas de douleur abdominale. Comme il n'y a pas eu de selle, on administre un lavement simple (Augmenter la quantité du bouillon).

3 *Juin*. Nuit assez bonne, seulement la malade a eu un mauvais rêve; tympanite et quelques légères coliques. D'après le désir de la malade, on lui permet un œuf frais avec du pain et du beurre et du thé pour son déjeuner. Le pouls qui était à 108 le matin, tombe à 105 dans la soirée.

4 *Juin*. Nuit meilleure. Il y a eu deux selles rendues facilement. L'émission de l'urine se fait spontanément et sans peine. Pouls a 106, assez faible. On prescrit du gruau avec un peu d'eau-de-vie : un potage d'arrow-root pour le soir.

Jusqu'au 8 juin la malade se maintint dans un état satisfaisant. Elle put manger un peu de mouton bouilli. Mais ce jour-là elle ressentit des douleurs rhumatismales dans les bras, dans les épaules et dans le cou. La langue est couverte d'un enduit épais. L'urine est colorée. Il y a du malaise dans la région iliaque gauche, laquelle paraît empâtée. Le membre inférieur gauche est plus volumineux que celui du côté opposé. Pouls à 110. Vers le soir les douleurs des membres s'exaspèrent, mais il y a moins de douleurs dans la fosse iliaque : la jambe droite devient aussi douloureuse, surtout lorsqu'on lui imprime des mouvements.

9 *Juin*. Nuit assez mauvaise : le sommeil a été troublé par les douleurs des membres, surtout dans la jambe gauche qui est plus gonflée que le jour précédent : il y a une assez vive sensibilité à la pression sur le trajet des vaisseaux sanguins à l'aîne. Pouls à 125 : urine plus rouge ; langue sale ; pas de frissons : peau moite (application de sangsues à l'aîne, infusion de quinquina).

2 heures de l'après-midi. Bien que les sangsues n'aient fourni que peu de sang, la malade se trouve soulagée. Le pouls est à 130. Mais dans la soirée la douleur et le gonflement augmentent. On renouvelle l'application des sangsues. Lavement émollient. Potion anodyne.

Le docteur Blundell, appelé en consultation, partagea notre opinion que nous avions à faire à une légère phlegmatia alba dolens dépendante d'une inflammation des veines.

10 *Juin.* Nuit meilleure : moins de douleurs : pouls à 138. (Répéter l'application des sangsues). Vers le soir le pouls tombe à 119. La jambe gauche est un peu moins douloureuse.

11 *Juin.* Assoupissement, et un peu de confusion des idées. Pouls à 145. Dans la matinée il s'éleva même à 150, pour retomber ensuite à 130, et les jours suivants à 100. Le gonflement éprouva une diminution progressive; l'état général s'améliora peu à peu. A une certaine époque, la jambe droite devint douloureuse et un peu gonflée. Mais cela dura peu. La convalescence s'établit d'une manière graduelle, mais lente. Pendant plusieurs jours il y eut de la douleur sur le trajet des veines aux aines des deux côtes. Il y eut des sueurs, et pendant toute la convalescence, il y eut des douleurs rhumatismales vagues.

La première ligature, placée autour de la moitié du pédicule, se détacha vers la cinquième semaine. Les autres, qui comprennent la totalité du pédicule, bien que tordues avec assez de force, ne sont pas encore tombées au bout de sept semaines.

La tumeur enlevée dans ce cas pesait seize livres et trois quarts, sa circonférence avait deux pieds onze pouces et demi; sa circonférence verticale, deux pieds six pouces.

3^e *observation.* Le 12 septembre 1843, M. Walke a encore eu l'occasion d'enlever un ovaire affecté d'hydropisie enkystée volumineuse. La tumeur pesait vingt-huit livres. La malade, qui était âgée d'une vingtaine d'années, paraît jusqu'à présent dans un état fort satisfaisant. L'observation détaillée n'a pas encore été publiée.

(*London medical gazette*, décembre 1842.

August, 1843),

Extirpation de l'ovaire pour une hydropisie enkystée remontant à 17 ans, par le docteur FRÉDÉRIK BIRD. —

Madame Gelsthorpe, âgée de 35 ans, était affectée depuis 17 ans d'une hydropisie enkystée de l'ovaire, pour laquelle on avait pratiqué dix fois la ponction. Dans les derniers temps, elle avait été sujette à des hémorrhagies utérines fort abondantes, pendant la durée desquelles la tumeur paraissait cesser de faire des progrès, mais pour les reprendre aussitôt que le sang ne coulait plus. Les inconvénients que déterminait la présence de la tumeur faisaient vivement désirer à la malade qu'une opération fût pratiquée. On finit par céder à son désir.

Le 26 juin, la malade ayant été placée sur un lit, les jambes pendantes à son extrémité, une petite incision exploratrice fut faite au-dessous de l'ombilic; le doigt introduit par cette ouverture reconnut qu'il n'existait pas d'adhérences; l'incision fut alors agrandie de manière à lui donner trois pouces et demi ou quatre pouces de longueur. La tumeur s'engagea entre ses bords: alors elle fut saisie avec des pincés à crochets, puis une ponction fut faite à son centre, et une sonde introduite dans sa cavité pour évacuer tout le liquide qui y était contenu. Alors le kyste fut attiré au dehors sans beaucoup de peine. La main gauche fut alors introduite dans le ventre pour explorer l'état du pédicule. Celui-ci ayant été attiré fortement au dehors, une aiguille garnie d'une double ligature fut passée à sa partie moyenne, de manière à lier séparément chacune de ses moitiés. Puis une troisième ligature fut placée sur la totalité du pédicule, qui fut ensuite incisé. L'utérus remis en place, la plaie fut réunie par quelques points de suture, et recouverte de linges imbibés d'eau froide.

Il y eut de la douleur lombaire, des vomissements et

de la toux, et pendant les efforts qu'ils déterminèrent, une anse intestinale s'engagea dans la plaie : sa réduction fut un peu difficile ; ensuite deux nouveaux points de suture furent placés.

A partir de ce moment, il n'y eut plus d'accident, de nature du moins à donner de l'inquiétude. Vers la fin du mois de juillet les ligatures tombèrent, et la plaie se cicatriza promptement. L'opérée était dans l'état de santé le plus satisfaisant.

(*London Medical gazette* : 18 August. 1843).

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT DE FRANCE.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Novembre 1843.)

Culture de l'opium. — Tendance des racines à fuir la lumière.

SÉANCE DU 6 NOVEMBRE. — *Culture de l'Opium.* — M. Caventou écrit à l'Académie que ce que l'on tente en ce moment en Algérie, sur la culture de l'opium, sous l'inspiration du ministre de la guerre, avait déjà été essayé et presque résolu en France, quinze ans plus tôt, par le général Lamarque. Il possède, dit-il, des échantillons d'opium en larmes recueillis dans quatre différents domaines que ce général possédait dans le département des Landes ; ces échantillons donnèrent à l'analyse des quantités de morphine tellement considérables par rapport à

1845. *Novembre.* T. III.

28

celles que fournissaient alors d'égales quantités d'opium du commerce, qu'ils laissaient et laissent encore aujourd'hui assez loin derrière eux la richesse alcaloïde de ces dernières. Ainsi il a constaté une richesse de plus de 14 p. 100 de morphine, et c'est sur l'un de ces échantillons que Pelletier avait trouvé 12 p. 100 de morphine très pure. M. Caventou rappelle cette circonstance pour répondre au doute que M. Payen a émis sur l'exactitude de l'analyse de M. Simon, qui dit avoir trouvé 12 p. 100 dans les échantillons provenant de l'opium cultivé en Algérie. Il résulterait de ces faits que le pavot indigène exploité convenablement fournit un opium beaucoup plus riche que celui que l'on fait venir d'Orient par la voie du commerce.

Sur la tendance des racines à fuir la lumière. — M. Payen communique sur ce sujet un nouveau mémoire dans lequel il se propose de rechercher la cause de ce phénomène, par contre-partie au fait de la tendance des tiges vers la lumière dont il a fait l'objet d'un premier mémoire précédemment adressé à l'Académie.

Pour constater que les racines fuient la lumière, il suffit, dit-il, de faire germer dans une chambre éclairée par une seule fenêtre des graines de choux ou de moutarde blanche sur du coton flottant dans un vase en verre rempli d'eau. En même temps que les tiges s'inclinent toutes vers la lumière, les racines plongées dans l'eau se courbent en sens inverse, comme si elles fuyaient cette lumière, de façon que les jeunes plantes représentent alors assez bien chacune la figure d'un S.

Il y a des plantes dont les racines fuient la lumière directe du soleil et la lumière diffuse; d'autres la lumière directe du soleil seulement; d'autres enfin ni l'une ni

l'autre. Par conséquent, les racines sont de capacité différente pour la lumière, suivant la nature des plantes elles-mêmes. De ces faits résultent nécessairement les conséquences suivantes, qui, du reste, ont été vérifiées directement par des expériences précises.

1° L'angle d'inclinaison formé avec la verticale par la racine qui s'infléchit est différent de l'angle d'inclinaison formé en sens inverse par la tige avec la même verticale.

2° Il est toujours plus petit, c'est-à-dire que la courbure de la tige vers la lumière est toujours plus grande que la courbure des racines en sens inverse.

3° Plus la lumière est intense, plus cet angle d'inclinaison est considérable.

Restait à savoir si toute la lumière concourt à l'inclinaison de ces racines, ou si ce n'est qu'une ou plusieurs parties du spectre. Des expériences faites au moyen d'un spectre rendu fixe à l'aide d'un héliostat ont conduit aux résultats suivants :

Il n'y a qu'une portion du spectre qui agisse sur les racines des plantes soumises à l'expérience. Il y a par conséquent toujours une portion où a lieu le maximum d'action, et l'inclinaison est d'autant moins grande qu'on s'en écarte davantage. Cette portion maximum est variable pour les différentes plantes. La portion du spectre où les racines se courbent le plus est aussi celle où les tiges se courbent le plus, c'est-à-dire que la portion maximum d'action est la même pour les tiges et pour les racines d'une même plante.

Cette action de la lumière sur les tiges et les racines a, sans aucun doute, une grande influence sur la tendance des tiges vers le ciel et des racines vers la terre.

Quant à la cause par laquelle la même espèce de lu-

mière produit sur la tige et les racines des effets si différents, M. Payen se réserve de l'étudier d'une manière spéciale.

Il rappelle seulement, en terminant, que si l'on fait l'expérience de manière à ce qu'il n'y ait que la tige soumise à l'action directe du soleil, cette tige se courbe seule, et la racine reste droite. On ne peut donc pas supposer ici, comme on l'a fait pour la tendance des racines vers le centre de la terre, une espèce de polarité qui ferait que la tige, s'inclinant vers la lumière, la racine devait par cela seul s'infléchir en sens inverse.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

(Novembre 1843.)

Calcul dans la vessie. — De l'hypertrophie de la rate dans la fièvre intermittente. — Réforme des quarantaines contre la peste. — De l'hémiplégie nerveuse.

SÉANCE DU 31 OCTOBRE. — *Calculs de la Vessie.* — M. Ségalas communique un fait qui tend à montrer qu'aujourd'hui les difficultés de la lithotritie sont moins des difficultés mécaniques que des difficultés résultant des complications de l'affection calculeuse.

Obs. — Le chef d'une famille respectable vint, il y a quatre ans, de la province à Paris pour demander des soins contre une hématurie et quelques autres symptômes relatifs aux voies urinaires. M. Récamier, consulté le premier, chercha à reconnaître par le cathétérisme s'il existait une pierre dans la vessie; mais au lieu d'une pierre il y trouva un fungus. Le même examen, fait quelques jours plus tard par M. Ségalas, donna le même ré-

sultat. En conséquence, on se borna à des moyens médicaux, et le malade rentra chez lui. Il y a vécu depuis, présentant à peu près les mêmes symptômes. Seulement au bout de quelque temps l'hématurie, qui jusque-là se montrait aussi bien pendant le repos qu'en toute autre circonstance, s'est renouvelée surtout après l'exercice, comme si un corps étranger était venu se joindre au fungus; cependant les besoins d'uriner sont devenus de plus en plus fréquents, les douleurs de plus en plus vives, et le malade a pris le parti de se rendre à Paris pour réclamer les soins de la chirurgie. M. Ségalas a reconnu par la sonde la présence d'une pierre dans la vessie, et, après quelques jours de préparation, ayant égard à la bonne constitution du malade et à sa répugnance extrême pour la taille, il a pratiqué, sous les yeux du médecin ordinaire, M. le docteur Gouraud, une première séance de lithotritie, séance très facile, très courte, très peu douloureuse. Pendant quelques jours les choses ont été au mieux; mais le sixième jour, à la suite d'efforts faits pour aller à la garde-robe, le malade a été pris de symptômes apoplectiques. Ces symptômes, combattus d'abord avec quelque apparence de succès par MM. Récamier et Gouraud, se sont aggravés ensuite, et la mort est arrivée huit jours après l'accident.

A l'autopsie, on a observé ce qui suit :

La vessie hypertrophiée contenait un fungus du volume d'une noix et une pierre cordiforme ayant à peu près celui d'un œuf de poule. Cette pierre était divisée en deux gros fragments et plusieurs petits. Les reins, surtout le gauche, étaient enflammés, et offraient à leur surface du pus sous forme de granulations. Il y avait un épanchement de sang dans l'hémisphère cérébral droit, à l'union du tiers postérieur avec les deux-tiers antérieurs,

et de plus un kyste hydatique dans le ventricule correspondant. Ainsi la lithotritie avait pu être commencée sans peine, malgré le volume de la pierre, malgré la présence d'un fungus ; mais, abstraction faite de l'apoplexie qui est venue enlever le malade, les complications de l'affection calculieuse étaient par elles-mêmes au-dessus des ressources de l'art.

SÉANCE DU 7 NOVEMBRE. — *Hydrophobie*. — M. Derigny fait connaître, à l'occasion du cas d'hydrophobie communiqué par M. Perron, cinq faits du même genre, dont l'un a été déterminé par un chien enragé qui avait léché les doigts de sa maîtresse. M. Derigny a reconnu, dans cette circonstance, qu'il existait de petites fissures, de petites envies aux extrémités des doigts, lesquelles lui ont paru suffisantes pour expliquer la contagion. L'auteur conclut de plusieurs faits analogues qu'il a eu l'occasion d'observer : 1° que les cas de rage spontanée sont très rares ; 2° que les solutions de continuité de la peau, celles de l'épiderme et des muqueuses, si petites qu'elles soient, sont suffisantes pour rendre la contagion possible ; et qu'il suffit même de ces légers soulèvements de l'épiderme au pourtour des ongles, connus sous le nom d'envies, pour que l'absorption du virus ait lieu.

De l'hypertrophie de la rate dans la fièvre intermittente. — M. Cornay lit sur ce sujet un mémoire dont les points principaux se résument dans les conclusions suivantes :

1° Je propose le mot vulgaire de *tourteau* (1) pour dé-

(1) Les paysans des marais de la Charente-Inférieure donnent le nom de *TOURTEAU* à l'hypertrophie de la rate dans la fièvre d'accès. Cette dénomination populaire est tirée de ce que, dans cette maladie, la rate prend la forme ronde et comme aplatie de cette espèce de gâteau.

signer l'hypertrophie de la rate produite par la fièvre intermittente splénique aiguë ou chronique.

2° Les fièvres intermittentes aiguës ou accès réguliers peuvent passer à l'état chronique, c'est-à-dire continu, lent, sans accès ni intermittences, quelquefois à exacerbations plus ou moins irrégulières.

3° Les fièvres intermittentes chroniques peuvent se développer d'emblée, sans qu'il soit nécessaire qu'elles commencent par le mode aigu.

4° L'hypertrophie simple de la rate n'est qu'un symptôme de la fièvre intermittente splénique aiguë ou chronique.

5° Dans l'hypertrophie, à tous les temps de son existence, il n'y a jamais inflammation de la rate ou splénite.

6° On ne peut considérer l'affection de la rate des fièvres d'accès comme point de départ de ces fièvres ; ce serait étrangement abuser du désir de localiser les fièvres.

7° Il est presque impossible de confondre l'hypertrophie avec les autres tumeurs de la rate et de l'hypochondre gauche.

8° Le symptôme qui nous occupe cesse facilement et n'est point dangereux.

9° Les sels absorbables de quinine guérissent les fièvres intermittentes spléniques aiguë et chronique, et leur symptôme à la rate.

10° Les saignées sont utiles dans la fièvre intermittente splénique chronique, quand les vaisseaux ont besoin d'être vidés et favorisent le retour du sang dans la circulation ; enfin, elles modifient, dans certains cas, avantageusement les hypertrophies de la rate dans cette fièvre.

11° Les saignées sont inutiles dans la plupart des fièvres intermittentes aiguës ; il m'a même semblé que les sujets qui avaient été saignés s'en débarrassaient moins facilement que les autres.

12° Les bons mets en petite quantité, les vins généreux, les toniques, sont très indiqués chez les sujets atteints de fièvres intermittentes aiguës ou chroniques, et en particulier de l'intermittente splénique chronique.

13° Les sels acides de quinine sont les médicaments les plus sûrs pour guérir l'hypertrophie et la fièvre lente qui l'entretient.

14° Le sulfate de quinine et les autres remèdes dits fébrifuges ne guérissent pas toujours les fièvres intermittentes aiguës ou chroniques. Dans ce cas, le changement de pays contribue presque à lui seul à faire disparaître la maladie.

15° Je dirai qu'il y a bien de la différence entre les observations que l'on peut faire à Paris sur ce sujet, et celles que l'on fait dans les terrains récents d'alluvion et les marais de l'embouchure des fleuves, où ces maladies sont nombreuses et présentent un caractère particulier.

16° Que l'on consulte les anciens médecins de ces pays, ils diront tous que, bien longtemps avant la découverte du sulfate de quinine, nos pères guérissaient les engorgements de la rate par le quinquina, les toniques et les saignées locales pratiquées sur la rate ou à l'anus.

Le travail de M. Cornay est renvoyé à une commission composée de MM. Jadelot, Honoré et Piorry.

SÉANCE DU 14 NOVEMBRE. — *Réforme des quarantaines contre la peste.*—M. Londe fait, au nom d'une commission composée de MM. Kéraudren, Royer-Collard, Londe, rapporteur, un rapport sur un travail de M. Aubert ayant pour titre : *De la réforme des quarantaines de la peste* (1).

(1) Ce travail a été inséré dans les deux précédents cahiers de la *Revue médicale*.

Les faits avancés par M. Aubert résultent de ses recherches en Orient, et sont confirmés par un tableau extrait de l'enquête faite par ordre de M. le ministre du commerce, qui établit : 1° que pendant une période de 124 ans, c'est-à-dire de 1717 à 1841, 64 bâtimens seulement, revenant d'Orient en Europe, ont été attaqués de la peste ; 2° que les attaques ont eu lieu, ou seulement pendant la route ou après l'arrivée dans un port d'Europe ; 3° que jamais navire arrivé sans attaque pendant la traversée n'en a eu après l'arrivée ; 4° que jamais il n'y a eu une attaque de peste sur les gardes et les portefaix commis aux marchandises ; 4° que sur les 64 bâtimens attaqués par la peste, 26 seulement ont continué de l'avoir après leur arrivée en quarantaine, et que dans les 38 autres la peste s'est bornée aux cas qui ont eu lieu en mer ; que , par conséquent, tout bâtiment arrivé sans cas de peste en mer pourrait être admis en libre pratique.

M. Aubert, dit M. Londe, a procédé par une voie beaucoup moins longue et moins ardue que Chervin, dont l'intrépidité, la persévérance et le désintéressement avaient prodigieusement avancé cette question, quand la mort vint arrêter ses travaux ; Chervin avait à établir un grand principe scientifique. M. Aubert s'est placé en dehors des questions scientifiques de la contagion ou de la non contagion. Que la peste soit ou non contagieuse, qu'elle se transmette à la manière du virus variolique, du virus rabique ou à la manière des miasmes, peu importe pour lui ; dès qu'il aura démontré par des faits que la maladie ne s'est jamais développée au-delà d'une période d'incubation déterminée et qui est plus courte que la durée de la traversée, il se croira suffisamment autorisé à déclarer inutiles les mesures sanitaires en usage. Or, voici les faits sur lesquels il s'appuie. Les bal-

lots de marchandises provenant de foyers pestilentiels, soit qu'ils aient été ouverts sur le pont d'un bâtiment, ou bien dans les lazarets, n'ont jamais produit la peste, et cela pendant une période de 124 ans. Depuis 124 ans, également, il n'y a pas d'exemple qu'il se soit manifesté un seul cas de peste au-delà de huit jours écoulés à dater du départ.

Tels sont les faits qui intéressent plus spécialement l'Académie, et sur lesquels le rapporteur a voulu fixer son attention. Ces faits sont-ils exacts et à l'abri de toute contestation ? Là est toute la question. Ces faits ont été contestés ; ils l'ont été par un homme compétent et d'une grande autorité dans cette matière, par M. Sénac, secrétaire du conseil de santé au ministère du commerce. Or, si M. Aubert a pu être trompé sur les faits relatifs à la durée des quarantaines, ainsi que l'avance M. Sénac, ne peut-il pas l'avoir été sur d'autres points ? Ces motifs nous engagent à rester dans le doute. Toutefois, nous ajouterons, dit en terminant le rapporteur, que si les faits avancés par M. Aubert étaient démontrés exacts, l'Académie ne pourrait qu'approuver les propositions qu'il lui soumet.

Nous proposons, en conséquence, pour toute conclusion, d'adresser des remerciements à l'auteur.

M. ROCHOUX : En 1837, je disais à l'Académie que le gouvernement anglais avait supprimé les quarantaines pour la fièvre jaune. Il me fut répondu alors que mon assertion n'était point exacte ; je pris des renseignements auprès d'un membre du parlement anglais, et il me fut confirmé que j'avais dit vrai. Ce qui avait donné lieu à un mal entendu sur ce fait, c'est qu'on avait fait courir le bruit que le gouvernement anglais devait revenir sur sa décision ; mais il n'en fut rien. La décision fut main-

tenue. Le même parti a été pris depuis pour la peste. Qu'en est-il résulté de fâcheux pour l'état sanitaire de l'Angleterre? Vous allez en juger par le fait suivant : En 1833, la peste régnait en Égypte. Le pacha, éprouvant de grands embarras de finances, fit connaître au commerce européen qu'il venait d'effectuer une baisse considérable dans le prix des cotons. Les négociants anglais, libres de toute entrave dans leur commerce, enlevèrent presque tous les cotons et les transportèrent promptement dans leur pays, et cela sans qu'il en résultât le moindre accident.

Ces faits, qui viennent à l'appui de l'opinion de M. Aubert, me paraissent de nature à faire prendre cette opinion en sérieuse considération. Je désirerais en conséquence, qu'en outre des conclusions proposées par la commission, l'Académie votât le renvoi du rapport au ministre compétent.

M. ROYER-COLLARD : J'approuve en tous points et je partage le jugement porté par le rapporteur. L'Académie n'a pas à se préoccuper, dans cette question, de ce qui touche aux intérêts commerciaux; elle n'a à considérer uniquement que les faits médicaux. Aussi est-ce avec grande raison que le rapporteur s'est borné à l'historique et à l'appréciation de ces faits. C'est avec raison aussi qu'il a dit que, si les faits sur lesquels M. Aubert fonde son opinion étaient exacts, l'Académie devrait lui donner son approbation; mais que ces faits n'étant point à l'abri de toute contestation, il n'y avait point lieu de proposer d'autre conclusion que celle qu'a adoptée la commission. Quant au renvoi au ministre, qui vient d'être demandé, je ferai observer que le ministre du commerce a déjà soumis cette question à l'Académie des sciences, et que, par conséquent, ce renvoi serait sans objet; ce n'est pas

que je voie d'inconvénient à cette communication ; mais elle me paraît sans utilité. Il est un point de science sur lequel je me permettrai d'arrêter un instant l'attention de l'Académie, je veux parler de la période d'incubation des maladies contagieuses ou réputées telles. Je ne pense pas que, dans les maladies contagieuses, virulentes, il soit possible d'assigner à la période d'incubation une durée déterminée. Le virus vaccin, par exemple, a une durée préservatrice qui est indéfinie, ou à laquelle, du moins, on n'est point en droit d'assigner une limite précise. En admettant que la peste soit une maladie virulente, ce que j'ignore complètement, quelle limite fixera-t-on à l'action contagieuse de son virus ?

Autre question : M. Aubert, en admettant même que la peste soit virulente, ce qu'il ne cherche nullement à discuter, se fonde, dans la proposition qu'il fait d'abolir les quarantaines, sur ce fait que les virus s'affaiblissent par l'aération, et que la contagion perd son influence par le seul fait de la dispersion des individus ou des objets contaminés. Ce fait ne me paraît pas mieux démontré que le premier. Or si, sur les deux ordres de faits qui nous sont soumis, les seuls sur lesquels nous sommes en mesure de porter un jugement, il n'y a point de preuves suffisantes, quelles que soient d'ailleurs nos doctrines sur ces points là, je crois que nous devons nous abstenir de nous prononcer.

M. LONDE : M. Aubert dit que jamais un navire n'a éprouvé de cas de peste après huit jours de départ. Ce fait n'a point été contesté. Le fait qui a été contesté est celui qui est relatif aux personnes préposées à la garde et au maniement des objets provenant d'un foyer pestilentiel, et qui, suivant M. Aubert, n'auraient jamais été atteintes de la peste. Quant à ce qui concerne la période

d'incubation, toutes les théories, toutes les discussions possibles viennent échouer devant ce fait établi sur des chiffres, savoir que depuis 124 ans il ne s'est manifesté aucun cas de peste après le huitième jour, à dater du départ.

M. ROCHOUX : M. Royer-Collard a énoncé des faits qui manquent d'exactitude. Il est sans exception que le virus-vaccin manifeste son action au-delà du quatrième ou cinquième jour de son inoculation. Le virus de la rage a une incubation beaucoup plus prolongée, mais qui est en général aussi bien déterminée. Il n'est donc pas exact de dire que la durée des périodes d'incubation est dans presque tous les cas indéterminable.

Quant à l'opinion de M. Aubert, que le virus de la peste, comme tous les autres virus, perd son action par la division et la dispersion, à la manière des poisons, elle exige, pour être bien comprise, qu'on établisse une distinction entre la contagion due à un virus inoculable, et celle qui n'est due qu'à l'affection miasmatique. Il est incontestable que les miasmes perdent leur action par la dispersion; l'expérience à cet égard est univoque. Si dans une épidémie de typhus on peut parvenir à disperser les malades, on arrête sûrement les progrès de la contagion, mais il est loin d'en être ainsi pour les maladies virulentes; on aurait beau diviser à l'infini le virus variolique, ou le virus rabique; on ne parviendra jamais à détruire son efficacité. Ce sont là des faits également incontestables, et il faut bien se garder de confondre dans cette question les maladies simplement communicables par infection avec les maladies proprement dites virulentes. Si la peste était dans ce dernier cas, il n'y aurait aucun moyen de s'en préserver.

M. MÉRAT : Il est bon de rappeler qu'à l'occasion de

la communication de ce même travail à l'Académie des sciences, le ministre du commerce a informé l'Académie qu'il avait appris que dans une circonstance la peste s'était déclarée à bord d'un bâtiment au-delà du terme d'incubation fixé par M. Aubert, c'est-à-dire plus de huit jours après le départ.

M. Castel. Il est impossible de fixer la durée de l'incubation, et cela parce que l'incubation des maladies n'est point un fait absolu, mais un fait relatif. L'incubation est relative, en effet, à la trame des organes, aux qualités des humeurs, même aux influences atmosphériques. Cette manière d'envisager la question est conforme aux plus simples notions de la médecine.

La question de la contagion, si débattue, n'a jamais été bien posée, parce que c'est d'une manière absolue qu'elle a toujours été considérée, et non point d'une manière relative, ainsi que je viens de dire qu'elle devait être envisagée. Je n'en citerai pour preuve que la fièvre jaune que l'on n'a jamais eu à craindre dans nos climats. Quant à ce qui est de la peste, on a toujours cru, si je ne me trompe, que l'une des causes de la peste de Marseille fût l'ouverture de ballots provenant d'un pays où régnait cette maladie.

Je pense, en conséquence, qu'il faut user de la plus grande réserve en se prononçant sur le travail qui nous est soumis. Le travail de M. Aubert ne tend à rien moins qu'à la suppression des lazarets et de toutes mesures sanitaires. Or on y regardera à deux fois, et avec raison, avant d'adopter de semblables propositions.

M. Renault : J'appuierai la demande de renvoi du rapport au ministre. M. Londe a dit, je crois, que si les chiffres posés par M. Aubert étaient vrais, la commission approuverait ses conclusions. C'est là, il me semble, un

motif de soumettre le rapport au ministre, parce qu'il sentira dès-lors l'importance de vérifier l'exactitude des faits et des chiffres énoncés par M. Aubert.

M. Royer-Collard : On a dit que, contradictoirement aux assertions de M. Aubert, le ministre avait fait savoir à l'Académie des sciences, sur la déclaration de ses employés, que des cas de peste s'étaient manifestés, soit pendant la durée de la traversée, soit pendant les quarantaines. Mais l'objection du ministre a été discutée elle-même et contestée par M. Aubert. De sorte qu'entre les dénégations, d'une part, du gouvernement, les assertions de M. Aubert, d'autre part, il y a, suivant toute apparence, des circonstances qui ont pu altérer plus ou moins les faits, et que nous ne connaissons nullement. De là doit nécessairement résulter dans notre esprit une certaine prévention contre laquelle il importe de nous tenir en garde.

Il est encore une autre raison qui me fait dire que les opinions de M. Aubert ne sont pas à l'abri de toute contestation, c'est celle-ci : il est très-vrai, ainsi que vient de le dire M. Castel, qu'il n'y a point de conditions absolues, mais bien des conditions relatives dans l'incubation et dans la contagion des maladies. J'ai cherché sérieusement ce que l'on pouvait invoquer en faveur des propositions de M. Aubert, comme les objections qu'on pouvait leur faire ; et j'ai vu ceci : jamais, dit M. Aubert, les personnes préposées à la garde des objets provenant d'un foyer pestilentiel n'ont été atteintes par la peste. Il est possible que ce fait soit exact ; je ne le conteste pas. Mais, quand ce serait, cela prouverait-il que si ces mêmes objets, au lieu d'être déposés dans un lazaret, c'est-à-dire dans un lieu vaste, élevé et en pleine aération, et commis à la garde d'hommes sains et bien constitués,

étaient déposés dans le centre d'une ville populeuse, sale et mal aérée, telle qu'est Marseille, par exemple, et confiés à la garde de gens chétifs, malpropres et d'une mauvaise santé, ceux-ci jouiraient de la même immunité que les premiers ?... Je dis donc que ces faits, fussent-ils parfaitement exacts, ne seraient nullement de nature à motiver la suppression des mesures sanitaires adoptées.

M. Nacquart : En entendant l'analyse du mémoire de M. Aubert, il m'a semblé qu'il ne faisait point une distinction suffisante entre les maladies à virus fixes et les maladies miasmatiques. C'est sur ce point là qu'il importe de s'arrêter. M. Aubert aurait raison s'il était à même de démontrer que la peste est dans le cas de ces dernières.

M. Royer-Collard : Cette distinction entre les virus d'infection et les virus d'inoculation n'est point admissible, au moins de la manière absolue dont on l'a fait. Les mêmes maladies souvent se propagent à la fois de ces deux manières, la variole, par exemple. Dans quelle catégorie placerait-on donc ces maladies; si l'on voulait maintenir une pareille distinction ?

M. Desportes demande la parole. (Aux voix ! aux voix !)

M. le président clot la discussion sur le rapport et en met les conclusions aux voix. — Ces conclusions sont adoptées.

Reste, dit-il, la proposition de renvoi du rapport au ministre. Cette proposition est-elle appuyée ? Oui.

M. Desportes : Je demande la parole sur cette proposition. De tout ce qui a été dit ici sur la question qui se débat, il n'en résulte que le doute. Si vous renvoyez le rapport au ministre, vous avez l'air de donner votre approbation et d'avoir une opinion arrêtée sur cette

question, tandis que vous n'en avez point. Je crois que dans une pareille situation l'Académie doit s'abstenir.

M. Ferrus : J'appuierais le renvoi au ministre s'il ne s'agissait pas d'un travail d'où ne résulte que le doute. D'un autre côté, l'Académie des sciences a été saisie de cette question; enfin nous ne sommes point consultés. Je crois donc que cette communication serait au moins inutile. Mais ce que je désirerais, vu l'importance d'une pareille question, c'est qu'elle fût soumise à une commission spéciale qui eût à en faire une étude sérieuse.

M. Royer-Collard : Le doute dans lequel est l'Académie sur cette question n'est point une raison à opposer au renvoi du rapport au ministre. J'appuierai à mon tour ce renvoi, malgré ce doute ou à cause même de ce doute. Le doute est une opinion; et il faut alors que tout le monde s'occupe de cette grave question, que l'Académie émette son opinion, sans quoi l'on pourrait croire qu'elle n'en a pas, ou qu'elle reste indifférente à cette question. Il est bon d'ailleurs que le ministre sache que si les faits avancés par M. Aubert étaient exacts, l'opinion qu'il émet sur ces faits serait admissible; car dès lors il se mettra en mesure de vérifier tout ce qui pourra l'être.

M. Desportes : On parle de renvoyer ce rapport au ministre; mais le ministre est-il compétent pour juger une question de contagion ou de non contagion que vous-même vous n'avez point débattue? C'est à l'Académie à élucider ces propositions et à faire une sorte d'enquête sur les faits invoqués. Cette question, il ne faut pas l'oublier, intéresse la santé de toutes les populations du Midi.

Plusieurs membres demandent la parole; d'autres réclament la clôture.

M. le président, parvenant à rétablir le silence, prononce la clôture.

1843. *Novembre*. t. III.

nonce la clôture de la discussion et met la proposition aux voix. La proposition est adoptée.

• SÉANCE DU 21 NOVEMBRE. — *Hémiplégie nerveuse.* — M. Martinet lit sur ce sujet un long mémoire dans lequel nous avons pu saisir les points et les propositions qui suivent. L'auteur d'abord s'est proposé dans ce travail d'étudier les hémiplégies résultant d'affections des nerfs et d'en établir les signes diagnostiques différentiels des hémiplégies dues à des affections de l'encéphale ou de la moelle. Il pose en fait qu'il existe, indépendamment des hémiplégies encéphaliques ou médullaires, des hémiplégies qui reconnaissent pour cause une affection des cordons nerveux, et qu'il désigne, à raison de cela, sous le nom d'hémiplégies nerveuses. Il insiste d'autant plus sur la nécessité de distinguer cette dernière espèce d'hémiplégie des deux précédentes et d'en étudier les caractères différentiels, qu'elles exigent les unes et les autres des modes de traitement différents.

Voici quelques-uns des caractères que M. Martinet assigne à l'hémiplégie nerveuse : son premier caractère est d'avoir lieu du même côté que la lésion. L'hémiplégie nerveuse est accompagnée de douleurs qui ont un caractère spécial; elles se propagent d'une extrémité à l'autre des nerfs malades, sans que les parties intermédiaires souvent s'en ressentent. On sent, le long des nerfs affectés, dans les membres paralysés, une tension et une rénitence qu'on n'observe jamais dans les hémiplégies encéphaliques. Enfin, les douleurs dont ces parties sont le siège ne sont ni permanentes, ni continues; elles se déplacent facilement et reparaissent d'une manière intermittente, à des intervalles plus ou moins rapprochés. Elles sont, en un mot, en tout semblables aux douleurs

rhumatismales, avec lesquelles elles ont beaucoup d'analogie.

Dans l'hémiplégie nerveuse, on voit souvent d'autres nerfs que ceux des parties paralysées s'affecter coïncidemment ou consécutivement. C'est ainsi que les hémiplégiques de cette espèce sont souvent affectés en même temps de douleurs névralgiques, soit à la face, soit dans toutes les parties du corps, douleurs qui viennent se surajouter à la maladie principale. Cette circonstance doit faire reconnaître une disposition particulière à l'affection du système nerveux, bien que cette affection se manifeste dans différentes parties par des symptômes différents. La santé générale n'est jamais notablement altérée, à moins de complications; aussi n'observe-t-on pas ordinairement dans les hémiplégies nerveuses ces alternatives de calme et ces symptômes graves que l'on voit souvent dans les hémiplégies dues à une affection de l'encéphale. La langue est rarement déviée; les muscles du côté malade, surtout lorsqu'il existe des douleurs, sont le siège de mouvements spasmodiques qui alternent avec la paralysie. Ces mouvements convulsifs cessent avec les douleurs.

L'hémiplégie nerveuse n'est pas moins facile à distinguer d'avec celle qui est due à une affection de la moelle; l'hémiplégie rachidienne, très-rare d'ailleurs, comme on le sait, a pour caractère une lésion circonscrite de la moelle. Les accidents que cette lésion produit ne sont jamais stationnaires comme ceux de l'hémiplégie nerveuse; ils tendent toujours au contraire à faire des progrès, et l'hémiplégie ne tarde pas à être remplacée par la paraplégie, et il survient enfin par la suite des paralysies des viscères que l'on ne voit jamais survenir dans l'autre cas. Ces divers caractères servent à différencier l'hémiplégie nerveuse d'avec l'hémiplégie rachidienne chroni-

que ; quant à celle dont la marche est aiguë, il n'y a point de confusion possible.

L'hémiplégie nerveuse n'est donc pas plus une maladie spéciale que l'hémiplégie encéphalique ou rachidienne ; ce n'est qu'une des trois formes d'affection que le système nerveux est susceptible d'éprouver, ou plutôt elle n'est que l'expression différente de la même affection dont peuvent également être atteintes les trois parties principales dont le système nerveux est constitué.

L'auteur n'insiste pas sur le traitement particulier que réclame cette affection, et qui est à peu près le même que celui des névralgies et des paralysies rhumatismales.

(Le mémoire de M. Martinet est envoyé à une commission composée de MM. Honoré, Brichetaux et Rochoux.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

COMPTE-RENDU DES TRAVAUX.

Méningite. — Liquide céphalo-spinal. — Hydrocéphale aiguë des vieillards. — Fracture des côtes avec lésion de l'estomac. — Discussion à ce sujet. — Hydrocéphalie.

M. Monneret fait la communication suivante : un homme entre à l'hôpital avec des symptômes d'une affection typhoïde : pétéchiés, sudamina, prostration ; pas de convulsions, mais quelques signes tétaniques. On saigne : le caillot est peu volumineux, mais à bords relevés : couëgne pleurétique. On commence à croire qu'on pourrait bien ne pas avoir sous les yeux une fièvre typhoïde ; on soupçonne une méningite cérébrale ou

rachidienne. Délire la nuit; raideur musculaire des parties postérieures du cou et du tronc. Le jour, l'intelligence est complète. Nouvelle saignée, qu'on soumet à l'analyse, conseillée par M. Andral. La quantité proportionnelle de fibrine qui dépasse notablement la quantité normale fait voir que la maladie n'est pas une fièvre typhoïde, puisqu'alors la fibrine est au-dessous de sa quantité normale. On peut penser, au contraire, qu'il y a inflammation, puisque dans ce cas la quantité proportionnelle de fibrine est augmentée. Le lendemain de la seconde saignée, coma, paupière à demi-ouverte; le malade répond peu et mal aux questions qu'on lui adresse; il y a à chaque expiration distension des muscles de la joue d'un côté; quelques personnes croient remarquer une déviation de la bouche du côté opposé; 144 pulsations; selles ordinaires. — La mort arrive le surlendemain.

A l'ouverture, on trouve du pus blanc et crémeux dans les mailles de la pie-mère, et des trainées jaunâtres et verdâtres dans les anfractuosités cérébrales; la surface de l'arachnoïde est lisse; rien dans les ventricules; la substance cérébrale est parfaitement saine; les intestins et les autres viscères sont exempts d'altération.

Cette méningite, dit en terminant M. Monneret, a représenté pour nous cette affection si meurtrière qui a régné sur plusieurs points de la France, notamment à Versailles, à Avignon, à Strasbourg.

M. Prus : En écoutant les détails de la curieuse et importante communication que vient de vous faire M. Monneret, je suis étonné de ce qu'une inflammation de la pie-mère, assez intense pour donner lieu à la formation d'une quantité notable de pus, ne se soit accompagnée d'aucune lésion de la couche corticale. On sait, en effet,

que les anatomo-pathologistes signalent avec raison l'adhérence de la pie-mère avec la couche corticale comme une des meilleures preuves de l'existence d'une méningite cérébrale. Je connais trop l'exactitude sévère de l'observateur auquel nous devons le fait qui nous occupe, pour ne pas être certain qu'il aurait mentionné ces adhérences si elles eussent existé. Sous ce rapport la méningite dont nous venons d'entendre l'observation offre une exception remarquable à la règle générale.

Ces adhérences de la pie-mère avec la couche corticale, dont on ne peut la séparer sans enlever des portions de celle-ci, ne sont pas la seule lésion qui doit appeler l'attention en cas de méningite. La couche corticale est souvent et notablement altérée dans sa couleur et dans sa consistance; enfin, elle offre une autre altération qui m'a frappé depuis peu de temps et à laquelle on n'a pas assez fait attention jusqu'ici. C'est une turgescence qui lui donne, dans des points d'une plus ou moins grande étendue, une épaisseur bien plus considérable que celle qu'elle a habituellement. On reconnaît facilement cette turgescence en comparant l'état de la couche corticale du côté affecté de méningite avec la couche corticale du côté sain. Si les deux côtés étaient affectés en même temps et au même degré, la constatation du fait deviendrait plus difficile. Il ne faut pas d'ailleurs perdre de vue que, normalement, la couche corticale n'a pas la même épaisseur dans toute son étendue; elle est plus épaisse aux circonvolutions supérieures que partout ailleurs. M. Lélut, auquel je parlais tout récemment du désir que j'aurais de dresser un tableau de l'épaisseur comparative de la couche corticale aux différentes régions, m'a dit avoir mesuré un très-grand nombre de fois cette épaisseur. Il a ensuite dressé le

tableau résultant de ses recherches : j'aurai soin de le faire connaître à la Société aussitôt que j'en serai en possession.

Le diagnostic de la méningite pendant la vie et même après la mort présente tant de difficultés et d'incertitudes que la Société me pardonnera, j'espère, les considérations anatomiques dans lesquelles je suis entré.

M. Duparcque : J'ai fréquemment remarqué, que, dans la méningite des enfants, la maladie paraissait commencer par la membrane rachidienne ; les phénomènes qui se présentent au début de la maladie justifient cette manière de voir. C'est ainsi que les enfants, même avant d'avoir du délire, accusent une douleur à la nuque, de la raideur dans les muscles postérieurs du col ; il y a d'ailleurs une grande prostration qui peut tromper le praticien. J'ai été témoin dernièrement d'une erreur de ce genre, chez une jeune fille de 11 ans qu'on croyait atteinte d'une affection typhoïde et que j'ai regardée comme frappée de méningite ; l'autopsie a prouvé que j'avais raison. On a constaté la lésion des enveloppes de la moelle épinière, à sa partie supérieure, et une phlegmasie non douteuse des méninges de la base du cerveau.

M. Bouvier : J'ai donné dernièrement des soins à une indigente de la Salpêtrière, laquelle avait un érysipèle à la face. Après avoir pris, pendant quelques jours, des boissons délayantes, elle semblait guérie, lorsqu'elle fut atteinte à l'improviste de vomissements répétés, d'une céphalalgie intense suivie d'un coma profond. Pas de délire ; aucun trouble du côté de la motilité. La mort survint peu de jours après l'invasion du coma. Tout le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la base était rempli d'une couche épaisse de pus.

○ *M. Prus* : Des faits analogues à celui que vient de rapporter M. Bouvier, sont loin d'être rares dans les infirmeries consacrées au traitement des maladies de la vieillesse. La méningite purulente est fréquemment la suite des érysipèles répercutés ou mal résolus. Je suis toujours en défiance quand je traite un érysipèle de la face chez les vieillards, surtout quand l'érysipèle marche mal, quand la peau plutôt violacée que rouge n'est pas le siège d'une phlegmasie vive et franche. On peut d'autant mieux rester dans une sécurité et une inaction funestes, que fréquemment les caractères de la méningite sont équivoques et difficiles à saisir. Souvent, le médecin ne trouve, à sa visite, qu'un affaiblissement plus ou moins marqué avec une grande tendance au sommeil. Il n'y a ni céphalalgie ni délire, ni fièvre. Mais si on examine attentivement le malade le soir ou la nuit, on s'aperçoit que le pouls est plus fréquent, la peau plus injectée et plus chaude surtout au front. Le malade est tourmenté par un délire qui se traduit au dehors, soit par des paroles incohérentes, soit par ses actions. Ainsi, il se lève sans cause ; il prend le lit de ses voisins pour le sien ; s'il porte la main sur son verre ou sa cuiller, c'est dans le sens opposé à celui qu'il faudrait le faire. Après quelques jours de cet état, si différent pendant le jour et pendant la nuit, un coma profond se manifeste et la mort ne tarde pas à arriver. A l'autopsie, on trouve du pus dans les mailles de la pie-mère, quand la méningite est survenue pendant le cours d'un érysipèle occupant la face ou le cuir chevelu. Dans les autres cas, on rencontre des traces non douteuses d'une inflammation méningienne, telles que rougeurs plus ou moins vives, fausses membranes, granulation, etc., soit simplement une accumulation de sérosité plus ou moins trouble dans les ventricules ou dans les mailles de la

pie-mère, ordinairement avec adhérences de celles-ci à la couche corticale ramolie.

Pour prévenir la répercussion de l'érysipèle, je conseille de s'abstenir de toute espèce de lotions. J'ai vu plusieurs fois ces lotions être extrêmement nuisibles. Je donne des boissons chaudes et diaphorétiques.

Aussitôt que je suis fondé à croire que les membranes cérébrales se prennent, je conseille une saignée de bras, des sangsues derrière les oreilles et un large vésicatoire à la nuque. Ce dernier moyen, a, dans le cas d'érysipèle de la face, une action tout à fait remarquable.

Avant de finir, je veux encore rappeler l'attention de la société sur un point qui m'a beaucoup frappé. On sait que dans la méningite des enfants les soubresauts des tendons sont un des symptômes les plus constants ; ils sont encore très-fréquents chez les adultes : depuis dix ans que je m'occupe de l'étude de la méningite des vieillards, jamais je n'ai pu constater de soubresauts des tendons chez eux.

M. Bouvier : Il ne faudrait pas croire que le délire qu'on remarque si souvent chez les vieillards fût toujours lié à une affection plus ou moins grave des membranes cérébrales ; ce serait là une erreur dangereuse. J'ai vu, à la Salpêtrière, de vieilles femmes, en assez bon nombre, présenter un léger subdelirium qui n'a rien d'effrayant. Les femmes qui en sont atteintes ont une expression de bien-être ; un sourire habituel erre sur leurs lèvres ; elles manifestent un contentement intérieur qui m'a porté à leur donner le nom de *béates*. Cet état peut disparaître, mais il est très-sujet à récurrence. A l'autopsie, je ne trouve qu'une augmentation dans la quantité du liquide céphalo-spinal, augmentation que je n'attribue pas à une in-

flammation ni même à une subinflammation des méninges.

M. Bérard : Il y a un siècle que Cotunni fit des recherches sur la sérosité des méninges et des ventricules cérébraux ; M. Magendie les a reprises pendant qu'il était chargé d'un service à la Salpêtrière ; j'étais alors son interne, et en cette qualité c'est moi qui ai ouvert les très-nombreux cadavres qui ont servi à ses recherches. Il résulte de ces travaux que le liquide céphalo-spinal occupe toujours les ventricules cérébraux et le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Jamais nous ne l'avons rencontré dans la cavité arachnoïdienne. Nous avons vu que ce liquide est d'autant plus abondant que les individus sont plus avancés en âge. Le cerveau s'atrophie ; il y a retrait de l'organe et comme il faut que la cavité du crâne soit remplie, tantôt c'est le diploë du crâne qui augmente, tantôt ce sont les sinus qui font saillie du côté du cerveau, tantôt enfin, ce qui est plus ordinaire, c'est la sérosité normale qui augmente en quantité et prévient ainsi le vide. Si on casse le crâne, comme on le fait habituellement, en laissant la tête pendre en arrière, ou en ouvrant sans précaution la dure-mère, la sérosité s'écoule souvent sans qu'on s'en aperçoive. Mais, quand on scie le crâne et qu'on examine le cerveau en place on trouve les ventricules énormément remplis d'eau ; cette sérosité n'est ni louche ni troubles. Cela se rencontre après la mort de sujets ayant succombé à des affections très-diverses et sans avoir offert de symptômes cérébraux. C'est donc un état physiologique et non un état pathologique.

M. Prus : Je ne puis admettre la doctrine de M. Bérard dans un sens aussi absolu qu'il paraît le faire. Je pense que, tout en reconnaissant la vérité des faits établis par M. Ma-

gendie relativement à l'atrophie du cerveau de certains vieillards, et au rôle que joue alors le liquide céphalo-spinal augmenté, mais non altéré par une exhalation morbide, il ne faut pas rejeter les très-nombreuses observations qui démontrent que si l'hydro-céphale aiguë des enfants qu'on s'accorde généralement à regarder comme produite par une méningite ou au moins par une irritation des méninges est une des maladies les plus meurtrières de l'enfance, l'hydrocéphale aiguë des vieillards doit être étudiée comme entraînant la perte d'un certain nombre d'individus qui auraient pu prolonger encore longtemps leur existence. Ce que j'appelle hydrocéphale aiguë des vieillards est une accumulation morbide de sérosité plus ou moins trouble, plus ou moins claire, dans les ventricules cérébraux et dans les mailles de la pie-mère. Cette exhalation anormale est précédée de symptômes, quelquefois difficiles à saisir il faut l'avouer, qui ne peuvent être attribués qu'à une inflammation ou une sub-inflammation des méninges, tels que céphalalgie, affaïssissement, délire, fièvre. Le sang tiré de la veine est couenneux. La présence d'une trop grande quantité de liquide dans les ventricules ou dans les aréoles de la pie-mère détermine des phénomènes de compression, comme la somnolence, le coma, rarement la paralysie d'un seul ou même des deux côtés du corps. A l'autopsie, on reconnaît qu'il y a accumulation morbide du liquide céphalo-spinal par la quantité qu'on en recueille, lorsque, après avoir mis à découvert la dure-mère cérébrale et rachidienne, on pique celle-ci à son extrémité inférieure. C'est ainsi que j'ai agi pendant plusieurs années. D'autres indices peuvent encore être fort utiles. La dilatation des ventricules ou d'un seul ventricule, comme j'en ai vu tout récemment un exemple bien remarquable, la dilatation de l'orifice de

l'aqueduc de Sylvius, celle de ce canal lui-même, peuvent donner beaucoup de consistance aux soupçons qu'avait fait naître l'observation des symptômes pendant la maladie et surtout aux derniers moments du malade. Enfin, la conviction achève de se former quand on tient compte des lésions concomitantes, telles que les granulations de la séreuse ventriculaire, la friabilité de la pie-mère, l'adhérence de la pie-mère à la couche corticale, l'opacité de l'arachnoïde viscérale.

M. Durand Fardel : Je ne crois pas qu'on doive admettre d'une manière générale, que la quantité du liquide céphalo-spinal augmente en proportion de l'âge. Pour mon compte, j'ai rencontré de très-nombreuses exceptions à cette règle.

Comprenant tout le prix qu'on doit attacher à distinguer les accumulations séreuses naturelles et morbides, j'ai aussi porté mon attention sur ce point, et je crois avoir trouvé une différence qui n'a pas été signalée. Lorsque les circonvolutions cérébrales sont écartées et comme étalées, l'accumulation séreuse est ancienne et physiologique. Elle est morbide, au contraire, quand les circonvolutions sont comprimées et appliquées les unes contre les autres.

M. Baillarger : Il est de règle assez générale que dans l'âge avancé la quantité du liquide céphalo-spinal soit plus considérable. Nous remarquons qu'il en est de même chez les individus adultes à raison affaiblie.

Si *M. Bérard* voulait établir, comme j'ai cru l'entendre, qu'il n'y a jamais de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde, je m'élèverais contre cette proposition. J'ai cherché avec soin et j'ai trouvé un assez grand nombre de fois une quantité plus ou moins considérable de sérosité dans la cavité même de l'arachnoïde.

M. Bérard : Cette sérosité ne se trouvait dans la cavité

de l'arachnoïde que par suite d'une imbibition cadavérique.

M. Nonat : Lorsque l'exhalation de sérosité augmente par cause physiologique, il ne se manifeste aucun phénomène pathologique ; mais, si une accumulation séreuse dans les cavités cérébrales est due à une cause morbide, un observateur attentif saisira quelques groupes de symptômes qui lui indiqueront la maladie à laquelle il faut rapporter l'augmentation anormale du liquide céphalo-spinal.

M. Chailly rend compte des derniers numéros du journal de la société médicale d'Indre-et-Loire. Il lit ensuite un rapport favorable sur un mémoire de *M. Pinette* relatif à la gymnastique moderne et à l'application de cet art aux déviations de la taille, au développement des forces, etc., etc.

M. Durand-Fardel communique à la Société l'observation suivante :

Un enfant de 11 ans, à intelligence développée et d'une bonne constitution, fut renversé, l'année dernière, le 12 juin, par une voiture ; la roue passa sur la poitrine transversalement de gauche à droite : il y eut fracture de plusieurs côtes, sans déplacement. La poitrine était aplatie d'avant en arrière. La peau présentait non des ecchymoses, mais de petites mouchetures comme des égratignures légères qui disparurent au bout de 15 jours. L'enfant se plaignait beaucoup d'une sensation très-pénible de pesanteur à l'épigastre, quoique la roue, croyait-il, n'eût pas porté sur ce point ; toux fort douloureuse avec expectoration incolore. Parole faible ; sueurs à la tête et au tronc ; extrémités froides ; connaissance complète ; soif ; déglutition des liquides très-douloureuse vers l'extrémité inférieure du sternum ; pouls petit, intermit-

tent ; tels sont les phénomènes observés immédiatement après l'accident. Une saignée est pratiquée une heure après ; crachats spumeux d'un rouge vif, venus sans efforts. Puis vomissement de sang pur avec des caillots noirs, après lequel l'enfant paraît un peu soulagé. Application de sangsues au niveau de la fracture des côtes. L'enfant éprouve, à plusieurs reprises, des spasmes violents, des douleurs à l'épigastre qui cèdent, reparaissent et exigent de nouvelles applications de sangsues. Le délire, le hoquet se manifestent plusieurs fois. Il reste longtemps dans l'hypochondre droit un point extrêmement douloureux qui ne cède ni aux sangsues, ni aux onctions mercurielles. Enfin, la convalescence s'est établie, et l'enfant n'a pas présenté de nouveaux accidents.

M. Durand-Fardel, en rapprochant les symptômes qu'il vient d'exposer, pense que l'estomac a éprouvé une déchirure ou une éraillure de sa paroi interne, et que c'est à cette cause qu'il faut principalement rapporter la série de phénomènes présentés par l'enfant.

M. T'callier : Malgré la persistance des accidents, je ne crois pas avec M. Durand-Fardel qu'il y ait eu déchirure de l'estomac : des symptômes autrement graves se seraient montrés. Je crois que le petit malade n'a eu qu'une contusion de l'estomac.

M. Durand-Fardel : Il me semble que la douleur persistante sur un point très-étroit avec hématemèse s'accorde aussi bien avec l'idée d'une déchirure de cet organe qu'avec celle d'une simple contusion. Je suis loin de dire, d'ailleurs, que la déchirure des parois de l'estomac fût complète ; elle n'intéressait très-probablement que la muqueuse.

M. Prus : Je ne me rendrais pas facilement compte de la déchirure, ou, si l'on veut, de la contusion de l'estomac,

si la voiture n'était passée que sur la poitrine, sans comprimer la région de l'estomac. L'absence de toute trace de compression dans cette région ne doit nullement éloigner l'idée que l'estomac n'a été lésé que parce que la voiture a pesé sur la paroi correspondante de l'abdomen. On sait que l'élasticité des parois thoraciques, et surtout des parois abdominales, rend parfaitement raison de l'altération plus ou moins profonde des organes sous-jacents, la paroi qui les recouvre restant intacte. J'ai vu deux cas mortels par lésion des organes internes, la paroi abdominale n'ayant montré aucun vestige de contusion. Dans un troisième cas, j'ai eu les craintes les plus vives, mais heureusement elles ne se sont pas réalisées. Il s'agissait d'un jeune anglais de 14 ans, qui, se trouvant dans une calèche de poste avec ses parents, s'appuya sur la portière de la voiture ; cette portière s'ouvrit, et l'enfant tomba sur la route de manière à ce que la roue de derrière passa transversalement sur la partie moyenne du ventre, ce qu'on reconnut aux traces que la roue avait laissées sur les vêtements. L'enfant perdit connaissance ; il la recouvrait à grand peine lorsque je fus appelé auprès de lui. La peau de l'abdomen et même les parties plus profondes des parois ne présentaient aucune contusion. La douleur à la pression était modérée. Cependant, le petit malade était d'une pâleur et d'une faiblesse extrêmes. Un léger ballonnement du ventre me faisait craindre la rupture de quelques vaisseaux. Dans tous les cas, il était urgent de prévenir ou au moins de modérer la péritonite qui était imminente. Je fis faire sous mes yeux une application de sangsues qui, à ma grande satisfaction, procura un tel soulagement, que, dès le lendemain, le malade put, à l'aide de précautions convenables, reprendre le voyage commencé.

1843. Novembre. T. III.

M. Requin : J'ai vu un enfant sur le ventre duquel un omnibus passa. Il n'y avait antérieurement aucune trace de contusion, le médecin ordinaire n'était pas alarmé parce qu'il n'y avait pas de symptômes graves. Trois jours après il était mort : le foie était coupé en deux.

M. Deville : Un enfant de dix ans mourut quelques heures après avoir été renversé par une voiture ; comme on ne trouvait aucune trace de contusion, on croyait que la roue avait passé sur l'abdomen. Les organes contenus dans cette cavité ne présentèrent aucune lésion. Mais le poumon gauche était coupé dans toute son épaisseur comme par un rasoir.

M. Duparcque : Les contusions de l'estomac n'ont pas heureusement toujours des suites aussi graves que celles qui nous ont été signalées par plusieurs de nos collègues. Un jeune enfant, en se laissant glisser sur la rampe d'un escalier, tomba de deux étages, heurta violemment à l'extrémité de cette rampe ; il y eut contusion de l'estomac accompagnée de vomissement de sang. Cependant, au bout de dix jours, il était guéri.

M. Gery appelle l'attention de la Société sur une série de faits vraiment curieux :

Une femme, âgée actuellement de quarante ans, mariée à vingt-deux ans, n'ayant jamais eu de maladie grave ou de nature particulière dans son enfance, et dont le mari est également fort et d'une bonne constitution, a eu sept enfants. Le premier n'a présenté rien de particulier jusqu'à l'âge de quinze mois ; mais, peu de temps après la formation d'un abcès derrière l'oreille, il se développa une hydrocéphalie, et l'enfant est mort dans un état d'idiotie ; le deuxième enfant, qui était une fille, mourut à l'âge de six ans sans avoir jamais parlé ; le troisième, actuellement âgé de douze ans, est une jeune fille assez bien constituée,

intelligente, mais sourde et muette; le quatrième n'a présenté rien de remarquable; le cinquième est une fille d'une intelligence bornée, forte et bien constituée, mais sourde et muette; le sixième, qui est une fille de quatre ans, parle bien. Enfin, le septième est un garçon de quinze mois qui commence à parler et manifeste beaucoup d'intelligence.

M. Gery fait remarquer qu'il est difficile de trouver une explication plausible à ces faits. La mutité a été commune aux deux sexes. Elle a frappé les trois premiers enfants, épargné le quatrième, frappé le cinquième et épargné le sixième et le septième.

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Leçons élémentaires de botanique fondées sur l'analyse de 50 plantes vulgaires, et formant un traité complet d'organographie et de physiologie végétale, à l'usage des étudiants et des gens du monde; Par Em. Le Maout, docteur en médecine, ex-démonstrateur de botanique à la Faculté de médecine de Paris. Première partie et Atlas. A Paris, chez Fortin, Masson et C^{ie} libraires, 1, place de l'École-de-Médecine.

De toutes les branches de l'histoire naturelle, qui, depuis le commencement de ce siècle, sont devenues l'objet d'une étude toute particulière et dont les éléments font aujourd'hui partie obligée de toute éducation complète, la connaissance des plantes est, sans contredit, une de celles qui procurent à

1843. Novembre. T. III.

30

l'esprit le plus de satisfaction, et au cœur le plus de jouissances.

Il manquait, pour faciliter aux gens du monde l'étude de la botanique, un ouvrage à la fois élémentaire, instructif et à la portée de tous, qui pût initier aux principes de la science, sans l'assistance d'un maître. M. Le Maout, dont les connaissances en histoire naturelle sont appréciées par tous les élèves de la faculté de médecine, vient de combler cette lacune en publiant l'ouvrage que nous allons faire connaître.

Désireux d'atteindre avec tout l'avantage possible pour ses lecteurs le but qu'il s'est proposé dans cet ouvrage, M. Le Maout a adopté une marche simple et naturelle : il a choisi 50 végétaux croissant partout, connus de tout le monde, végétant, fleurissant et fructifiant pendant les trois mois de la belle saison, et offrant toutes les modifications de formes ; puis, dans autant de leçons qu'il a adopté de plantes, prenant tour à tour pour type celle qui offre, sous le point de vue le plus favorable, la partie qu'il veut étudier, il la compare avec les autres ; il observe ainsi chaque organe dans ses dégradations insensibles, depuis le plus haut degré du développement jusqu'à l'état rudimentaire, et fait ressortir son analogie et ses différences avec d'autres organes identiques ou dissemblables.

Cette méthode, sans être la plus conforme à l'enseignement ordinaire, est sans contredit la plus naturelle et la plus fructueuse de toutes ; elle offre, en effet, la plus grande économie de travail et de temps, aplanit les difficultés en procédant du connu à ce qui ne l'est pas, et établit entre les objets des rapprochements qui gravent leurs caractères dans la mémoire.

Pour mieux se mettre à la portée de ses lecteurs, M. Le Maout a usé, dans ses leçons, de la plus grande sobriété dans l'emploi des termes scientifiques. Les mots techniques n'arrivent

qu'après que l'organe auquel ils s'appliquent a été suffisamment étudiée, et encore en a-t-il restreint le nombre autant que possible. D'un autre côté, soumettant au creuset de la délicatesse de notre langue les rapprochements que Linnée avait établis en langue latine, entre la génération des animaux et celle des végétaux, et entre les organes qui concourent dans les deux règnes à cette grande fonction de la reproduction, M Le Maout s'est attaché à déguiser la nudité anatomique du langage et à la voiler sous la forme de descriptions incapables d'éveiller la moindre curiosité inconvenante : en sorte que son livre peut être mis sans crainte entre les mains des jeunes personnes, sans qu'une expression, un mot, une idée puisse découvrir à leur imagination le plus petit coin du tableau que les années seulement sont chargées de dérouler devant elles.

L'atlas inséré dans ce volume ne laisse rien à désirer soit pour l'exécution et la fidélité du travail iconographique, soit pour la beauté du papier. Il comprend les 50 végétaux choisis par l'auteur pour ses démonstrations botaniques ; au-dessous de chaque plante figure le nom vulgaire, à la suite duquel on trouve une description physique de cette même plante.

En reconnaissant avec l'auteur l'avantage de n'appliquer un terme scientifique à un objet qu'après que cet objet est connu, nous devons faire une exception en faveur du nom botanique de chaque plante. A ce sujet, nous regrettons vivement, de ne pas voir figurer sur les plantes de l'atlas, à côté du nom vulgaire, le nom scientifique ou botanique de la plante qu'elles représentent. Ainsi rapproché du premier, ce nom s'apprendrait nécessairement et sans efforts, tandis qu'il faut aller à sa recherche dans le cours des leçons, où souvent il est désigné dans une de celles, qui sont étrangères à la fleur dont on désire connaître le nom. C'est ainsi que, pour trouver le nom

botanique de la giroflée, du bec de grue, de l'ancolie, du bouton d'or, du pois et de la mauve, il faut aller le chercher dans les 9^e, 10^e, et 11^e leçons, relatives à la bourse à pasteur, à la grande éclairie et à la pensée, parce que c'est dans ces derniers chapitres que l'auteur s'occupe de la classification des végétaux en genres, espèces et variétés.

À part cette légère critique, que M. Le Maout appréciera sans doute, et nous plaçant, pour mieux juger le but de l'ouvrage, au point de vue duquel l'auteur est parti, nous aimons à reconnaître et à signaler le mérite de son livre, comme remplissant la triple condition exigée par Aristote : *Que l'auteur dise tout ce qu'il faut, qu'il ne dise que ce qu'il faut, qu'il le dise comme il faut.* G. VIGNOLO. D. M. P.

De la bile, de ses variétés physiologiques, de ses altérations morbides (1); par F. BOUISSON, professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Montpellier, président des jurys de médecine. 1 vol. in-8°.

Avec la tendance actuelle des esprits vers l'étude des liquides du corps humain, après toutes les recherches faites depuis peu sur le sang, les urines, etc., il semblait naturel que la bile, ce fluide si important dans les fonctions de la santé, si intéressant par ses altérations dans des cas pathologiques nombreux, devînt le sujet de travaux analogues; et cependant que possédait-on sur cette matière, il n'y a que peu de temps, hier encore? Quelques notions plus ou moins insuffisantes fournies par

(1) Un volume in-8°, avec planches. Prix : 4 fr. 50 cent. — Chez J.-B. Baillière; Germer-Baillière; Fortin, Masson et compagnie; Béchet jeune et Labbé.

les divers traités de physiologie, par des thèses, des mémoires. Ce n'étaient guère que des matériaux isolés qui avaient besoin d'être recueillis, examinés avec soin, pour pouvoir concourir à former une œuvre scientifique plus importante. Cette tâche difficile à remplir sous bien des rapports, le professeur Bouisson s'en est chargé; aux travaux existants, il a joint les siens, et c'est après des recherches, des expérimentations qui se recommandent autant par le soin consciencieux que par la haute portée d'esprit de l'auteur, qu'il a composé l'ouvrage qui paraît aujourd'hui.

Ce Traité est divisé en trois parties. Dans la première, le professeur Bouisson s'occupe des caractères physiques de la bile, de sa composition, de ses usages. Dans la seconde, il examine ses variétés physiologiques. La troisième, la plus étendue, est destinée à la bile considérée sous le rapport pathologique. Il recherche dans un appendice quelles actions thérapeutiques on peut exercer sur la bile.

La première partie offre, d'abord, quelques considérations sur l'importance de la bile, qui ressort du grand développement de la glande qui la fournit, des caractères physiques du résidu de la digestion, de l'aspect des matières du vomissement, de la coloration que présente la peau dans certains tempéraments, dans certaines maladies; elle reproduit quelques-unes des opinions des anciens sur la nature de ce liquide. On y trouve ensuite des recherches intéressantes sur ses caractères physiques, sa couleur, sa saveur, son odeur, sa consistance, sa densité, sa température.

Les modifications qu'éprouve la bile par certains médicaments ingérés dans l'économie, tels que le mercure, l'éther, la térébenthine, la garance, etc., ne sont pas oubliées. Il en est de même de l'influence qu'elle éprouve par la nature de l'al-

mentation, qui tantôt la rend plus abondante et la fait refluer vers l'estomac, tantôt au contraire en diminue la quantité.

Les caractères microscopiques de la bile jusqu'ici à peine signalés par Mieg, Weber, Burdach, de Blainville, ont été de la part de l'auteur l'objet de recherches faites avec la plus grande attention. Il a opéré principalement sur la bile humaine recueillie dans la vésicule, chez des sujets morts de maladie ayant réclamé une abstinence prolongée; ce liquide est alors plus concentré et dans des conditions plus favorables aux recherches qu'on a en vue. Il s'est servi d'un microscope de Chevalier, donnant un grossissement de 250 diamètres. Voici le résumé de ses observations :

La bile cystique n'est pas à l'état de pureté; elle est toujours mélangée à une certaine quantité de mucus plus considérable que celle qui appartient à la bile hépatique. Pour mieux apprécier l'influence que cet élément surajouté exerce sur la constitution de la bile appréciable par le microscope, il a examiné successivement ce dernier liquide avec son mucus, dépouillé de mucus à l'aide de l'alcool, enfin le mucus biliaire isolé. Voici ce qu'il a observé :

1^o La bile mélangée avec le mucus apparaît avec une nuance jaune, au milieu de laquelle on découvre des corpuscules d'une coloration plus foncée, tantôt réguliers, tantôt irréguliers, le plus souvent agglomérés en petites masses autour desquelles on aperçoit des globules plus ou moins nombreux. Ces corpuscules sont presque entièrement opaques si leur masse est considérable; ils sont semi-diaphanes dans le cas contraire. On y voit encore disséminés çà et là de petits corps, tantôt cylindriques, tantôt aplatis en forme de paillettes, d'apparence cristalline, et que l'auteur juge être de la cholestérine ;

2^o Si l'on verse dans une certaine quantité de bile une proportion convenable d'alcool à 36 degrés, le mucus se sépare et

se rassemble à la partie supérieure du liquide. Il est alors facile de décanter la bile dépouillée de cet élément accessoire et de l'examiner ainsi réduite à ses éléments propres ;

3° Si l'on enlève la couche de mucus qui surmonte la quantité de bile traitée par l'alcool, et qu'on la soumette à l'examen microscopique, on y reconnaît les caractères propres au mucus ordinaire, et on y trouve quelques fragments de matière colorante biliaire et des paillettes de cholestérine.

Ces détails que je ne puis qu'indiquer, lui paraissent fournir des applications utiles pour expliquer le mécanisme de la formation des calculs biliaires, qui ne consisterait, d'après lui, qu'en une précipitation des matériaux déjà formés. Une augmentation de la sécrétion muqueuse, une exhalation de sang favoriseraient l'agglomération des grumeaux de matière colorante et des cristaux de cholestérine. Un corps étranger qui pénétrerait dans la vésicule biliaire produirait le même résultat. Il en serait de même de certains vices de conformation de la vésicule, du repos, de l'action du froid.

Dans le chapitre intitulé : *De la bile sous le rapport chimique*, il expose les opinions émises sur ce sujet par les principaux chimistes anciens et modernes, et résume ensuite leurs travaux en trois périodes principales : la première comprenant des indications chimiques vagues, et la détermination des apparences physiques, d'après lesquelles on avait considéré la bile comme un savon animal ; la deuxième, comprenant les recherches qui ont eu pour but de pénétrer sa véritable composition, en substituant une analyse expérimentale à une idée sans démonstration, et à laquelle il faut rapporter les travaux de Thénard, Tiedemann et Gmelin, Berzelius ; la troisième, à laquelle on peut appliquer les investigations auxquelles on se livre aujourd'hui, dans le but de découvrir les rapports affectés par les produits de

l'analyse. M. Braconnot présente le premier essai ; M. Demarçay accomplit la synthèse. Enfin, une quatrième période est représentée par les dernières recherches de Berzelius, qui, non seulement s'occupe du rapport des éléments de la bile cystique, telle qu'elle est constituée au moment de l'analyse, mais qui cherche à déterminer la composition de cette humeur au sein de l'organisme et pendant la vie.

Le professeur Bouisson examine ensuite la bile *comme produit ou comme élément de fonctions*, et divise cette partie de son travail en quatre points : formation, trajet, propriétés, usage. Il rapporte dans cette section, l'une des plus intéressantes de l'ouvrage, quelques-unes des expériences qu'il a faites pour reconnaître les effets de la bile sur le système veineux des lapins.

Sur plusieurs de ces animaux, il a introduit dans la veine jugulaire six grammes de bile humaine extraite de la vésicule. Les effets qu'elle a produits ont été d'abord une sorte de stupeur. Bientôt l'animal tombe sur le flanc, éprouve de l'oppression, commence à se débattre ; une raideur tétanique se manifeste ; la tête se renverse fortement en arrière et l'animal succombe après quelques minutes. A l'examen du cadavre, il trouve les cavités droites du cœur remplies de sang coagulé ; l'artère pulmonaire et ses divisions colorées en jaune, d'autant plus foncé qu'on s'approche davantage de leurs terminaisons. Le liquide recueilli à la surface d'une incision faite sur le poumon, présente des grumeaux de matière colorante biliaire mélangés avec des globules de sang et d'un volume beaucoup plus considérable que ceux-ci.

L'auteur, rapprochant ces expériences de quelques autres faites par divers médecins, dans lesquelles l'injection de la bile dans la veine mésentérique ou saphène, ne fut suivie que d'un malaise qui ne tarda pas à se dissiper, arrive à cette conclusion,

que la bile a agi, dans ces divers cas, sur l'organisme de deux manières différentes. Injectée dans la veine jugulaire, son action s'est exprimée, non seulement par du malaise et un état de stupeur assez marqué; mais elle a exercé, en outre, une influence *mécanique* par les molécules qu'elle tient en suspension, et qui étant beaucoup plus développées que les globules du sang, ne peuvent franchir les capillaires du poumon et portent à la circulation un obstacle bientôt suivi de la mort. Injectée au contraire dans la veine mésentérique, et surtout dans la veine saphène, elle arrive au cœur et au poumon beaucoup plus délayée et en moindre quantité.

Les variétés physiologiques de la bile sont ensuite examinées suivant son trajet, suivant l'âge, le sexe, le tempérament, les races, suivant quelques influences hygiéniques, telles que celles qui proviennent de l'alimentation, de l'abstinence, des climats, du repos, de l'exercice, du sommeil, de la veille; elles sont enfin considérées dans la série animale, chez les invertébrés et chez les vertébrés.

La partie capitale de l'ouvrage est constituée par la section III, où l'auteur s'occupe de *la bile considérée sous le rapport pathologique*. Après avoir rappelé la grande part que les anciens faisaient à ce sujet dans leurs écrits, le dédain qu'il avait au contraire inspiré naguère aux solidistes, il reconnaît que si les maladies bilieuses tiennent assez souvent aux altérations du foie, assez souvent aussi ces affections existent sans aucune trace sensible de lésion de cet organe. Il procède dans l'exposé des considérations et des faits qui se rapportent à ce sujet en les présentant sous forme de réponse aux questions suivantes :

La bile saine peut-elle produire des maladies tant qu'elle est contenue dans ses voies naturelles d'excrétion?

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante

Page manquante