

Bibliothèque numérique

medic@

**De Beurmann, Lucien. - De la
médication abortive**

1886.

***Paris : Asselin et Houzeau,
libraires de la Faculté de
médecine***

Cote : 90975



Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé
(Paris)

Adresse permanente : [http://www.biusante.parisdescartes
.fr/histmed/medica/cote?90975x1886x05x03](http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90975x1886x05x03)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CONCOURS D'AGREGATION DE LA

MÉDICATION ABORTIVE

THÈSE

PRÉSENTÉE AU CONCOURS POUR L'AGRÉGATION

(Médecine et Médecine légale)

PAR

Lucien de BEURMANN

Médecin des hôpitaux,
Ancien Chef de clinique de la Faculté.



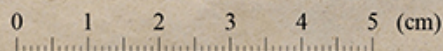
PARIS

ASSELIN et HOUZEAU,

LIBRAIRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Place de l'École-de-Médecine

1886



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DE LA

MÉDICATION ABORTIVE

THÈSE

PRÉSENTÉE AU CONCOURS POUR L'AGRÉGATION
(Médecine et Médecine légale)

PAR

Lucien de BEURMANN

Médecin des hôpitaux,
Ancien Chef de clinique de la Faculté.

PARIS

ASSÉLIN et HOUZEAU,
LIBRAIRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
Place de l'École-de-Médecine

1880



CONCOURS D'AGRÉGATION

MÉDECINE ET MÉDECINE LÉGALE

Membres du Jury :

Président : M. HARDY.

Juges : MM. POTAIN.

CHARCOT.

BOUCHARD.

DAMASCHINO.

LÉPINE, de Lyon.

ROGER, membre de l'Académie de médecine

STRAUS, agrégé.

Candidats :

BALLET.

BARTH.

BOINET.

BRISAUD.

BROUSSE.

CHAUFFARD.

CHUFFARD.

DE BEURMANN.

DÉJERINE.

DUBREUILH.

GAUCHER.

GRENIER.

LANNOIS.

LEMOINE.

LETULLE.

LOBER.

MOUSSOUS.

PARISOT.

SARDA.

SIMON.

WEILL.

CONCOURS D'AGREGATION

MÉDECINE ET MÉDECINE LÉGALE

Membres du Jury :

Président : M. HARDY.
Juges : MM. POTAIN,
CHARCOT,
BOUCHARD,
DAMASCHINO,
LÉPINE, de Lyon,
ROGER, membre de l'Académie de médecine
STRAUS, avocat.

Candidats :

BALLEL.	GRENIER.
BARIN.	LANNOS.
BOINET.	LEMOINE.
BRISAUD.	LETTILLÉ.
BROUSSE.	LOREN.
CHAFFARD.	MOUSSOU.
CHUVARIN.	PARISOT.
DE BEURMANN.	SARDA.
DÉJERINE.	SIMON.
DORRIGUET.	WELL.
LAUCHER.	

DE LA MÉDICATION ABORTIVE

INTRODUCTION

La médication abortive est celle qui se propose d'interrompre la maladie à un moment de son évolution naturelle. Son nom implique une comparaison nécessaire avec l'interruption d'une grossesse, terminée par l'expulsion du fœtus avant que celui-ci ne soit viable.

La maladie existe : elle a commencé son œuvre, la médication intervient, la suspend dans sa marche et l'enraye. Tout rentre dans l'ordre. Il ne subsiste pas de traces de son passage.

Si nous voulions rester dans la rigueur de la définition, la médication abortive devrait donc arrêter la maladie dès ses premières périodes, sans laisser rien de durable après elle. En fait, on est un peu moins exigeant, et l'on entend par médicaments ou moyens abortifs ceux qui guérissent d'une manière sûre et rapide, qui diminuent notablement la longueur de la maladie, qui la « jugulent », pour nous servir de l'expression ancienne; mais on n'exige pas qu'ils procurent la restitution *ad integrum* des organes atteints par le processus morbide, ni qu'ils interviennent dès le début de la maladie, ni même qu'ils guérissent en un temps extrêmement court.

Nous prendrons le mot de médication dans son acception la plus large; pour faire de la médication, il n'est pas nécessaire de donner un ou plusieurs médicaments. Il suffit d'employer un procédé propre à obtenir le résultat que l'on se propose d'atteindre. Les bains froids sont

De Beurmann.

1

les agents les plus actifs de la médication antipyrétique; l'inoculation du pus blennorrhagique constitue une médication du pannus de la cornée, les moyens chirurgicaux eux-mêmes entrent dans notre cadre, s'ils sont propres à faire avorter telle ou telle maladie.

Cette extension que nous sommes forcé de donner au mot médication est, du reste, conforme à la définition qu'en donnent Littré et Robin : « L'usage à peu près général veut, disent-ils, qu'on entende par là, l'administration d'un ou de plusieurs agents thérapeutiques pour satisfaire à une indication déterminée. » Médication n'est pas synonyme de traitement, parce que dans le traitement d'une seule et même maladie, on peut recourir successivement ou simultanément à plusieurs médications distinctes : à la médication préventive d'abord; puis, si elle a été impuissante à protéger le sujet, à la médication abortive, et enfin, si celle-ci a échoué, à la médication palliative ou symptomatique. Mais ces deux mots comprennent tous les procédés auxquels le médecin peut avoir recours. L'histoire la plus récente ne nous montre-t-elle pas la saignée, placée au premier rang parmi les moyens de juguler les maladies inflammatoires aiguës? Il est donc nécessaire de prendre le mot médication dans le sens que nous venons d'indiquer.

La médication abortive, quels que soient les procédés thérapeutiques auxquels elle ait recours, est celle qui attaque la maladie dans ses œuvres vives. Elle se place entre la prophylaxie et la médecine des symptômes. La première, aidée de l'hygiène, cherche à défendre l'organisme contre la maladie, soit en augmentant les forces et la résistance du sujet, soit en détruisant ou en éloignant les causes morbifiques qui pourraient agir sur lui. La seconde, avouant son impuissance contre le fond même de la maladie, n'essaye pas d'en arrêter la marche, et se borne à ne combattre ou à en pallier les diverses

manifestations. La première prévient, la seconde répare, elle seule guérit.

Cette médication est sans conteste l'idéal de la thérapeutique. Trouver un moyen d'attaquer la maladie elle-même, de la dominer, de la trancher, est évidemment une idée simple, nette et séduisante. Si elle était réalisée, elle permettrait à la fois de se consoler des imperfections de la prophylaxie et de se passer des services de la médication symptomatique.

Toute médication qui n'est pas préservatrice doit être curative ou au moins palliative. La médication abortive n'est pas toute la médication curative, mais elle en est la meilleure partie.

Les procédés qui, sans abréger la durée d'un mal inévitable, conduisent le patient jusqu'à son terme, en le soulageant, et surtout en évitant les causes de mort, les procédés qui, cette tâche accomplie, s'attaquent aux lésions que la maladie a laissées derrière elle et les font disparaître les unes après les autres sont certainement curatifs. Mais combien leurs succès sont-ils moins brillants que ceux de la méthode abortive? Ils ne soulagent le malade qu'après l'avoir laissé longtemps souffrir; ils ne peuvent se targuer d'éviter tous les écueils au milieu desquels ils sont obligés de le conduire; ils laissent ses forces s'user dans cette lutte. Ils sont des auxiliaires utiles et non des champions victorieux.

Avant de rien savoir du siège véritable de la nature, de la marche, de l'origine de la maladie, on voulut guérir par les moyens qu'avaient indiqués le hasard et que transmettait la tradition. Dans ce but, on employa les procédés les plus divers, sans règles, puisque la pathologie n'était pas encore ébauchée, mais avec l'intention certaine de supprimer la maladie le plus vite, le plus complètement possible. Les pratiques des sorciers qui prétendaient chasser l'esprit malin par des drogues et

par des exorcismes montrent bien l'idée qu'on se faisait de la maladie et des moyens de la combattre. C'est seulement quand l'observation permit de distinguer un certain nombre de types morbides, quand elle montra que la maladie avait, dans un grand nombre de cas, une marche régulière et indépendante des influences extérieures, que souvent elle se terminait par la guérison, qu'on se résigna à ne plus la combattre ouvertement. On se borna, faute de pouvoir mieux faire, à aider la nature, à soutenir les forces du malade, à écarter les symptômes les plus douloureux et les plus menaçants, sans essayer d'atteindre le mal dans sa cause. Mais, malgré tout, l'idée première d'attaquer la maladie dans son essence persistait et reparaissait, sinon dans les doctrines, du moins dans les tentatives isolées de la médecine pratique.

La médication abortive est donc facile à définir; elle est conforme aux tendances les plus anciennes et les plus légitimes de la médecine. Son but est précis; son avènement désirable. Reste à savoir si nous possédons les moyens de réaliser ses prétentions.

A côté de très nombreux partisans avoués ou inconscients, elle a rencontré des détracteurs et des ennemis. On lui a adressé deux reproches principaux : celui de profiter des incertitudes du diagnostic et du pronostic, et celui de sacrifier trop souvent le malade en voulant porter des coups mortels à la maladie.

Examinons ce que valent ces deux objections. La première peut s'adresser à toute intervention thérapeutique. Il est certain que chaque fois qu'on donne un médicament dans un but déterminé et qu'il s'en suit une amélioration, on peut dire que celle-ci se serait peut-être produite sans lui. Nous n'insistons pas. Un pareil raisonnement, s'il était suivi jusqu'au bout, conduirait au nihilisme thérapeutique, qui est inadmissible; et d'ailleurs la méthode numérique en fait justice. Si une mani-

festation morbide connue dure toujours un certain temps en l'absence de toute médication, et si un médicament déterminé en modifie constamment la durée, il est bien permis de dire que ce résultat est dû à l'agent employé. Si l'expérience a été répétée dans un assez grand nombre de cas, si les conditions dans lesquelles elle a été faite sont bien fixées, la conclusion est des plus légitimes. La thérapeutique ne peut avoir d'autre règle de conduite. Quelle que soit l'idée première qui ait guidé le médecin dans le choix d'une médication, c'est toujours la proportion des succès obtenus qui décidera de son opinion, qu'elle se traduise par une statistique précise ou qu'elle reste à l'état d'impression, de souvenir plus ou moins vague. En principe, cette objection n'est donc pas valable.

Mais, pour que les résultats d'une intervention quelconque puissent être jugés, il faut que les circonstances dans lesquelles elle a lieu soient nettement délimitées. La première condition pour fixer la valeur d'une médication est de ne l'appliquer qu'à bon escient. De tout temps, la médication abortive a profité dans une large mesure des erreurs de diagnostic des médecins qui l'employaient. Préoccupés de guérir, de guérir vite, ils appliquaient leurs remèdes sans avoir suffisamment observé le malade et ils comptaient comme des succès tous les cas où la maladie supposée avait été arrêtée dans sa marche. Toutes les observations, faites dans des conditions telles que le diagnostic ne présentait pas le degré de certitude nécessaire, doivent donc être frappées de suspicion. Quelle confiance peut-on accorder aux résultats obtenus par des médecins qui, trompés par d'apparentes similitudes, confondaient la pneumonie, la pleurésie et la pleurodynie dans une commune description et lui appliquaient le même traitement. Il ne faut donc juger les médications préconisées par les anciens qu'avec les plus grandes réserves.

Aujourd'hui encore, pour apprécier la valeur d'un médicament, il faut ne l'appliquer qu'à des cas comparables. Pour continuer à prendre le même exemple, si l'on veut traiter la pneumonie, il faut bien dire quelle est l'affection qu'on veut combattre, et ne pas confondre la pneumonie aiguë, franche, lobaire, fibrineuse, avec toutes les broncho-pneumonies, toutes les pneumonies secondaires qui peuvent se traduire par les mêmes signes physiques et donner lieu aux mêmes troubles fonctionnels. Cette distinction est loin d'être toujours faite, et cependant elle est nécessaire si l'on ne veut pas intervenir en aveugle.

Les difficultés créées à toute thérapeutique par les incertitudes du diagnostic sont beaucoup plus grandes pour la médication abortive que pour toute autre. Pour faire avorter la maladie, il faut, dit-on, l'attaquer dès le début, avant qu'elle n'ait eu le temps de s'emparer de l'économie tout entière et d'y déterminer des lésions trop profondes. Il est clair que quand un processus inflammatoire aura déterminé des dégénérescences scléreuses étendues, il ne pourra plus être question de supprimer brusquement ces lésions cicatricielles. Tout au plus pourra-t-on les combattre, les empêcher de s'étendre, ou s'efforcer de les réduire progressivement. On pourra nourrir l'espoir de faire avorter une endocardite aiguë commençante. Contre les lésions valvulaires secondaires qu'elle aura déterminées, on ne pourra employer que des palliatifs.

La médication abortive doit donc, cela résulte de son but, intervenir dès les premières heures, mais c'est alors que les chances d'erreur sont les plus grandes. Les symptômes, la marche de la fièvre typhoïde sont fort bien connus, et cependant on sait quelles difficultés présente le diagnostic différentiel, avant l'apparition des taches rosées lenticulaires, avant une observation suffisamment prolongée de la marche de la température. Cependant, si

nous sommes en possession d'un moyen de faire avorter la dothiéntérie, attendrons-nous pour l'appliquer que la maladie ait duré huit ou dix jours et priverons nous le malade d'une partie de ses chances de guérison pour le plaisir de faire un diagnostic irréprochable. Non, sans doute ! mais alors on pourra nous objecter que nous nous sommes trompés, que nous avons visé un mal imaginaire et triomphé facilement d'un ennemi absent.

Cette difficulté est réelle, elle n'est pas insurmontable. En perfectionnant les moyens de diagnostic, on est arrivé non seulement à le rendre plus sûr, mais encore à avancer le moment où il est possible de le faire. Pour affirmer la nature tuberculeuse d'une affection locale, il n'est plus nécessaire d'en suivre la marche pendant des mois, d'en observer minutieusement l'aspect, la constatation des bacilles caractéristiques est un critérium suffisant ; elle permet de trancher immédiatement la question. Les progrès de la pathologie, en nous apprenant à distinguer les unes des autres les espèces morbides dont les manifestations sont les plus semblables, augmenteront la certitude du diagnostic et, en avançant l'heure où il sera possible de le faire, lèveront ces objections.

Mais, pour juger de la valeur d'une médication abortive, il ne suffit pas d'être certain qu'elle ait été dirigée contre la maladie qu'elle devait combattre et non contre une affection analogue. Il faut aussi savoir quelle aurait été la durée de cette maladie livrée à elle-même. Il y a des pneumonies, des varioles, des fièvres typhoïdes qui se terminent spontanément par une guérison anticipée. Ces formes abortives ou plutôt avortées sont même assez fréquentes, et il n'est pas douteux qu'elles n'aient souvent donné lieu à de singulières illusions thérapeutiques. On manque rarement d'attribuer à la médication qu'on a faite les bons résultats qu'on observe ; pour peu que l'on

ait affaire à une série heureuse, on se croit en possession d'une véritable méthode de traitement.

Aux difficultés du diagnostic viennent donc s'ajouter celles du pronostic. La médication abortive a bénéficié des unes comme des autres. Ses adversaires n'ont pas manqué de faire remarquer que les maladies dans lesquelles elle a eu les plus brillants succès sont précisément celles qui se terminent le plus souvent par résolution spontanée. Cette remarque n'a pas peu contribué à discréditer les tentatives des jugulateurs et à encourager les réserves des partisans de l'expectation pure ou de la médecine symptomatique.

Ici encore, la réponse est facile. Sans doute, quand on applique le traitement dès les premières heures à une affection qui peut avorter, on court le risque d'attribuer aux moyens thérapeutiques des succès dus à la marche naturelle de la maladie. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Dans un assez grand nombre de cas, il est possible de faire de bonne heure un pronostic sérieux. Quant une affection est manifestement assez grave pour ne pouvoir tourner court, on doit admettre que, si elle se termine par une prompte guérison, ce résultat est dû au traitement. Enfin, s'il y a des séries, des coïncidences, elles ne peuvent tout expliquer ; une statistique suffisamment étendue en fera toujours justice. A l'expérience d'un homme, d'une période de temps, on opposera celle des années et celle de tout le monde. Les médications douteuses ont disparu ; les bonnes ont subsisté, bravant les systèmes et les théories : témoin le mercure et le quinquina, ces deux arguments des croyants de la thérapeutique. Dans cette lutte pour l'existence, comme d'habitude, les faibles succombent, tandis que les forts croissent et multiplient.

En définitive, les difficultés inhérentes aux incertitudes du diagnostic et du pronostic, l'existence même des formes spontanément abortives, ne créent pas un obstacle

insurmontable pour apprécier les efforts de la médication abortive. L'expérimentation, toujours si difficile en thérapeutique, est ici un peu plus difficile encore et voilà tout.

On a combattu les tendances de la médication abortive au nom de la prudence. On a prétendu qu'elle avait plus de dangers que d'avantages et que ses bienfaits étaient trop chèrement achetés. Accordant qu'il était peut-être possible d'arrêter certaines maladies dans leur évolution par des procédés violents et perturbateurs, on a cru remarquer que le malade n'avait rien à gagner à cette intervention brutale. Champ de bataille de la lutte entre la maladie et le médecin, il était toujours destiné à payer les frais de la guerre et ne tirait, en définitive, aucun bénéfice du triomphe de l'art.

Cette idée a quelque chose de légitime. Quand on institue un traitement, la première règle est de ne pas nuire, est-il besoin de le rappeler? et cette règle n'est jamais plus étroite que quand on manie les agents les plus actifs de la thérapeutique dans le but d'arrêter une maladie dans son cours. « Si l'esprit libre de toute préoccupation, dit M. Bouchardat (1), on pouvait comparer le bien et le mal qu'a pu faire la médecine agissante entre des mains inexpérimentées, si surtout on prend en considération que les plus ignorants sont les partisans les plus fanatiques des moyens violents, je ne sais si l'avantage ne resterait pas à la médecine expectante. Est-ce à dire pour cela que nous devons rester désarmés en présence des maux que nous devons combattre! Non, sans doute .. etc. » Il est arrivé souvent qu'en voulant frapper

(1) Bouchardat. De l'influence que les méthodes thérapeutiques peuvent exercer sur la durée des maladies aiguës. Thèse de concours, 1839, p. 19.

la maladie on ait atteint le malade, mais en est-il toujours ainsi? L'expérience démontre le contraire. La saignée ne fait tomber la fièvre d'un typhique ou d'un rhumatisant qu'en le mettant dans un état de débilité telle que ses chances de mort en sont augmentées; soit. Le mercure a été accusé de tous les maux qu'engendre la syphilis; passe encore. Mais personne n'a jamais pu opposer de bonnes raisons à l'emploi du quinquina ou de la quinine contre la fièvre intermittente. Accordons donc que la médication abortive doit être prudente; qu'elle doit s'entourer de toutes les lumières de l'expérimentation physiologique, de tous les renseignements de la clinique, mais ne désespérons pas d'elle.

On a dit aussi qu'il n'était pas toujours bon de supprimer une manifestation morbide même gênante, même douloureuse; que les maladies sont des crises utiles qu'il vaut mieux subir que combattre. Ici, nous touchons au point le plus délicat de la question. Il est clair que pour tout médecin soucieux des idées générales qui dominent la connaissance des faits isolés, la direction à imprimer à la thérapeutique dépendra avant tout de son opinion sur la nature de la maladie.

Mais qu'est-ce donc que cet ennemi que nous nous proposons de combattre? Que veut dire ce mot que nous avons si souvent répété et dont il eût peut-être fallu commencer par fixer le sens?

La réponse est difficile à donner. « Il serait aisé, dit M. Raynaud (1), de composer un article entier, avec la seule énumération des diverses définitions qui ont été données de la maladie, et il ne serait guère plus difficile d'ajouter à cette longue liste une définition nouvelle, qui peut-être ne serait ni supérieure ni pire que beaucoup

(1) M. Raynaud. Art. Maladie du Dict. de méd. et chir. prat., t. XXI, p. 458.

de ses devancières. Que s'il fallait faire la critique des opinions médicales qui ont motivé ces définitions, un volume y suffirait à peine. Rien n'est plus surprenant, au premier abord, que cette multiplicité d'avis sur un mot qui ne fait, en définitive, qu'exprimer une notion de sens commun, notion vulgaire, reproduite par toutes les langues humaines et sur laquelle le premier ignorant venu, quand il envoie chercher un médecin, est tout aussi édifié que les savants de profession. »

Nous n'entrerons pas dans cette discussion qui nous conduirait à refaire l'histoire si souvent exposée des doctrines médicales. Nous ferons remarquer seulement qu'aucune des définitions qui ont été données de la maladie n'exclut complètement l'idée de la médication abortive.

Si la maladie est une manifestation de la nature médicatrice et conservatrice, le médecin est le ministre de la nature, il n'en est plus le maître ; mais rien ne lui défend d'imiter les procédés de la nature elle-même, de provoquer les crises qui marquent la guérison des maladies. « La thérapeutique naturiste connaît l'évolution naturelle des maladies curables et c'est dans cette connaissance qu'elle puise ses inspirations (1).

Elle cherche à reproduire les *crises* qui manquent dans un certain nombre de cas la fin des maladies. « Elle constate que pour les principaux groupes pathologiques, des phénomènes particuliers précèdent l'amendement et annoncent la guérison, elle s'attache à ces symptômes pronostiques favorables et cherche à imiter, ou à favoriser, ou à provoquer ces crises salutaires, soit qu'elle produise des hémorrhagies, soit qu'elle suscite des sécré-

(1) Bouchard. Préface des nouveaux éléments de mat. méd. et de thérapeutique de Nothnagel et Rosbach, traduit par Alquier. Paris, 1880, p. vii.

tions sudorales ou urinaires, soit qu'elle détermine des évacuations diarrhéiques » (1).

Ces moyens visent à arrêter la maladie dans sa marche en plaçant le malade dans les conditions où il se trouve quand celle-ci revêt spontanément ses formes abortives. Ils rentrent donc au premier chef dans la médication abortive. Aussi l'argument de fait que l'on a si souvent opposé à cette médication, à savoir qu'elle ne fait que profiter des crises naturelles qui seraient aussi bien survenues sans elle, se retourne en sa faveur. S'il y a des formes morbides abortives, il peut, il doit y avoir des médications abortives.

Ne nous étonnons donc plus que ces médications réussissent surtout dans les maladies qui peuvent se terminer spontanément par une résolution prématurée ; n'exploitons plus cette coïncidence contre la thérapeutique active. Proclamons-là au contraire ; elle est son excuse ou plutôt sa raison d'être. Nous n'insisterons pas sur ce rapprochement. Il n'aurait aucune valeur s'il n'était confirmé par l'expérience, juge en dernier ressort de toutes les théories médicales.

Les doctrines des écoles, qui considèrent la maladie comme un trouble fonctionnel dépendant de l'altération des solides et des liquides de l'économie, sont évidemment favorables aux tentatives de la médication abortive. Si la maladie consiste dans l'altération des organes, il est possible de l'atteindre. En faisant disparaître ces modifications anatomiques, physiologiques, physiques ou chimiques qui la caractérisent, on lui retire son substratum, on supprime la cause de tous les troubles qui la caractérisent. Si l'on peut réussir à le faire dès les premières heures de la maladie, on la fait avorter.

Le septicisme même des partisans de l'observation pure

(1) Bouchard. Ibid.

est bien obligé de tenir compte des tentatives empiriques, d'en enregistrer les résultats tels quels, d'en profiter même, si par hasard elles parviennent à enrayer dans sa marche une évolution pathologique commencée.

Il n'y a donc pas, si l'on veut aller au fond des choses, de fin de non-recevoir absolue à opposer aux tendances de la médication abortive.

Mais laissons de côté les généralités pour en revenir aux faits qui passent toujours avant elles. La marche d'une maladie, telle que la pneumonie, est-elle fatale, cyclique, comme on l'a dit? Non, puisqu'il y a des formes spontanément abortives. Nous venons de montrer le parti que la médication abortive doit tirer de l'existence de ces formes.

L'exemple souvent cité de l'attaque de goutte aiguë légitime est-il plus probant? On sait qu'il est facile de la faire avorter, mais que l'on est à peu près d'accord qu'il vaut mieux lui laisser suivre son cours sous peine de substituer de graves dangers à une douleur temporaire. Le fait est exact. Les raisons qu'on en peut déduire contre la méthode abortive sont séduisantes; elles ne prouvent rien en réalité.

Ces affections, qu'il faut savoir respecter, ne méritent pas le nom de maladie. Ce sont des manifestations locales temporaires d'une cause plus générale, plus durable. En les combattant, on n'attaque pas la maladie dans son essence, mais dans un de ces résultats; on ne fait que de la thérapeutique symptomatique. Si au lieu de combattre la fluxion goutteuse par la teinture de colchique et par les applications froides, par exemple, on pouvait atteindre la dyscrasie goutteuse, modifier le vice de la nutrition qui est la cause première et le lien de toutes les manifestations de la goutte, si l'on pouvait modifier la composition chimique des humeurs du gouteux, l'empêcher de produire de l'acide urique en excès

ou neutraliser celui-ci à mesure qu'il est produit, on ferait de la vraie, de la bonne médication préventive. Si cette modification était permanente et définitive, ce serait même de la médication abortive, puisque l'on aurait arrêté la maladie commencée et supprimé ses effets ultérieurs. Nous pourrions multiplier les exemples et montrer qu'il en est toujours ainsi. C'est faute de comprendre bien exactement la valeur d'une affection secondaire, isolée de sa cause, qu'on l'a combattue à tort. Le reproche de nuire en supprimant un mal nécessaire s'adresse plutôt à la médication symptomatique qu'à la thérapeutique étiologique. Prendre un symptôme ou un syndrome isolé, s'attacher à le combattre sans connaître le fond de la maladie, c'est un peu agir en aveugle, c'est s'exposer à frapper dans le vide.

Envisagée d'une manière générale et au point de vue théorique, la médication abortive doit toujours s'en prendre aux causes de la maladie. Quand la cause n'aura qu'une action passagère suivie d'effets prolongés, elle trouvera bien rarement l'occasion d'intervenir; mais lorsque la cause s'attachera à l'organisme, s'y implantera et exercera sur lui une action permanente, elle attaquera directement l'agent morbifique, essaiera de l'extirper et d'en débarrasser le malade. Quand elle y parviendra, elle remplira véritablement son rôle.

Si la médication abortive est décriée, méprisée; si elle est encore dans l'enfance, cela tient à ce que nous n'avons encore que des notions très imparfaites; très rudimentaires sur la nature et la cause première de la plupart des maladies. Sa faiblesse tient à l'imperfection de nos connaissances et non à ses tendances. Le jour où la pathogénie sera une science précise, la médication abortive sera fondée sur des bases solides. Cette idée est exprimée de la façon la plus magistrale par M. le Prof. Bouchard (1).

(1) Loc. cit., p. XII, XIII, XIV.

« L'avenir appartient à la thérapeutique pathogénique, dit-il, ... elle suffirait à poser les médications du traitement, si une telle science était réalisée, c'est-à-dire si la pathologie était scientifiquement constituée. Pour que cette méthode devînt le guide exclusif ou prépondérant de la pratique médicale, il faudrait que les causes et surtout que la cause prochaine de toute maladie fût connue ; que l'on saisît clairement le lieu et le mode d'application de cette cause, la nature de son conflit avec l'organisme, le processus réactionnel qu'elle provoque immédiatement, les conditions anormales secondaires qui en résultent et les troubles deutéropathiques qu'elles entraînent. Si j'excepte quelques maladies infectieuses qui sortent à peine du domaine expérimental, je puis dire que, de tout cela, on ignore à peu près tout, pour presque toutes les maladies. Mais si l'un de ces points est connu, il serait insensé de ne pas en déduire l'indication qu'il révèle, et criminel de ne pas réaliser cette indication, sous prétexte que, d'autres points restant inconnus, les autres indications nous échappent. Si l'on sait qu'une maladie est produite par un corps étranger, ou si l'on connaît sa nature parasitaire, on en déduit des indications qui, quelque incomplètes qu'elles soient, ne doivent pas être négligées.

« A défaut de cette connaissance positive de la cause et de la nature d'une maladie, on imagine cette cause et l'on se figure cette nature ; on se fait une théorie plus ou moins vraisemblable, et, de cette vue systématique, on déduit avec aisance les indications thérapeutiques. On fait ainsi encore une thérapeutique pathogénique qu'on appellera rationnelle ou même scientifique, qui vaudra, en fait, ce que vaut l'hypothèse. C'est ce qu'on fait chaque jour ; c'est ce qu'on a toujours fait : jeu dangereux, s'il en faut juger par l'inanité et l'incohérence de tant de méthodes de traitement qu'ont traînées à leur suite tous

les systèmes médicaux, toutes les doctrines des temps passés. C'est là l'écueil et le danger de la thérapeutique pathogénique, non que je redoute absolument l'introduction de l'hypothèse en médecine, même en thérapeutique; mais parce qu'on oublie trop vite que c'est sur une hypothèse que l'on édifie, et parce que cet oubli empêche de faire, comme il convient, appel au contrôle de l'observation pure. La thérapeutique pathogénique est déduite de la conception théorique des maladies, et comme cette conception a varié suivant les âges, elle a été soumise aux mêmes variations. Elle deviendra la loi immuable de l'intervention médicale le jour seulement où la pathologie sera solidement assise et définitivement constituée. Sa réalisation est donc encore lointaine; elle est le but idéal vers lequel s'achemine péniblement la médecine. Le travail du temps présent soulève quelques coins du voile et révèle, à de rares intervalles, quelques indications pathogéniques positives. En dehors de ces données précieuses, toute thérapeutique pathogénique rentre dans le domaine de l'hypothèse. Sur ce terrain, il convient de ne s'aventurer qu'avec circonspection; mais il ne saurait être interdit de l'explorer. La médecine n'a pas le droit de se renfermer dans la contemplation pure, dans la méditation platonique; le malade réclame impérieusement notre intervention, l'action s'impose à nous comme une nécessité inéluctable; il faut agir et marcher même dans les ténèbres, sans attendre l'avènement de la pleine lumière. Mais cette marche ténébreuse ne doit pas être une agitation incoordonnée. Si la phase n'est pas en vue, si l'indication pathogénique reste voilée, il est permis de choisir arbitrairement sa direction en s'inspirant des probabilités qui, chaque jour, serrent de plus près la vérité. Mais on ne doit avancer qu'avec précaution, en interrogeant l'horizon, en sondant les profondeurs, en faisant appel incessant à l'observation pour rectifier la

route et pour éviter les écueils. De la sorte, on n'échappe pas toujours au naufrage, mais on arrive souvent au port. Une telle méthode ne saurait être proposée comme le dernier terme des aspirations scientifiques; mais elle nous est imposée par l'état insuffisant de la science et par l'obligation professionnelle. »

Ainsi, non seulement il n'y a aucune objection à faire aux tendances de la médication abortive, mais l'obligation d'y avoir recours s'impose quand l'agent pathogène est scientifiquement connu et qu'on a trouvé le moyen de le neutraliser.

Les objections de principe qu'on lui a opposées ne sont donc pas plus fortes que les objections de fait; reste ce que l'on pourrait appeler les objections de sentiment.

Comme beaucoup d'excellentes choses, la médication abortive a rencontré dans ses partisans passionnés, maladroits ou malintentionnés, de pires ennemis qu'en ses adversaires déclarés.

Les excès des élèves de Broussais et de Bouillaud ont plus fait pour la médecine expectante ou purement symptomatique que toutes les raisons tirées de la pathologie générale ou de la clinique. On a vu que la saignée coup sur coup épuisait les forces du malade et lui était plus nuisible qu'utile, et l'on a érigé en règle l'abstention, sans se demander si en condamnant les moyens employés sans mesure, il ne fallait pas absoudre le but poursuivi.

D'autre part, les adeptes des méthodes exclusives, guidés par une idée préconçue, ont trop souvent oublié de se demander si l'expérience clinique confirmait leurs théories. Croyants d'un dogme scientifique, ils n'ont plus tenu assez de compte des faits, parce qu'ils pensaient posséder la vérité supérieure qui les domine. Ils ont voulu intervenir toujours, juguler toujours, quel que fût l'état

De Beurmann.

3

du malade, quelle que fût la maladie. Ils ont confondu les affections les plus diverses, les cas les plus disparates et poussé leur système jusqu'à l'absurde. Ils ont ainsi compromis la cause qu'ils défendaient par leurs exagérations et la chute de leur système a jeté sur l'idée même de la médication abortive un discrédit dont elle devait longtemps souffrir.

La réaction a été d'autant plus vive que ces disciples obscurs avaient surenchéri sur les prétentions des maîtres. La simplicité d'une doctrine absolue, d'où découlait une thérapeutique à peu près uniforme, favorisait leur paresse et leur ignorance, encore plus qu'elle ne séduisait leur esprit. Aussi ne gardèrent-ils aucune mesure. Ils ne s'inquiétèrent plus ni d'examiner leur malade, ni de faire un diagnostic exact, ni de chercher les indications fournies par l'âge, le milieu, le tempérament, la constitution médicale régnante, etc. ; tout cela importait peu, puisqu'ils étaient en possession d'un moyen infaillible de juguler la maladie.

Ces erreurs firent beaucoup pour discréditer les tendances de la médication abortive. Elle souffrit d'être tombée dans des mains ignorantes, mais elle tomba plus bas encore.

Abandonnée aux époques de doute par les esprits éclairés qui ne croyaient pas en leur pouvoir de réaliser son programme, elle a été exploitée par les charlatans qui n'ont pas manqué de promettre, à leurs nombreux clients, guérison radicale et immédiate. Les donneurs de spécifiques, des époques primitives, ont toujours eu la prétention de juguler la maladie qu'ils combattaient. Les éléments d'une analyse même sommaire leur manquaient et la faiblesse de leurs moyens d'investigation les disculpe. Obligés d'intervenir sans rien savoir du mal qu'on leur demandait de guérir, ils ne pouvaient procéder autrement qu'ils ne l'ont fait. Les marchands de drogues et

de remèdes secrets ont suivi leurs traces. Ils ont peut-être pour excuse d'avoir fait faire à la thérapeutique un certain nombre de ses conquêtes les plus brillantes et les plus durables. Leurs tentatives ont accumulé un trésor de matériaux qui sont le patrimoine de la thérapeutique. Il faut utiliser ces matériaux sans rougir de leur humble origine. Mais que dire des industriels qui, sans tenir compte des progrès réalisés, prétendent suivre ces anciens errements.

Que dire surtout des médecins qui, utilisant les données et surtout le jargon de la science la plus récente, ont proclamé qu'ils étaient seuls en possession d'un moyen infaillible de juguler les maladies. Ils ont criblé d'épigrammes la médecine qu'ils appellent officielle, comme si la liberté scientifique n'existait pas, comme si le temps des doctrines exclusives n'était pas passé. Ils ont plaisanté la pharmacopée courante et prétendu qu'eux seuls donnaient les médicaments purs, amenés à leur summum d'activité, comme si tout le monde n'usait pas des alcaloïdes et des principes immédiats. Ils ont raillé les anciennes potions comme si leurs granules n'étaient pas connues depuis longtemps, comme si cette forme n'était pas le plus souvent remarquable par l'infidélité de son dosage. Ils ont répété sur tous les tons que les spécifiques ne sauraient exister, que la médecine patiente scientifique n'est qu'une inutile histoire naturelle et qu'eux seuls ont le souci de guérir et les moyens de guérir immédiatement.

Dans ce but, ils ont fixé d'une manière infaillible l'action de chacun de leurs agents thérapeutiques et ils les ont donnés à la dose voulue à mesure que se présentait l'indication : tant pour la fièvre, tant pour la dyspnée, tant pour l'anorexie, tant pour l'hypercholie, tant pour la diathèse arthritique, etc. La maladie, attaquée d'une manière aussi active et aussi méthodique, n'a qu'une seule

chose à faire, capituler, et à les en croire, elle ne manque pas de le faire à la première sommation.

Cet ensemble de procédés n'a même pas le mérite de l'originalité; il n'innove rien, ne contient aucune idée féconde. La médecine dosimétrique, car c'est d'elle, on l'a deviné, que nous voulons parler, se borne à exploiter les tendances de la médecine physiologique. Elle le fait de la façon la plus singulièrement naïve, opposant à chaque élément morbide un agent exactement antagoniste. Contre l'herpétisme, elle donne l'arséniate de fer, contre l'arthritisme, le benzoate de soude; « la mobilité nerveuse est fixée par le valérianate ou le phosphure de zinc. » Il n'y a rien là que de fort banal et de fort ancien, et vouloir faire de tout cela une doctrine, c'est avoir des prétentions bien peu justifiées. Le nom même de cette méthode est une étiquette sans valeur. Assurément il est nécessaire de mesurer les doses des médicaments que l'on emploie; tous les médecins les mesurent par les moyens qui leur paraissent les meilleurs, celui des dosimètres n'a rien qui leur soit propre. Ils ne font donc rien que ne fasse tout le monde et n'ont de particulier que leurs prétentions, leurs sarcasmes contre ce qui n'est pas de leur église et l'extraordinaire abus qu'ils font du mot de jugulation.

Nous n'irons pas plus loin; pour juger la valeur des résultats merveilleux qu'ils annoncent, on n'aura qu'à lire les observations que contiennent leurs recueils.

Ces quelques mots étaient nécessaires cependant, car de semblables exagérations ne tendent à rien moins qu'à compromettre l'idée même de la médication abortive. C'est en grande partie pour avoir été employé si mal à propos que son nom étonne et demande des explications. Il y a eu des médications abortives dangereuses; il en est qui manquent à leurs promesses et ne justifient pas leur enseigne; qu'importe! si l'idée elle-même est juste

et si rien ne prouve qu'elle soit impossible à réaliser. La science ne doit pas avoir ces délicatesses ; elle prend son bien où elle le trouve. Fracastor dit que « les préparations mercurielles furent introduites dans la thérapeutique par de misérables empiriques » (1).

Fallope raconte « que les médecins du temps désespéraient de guérir certainement et se rendirent si méprisables à tout le monde que si quelques chirurgiens très-hardis n'eussent trouvé par hasard l'usage du mercure, et s'il n'était survenu les Espagnols qui savaient comment la maladie se traitait dans les Indes, la vérole aurait été et serait encore incurable » (2). Est-ce une raison pour rejeter le mercure de la thérapeutique ?

Tous les charlatans se vantent de juguler les maladies ; doit-on pour cela leur céder la place et abandonner cette idée qu'ils exploitent ? pas davantage.

Aucune des objections de fait, de principe ou de sentiment que l'on peut opposer aux tendances de la médication abortive, ne doit nous arrêter et nous n'avons pas le droit de répondre *a priori* : la médication abortive n'existe pas, parce qu'elle ne peut pas exister. Si elle est encore dans l'enfance, si elle est encore tellement timide que l'on peut douter d'elle, c'est que la médecine elle-même est encore trop peu avancée pour lui indiquer sûrement sa voie.

Le jour bien éloigné encore où la pathogénie des maladies sera exactement connue, le jour où l'on saura avec certitude sous l'influence de quel agent perturbateur se développe une affection déterminée ; quelles sont les conditions nécessaires pour qu'il puisse agir sur l'économie ; quelles sont celles qui favorisent, entravent ou arrêtent son action, on pourra porter un jugement sur la

(1) Fracastor. De contagionibus et contagiosis morbis.

(2) Fallope. De morbo gallico, cap. xx.

valeur de la médication abortive, et ce jugement sera certainement favorable. Jusque-là, sachons profiter des connaissances imparfaites que nous possédons sur la pathogénie de telle ou telle maladie aiguë, sachons utiliser les trouvailles de l'empirisme, mais n'érigions pas notre faiblesse en loi et ne renonçons pas à attendre de l'avenir ce que nous refuse le présent.

La médecine sort précisément d'une de ces périodes de doute pendant lesquelles l'idée générale de la maladie est voilée par l'observation du détail. Sans abandonner les études de clinique et d'anatomie pathologique qui font sa force, elle s'inquiète plus qu'elle ne l'a jamais fait de la pathogénie, et sur ce point l'expérimentation du laboratoire lui apporte un puissant concours. Le rôle pathogénique des organismes inférieurs dans les maladies infectieuses ou virulentes aiguës et chroniques n'est plus guère contesté par personne; pour un certain nombre d'entre eux, la démonstration est faite d'une manière absolue. Ne pourrait-on répéter pour la pustule maligne et la tuberculose ce qu'on a pu dire pour la gale. Quel monceau d'hypothèses, quels échafaudages de doctrines chimériques n'a-t-on pas construits sur le vice psorique, jusqu'au jour où il a été démontré que cette affection est liée à la présence d'un parasite visible à un faible grossissement? Le rôle de la bactériodie charbonneuse et du bacille de la tuberculose est aujourd'hui presque aussi bien connu.

L'avenir dira jusqu'où il faut aller dans cette voie; il fixera les limites entre les maladies dues à la contagion vivante et celles qui résultent d'autres causes. Il y aura des oscillations diverses; certains dépasseront le but et compromettront la doctrine en voulant trop l'étendre et en voulant l'appliquer à des faits réfractaires, mais les faits acquis resteront et ils marqueront un pas décisif dans la connaissance des agents pathogènes.

Le moment est donc bien choisi pour réhabiliter la médication abortive; l'heure présente lui est favorable. Après l'avoir longtemps dédaignée, on tourne de nouveau les yeux vers elle, on croit à sa légitimité.

L'expérimentation clinique dira seule ce que valent au point de vue thérapeutique les tentatives actuelles; avant de porter un jugement sur elles, nous devons exposer les résultats obtenus par les divers procédés abortifs connus, quels que soient leur origine, quel que soit leur mode d'action présumée.

MÉDICATION ABORTIVE DANS LES MALADIES

Si la médication abortive était aussi précise dans ses moyens d'action que dans ses intentions, il ne nous resterait plus qu'à étudier les divers agents dont elle dispose, à en discuter la valeur, à en préciser le mode d'administration, à en fixer les indications particulières.

Il nous est impossible de suivre cette marche qui semble cependant commandée quand on étudie une médication. Dans l'état actuel de la science, il n'y a pas une médication abortive constituée, tout au plus peut-on dire que la direction dans laquelle cette médication doit s'engager est indiquée. L'antisepsie médicale sera sans doute dans l'avenir un des procédés auquel elle aura le plus souvent recours et les antiseptiques seront au premier rang parmi les médicaments abortifs. Provisoirement, il n'y a que des procédés ou des agents abortifs, et ces moyens très divers, essayés autrefois un peu au hasard, étudiés aujourd'hui avec plus de méthode, commencent seulement à se coordonner.

L'étude des moyens ou des procédés abortifs, pris en eux-mêmes, n'aurait donc qu'un intérêt médiocre. De plus, s'il fallait discuter la valeur de tous les agents qui ont été, même dans un espace de temps restreint, préconisés pour faire avorter telle ou telle maladie, nous arriverions à une énumération fastidieuse de tentatives prématurées, d'efforts mal dirigés.

Une pareille liste serait même impossible à dresser, car elle devrait comprendre la foule immense des spécifiques qui ont été vantés dans tous les temps et dans tous les pays. On y verrait, à côté de quelques médicaments utiles qui ont surnagé, la masse de ceux dont on a dit spirituellement qu'il faut se hâter de les employer pendant qu'ils guérissent. Le nom même de la plupart d'entre eux est oublié, soit parce qu'ils n'avaient aucune utilité réelle et que leurs propriétés curatives étaient illusoires, soit parce qu'ils n'étaient que des succédanés inutiles ou des superfluités gênantes, soit même parce qu'ils n'ont pas été expérimentés dans des conditions satisfaisantes. Peut-être au milieu de ces débris pourrait-on trouver des matériaux utiles. Les nouveautés ne sont bien souvent que la réédition des vieilleries tombées dans l'oubli et un médicament condamné à toujours le droit d'en appeler de l'expérience du jour à celle du lendemain. Nous n'avons pas entre les mains les éléments d'une pareille revision. Quant à une simple énumération, elle serait absolument dénuée d'intérêt et nous n'aurions garde de l'entreprendre même sous forme d'historique de la médication abortive.

Nous ne pouvons donc suivre ni l'ordre thérapeutique, ni l'ordre historique, ni l'ordre nosologique. Nous nous contenterons, faute de pouvoir mieux faire, de passer en revue quelques-unes des maladies contre lesquelles la médication abortive a dirigé ses efforts les plus constants ou les mieux dirigés.

La critique a fait justice en effet du plus grand nombre des procédés abortifs qui ont été recommandés par des personnalités isolées. Peu de maladies sont, d'un commun accord, traitées d'une manière active; c'est pour elles qu'il y a lieu de se demander si la jugulation peut être obtenue par un traitement bien conduit.

Nous choisirons nos exemples parmi les faits les plus

saillants, et nous examinerons ensuite s'il peut s'en dégager quelques indications générales de nature à guider les efforts de la médication abortive contre les maladies qu'elle ne sait pas encore atteindre.

Remarquons immédiatement que la plupart des maladies, dont l'avortement plus ou moins complet peut être obtenu, sont des maladies très probablement infectieuses. Disons aussi qu'il serait désirable au point de vue qui nous occupe de pouvoir les diviser en un certain nombre de catégories ; mais que les détails de leur pathogénie sont encore trop imparfaitement connus pour que cette division soit toujours possible.

Cependant nous essayerons d'observer l'ordre suivant :

Nous examinerons d'abord les maladies locales ou localisées qui paraissent accessibles à un traitement direct ;

Puis celles qui, après être restées localisées un certain temps, se généralisent ensuite plus ou moins rapidement et offrent ainsi dans leur évolution un premier stade pendant lequel elles peuvent être traitées localement ;

Enfin, celles qui sont généralisées d'emblée, ou du moins dont nous ne connaissons l'existence que quand elles ont envahi l'organisme entier. Ces dernières ne peuvent être justiciables que d'un traitement général.

Ces trois classes sont loin d'être séparées par des lignes de démarcation précises ; on est assez embarrassé pour placer certaines affections dans l'une plutôt que dans l'autre ; les conditions dans lesquelles se fait l'envahissement de l'organisme sont encore trop mal connues pour cela.

Nous nous faisons donc peu d'illusion sur la valeur absolue d'une pareille division ; nous la suivrons cependant, parce qu'elle nous permettra de tenter une classification des différents procédés abortifs aujourd'hui en usage.

CONJONCTIVITE PURULENTE.

On s'étonnera peut-être de nous voir choisir notre premier exemple de médication abortive dans la pathologie oculaire. Deux mots feront comprendre la raison de ce choix. La thérapeutique des affections des yeux est extrêmement puissante, aussi bien dans sa partie médicale que dans sa partie chirurgicale.

Un grand nombre d'affections oculaires sont justiciables de traitements qui donnent les résultats les plus brillants et les plus sûrs. L'atropine et l'ésérine enrayent la marche des iritis et des kératites; l'iridectomie interrompt les processus glaucomateux, et en fait, quand elle est employée de bonne heure, disparaître toutes les conséquences. Les conjonctivites aiguës cèdent le plus souvent à un traitement bien dirigé. La médication abortive est donc d'un usage journalier dans la thérapeutique oculaire. De plus, nous sommes ici sur un terrain limité; les fonctions, le rôle physiologique des différentes portions du globe oculaire et de ses annexes sont bien connus, l'examen des parties atteintes est facile; l'anatomie pathologique se fait pour ainsi dire in vivo et les agents de la médication peuvent être portés au point même où leur action doit s'exercer. Ces conditions sont donc excellentes pour l'étude que nous nous proposons de faire.

La conjonctivite purulente, en particulier, est une des maladies infectieuses localisées dont l'étude est le plus facile. Le moment de l'inoculation est souvent connu; tout se passe dans des régions accessibles à l'examen; l'évolution de la maladie, sa marche et ses conséquences

sont prévues ; les conditions sont donc excellentes pour juger de la valeur de la médication à laquelle on a recours pour la combattre.

Quand la conjonctivite purulente est abandonnée à son évolution spontanée, la cornée ne tarde pas à présenter des altérations profondes ; tantôt, c'est une infiltration grisâtre d'abord, puis franchement purulente ; tantôt ce sont des ulcérations de siège, de profondeur et d'étendue variables. Ces lésions aboutissent dans un grand nombre de cas à la perforation de la cornée et à la suppuration du globe oculaire, ou au moins à la formation de leucomes plus ou moins étendus, qui compromettent la vision d'une manière définitive. L'ophtalmie purulente est une des causes les plus fréquentes de la cécité.

Autrefois, on employait pour combattre cette affection des moyens très divers, sans se rendre un compte exact de leur mode d'action. Chacun recommandait son procédé. C'étaient les instillations de collyres astringents ou caustiques, nitrate d'argent, sulfate de zinc, sulfate de cuivre, etc... ; les applications de compresses chaudes ou de cataplasmes sur les paupières ; les réfrigérants, l'eau froide ou la glace, les lavages répétés à l'eau alcoolisée ou avec des substances antiseptiques.

Ces divers moyens réussissaient quelquefois, mais ils échouaient souvent et ils laissaient pendant plusieurs jours le malade exposé aux terribles complications que nous avons signalées ; ils étaient quelquefois curatifs, souvent palliatifs, rarement abortifs. Au contraire, le traitement de l'ophtalmie purulente par des cautérisations énergiques au nitrate d'argent peut être considéré comme une des médications abortives dont l'effet est le plus sûr et le plus prompt. Aujourd'hui, il a fait ses preuves entre les mains de la plupart des oculistes.

L'origine de ce traitement est assez ancienne. Velpeau, en 1840 déjà, avait vanté les effets du nitrate

d'argent dans toutes les conjonctivites. Il employait des solutions d'autant plus fortes que la forme était plus grave, arrivant ainsi à des solutions de 1/30 pour les ophthalmies purulentes. Desmarres (1), dans son Traité des maladies des yeux, s'exprime ainsi : « Le traitement le plus efficace de l'ophthalmie des nouveau-nés, surtout au début de la maladie, et lorsqu'il n'y a aucune trace de ramollissement de la cornée, consiste à arrêter brusquement l'inflammation dans sa marche au moyen du nitrate d'argent.

« Si la maladie est au début, un collyre de ce sel à la dose de 3 centigrammes pour 10 grammes d'eau, distillée d'heure en heure entre les paupières, suffira; mais si elle en est déjà à la deuxième période, on pourra recourir immédiatement à la cautérisation avec le même sel en solution. Dans ce cas, 8 ou 10 parties environ de nitrate d'argent étant dissoutes dans 100 parties d'eau, on touche avec un pinceau chargé de ce liquide toute la surface de la muqueuse depuis le bord libre des paupières jusqu'aux replis inclusivement. On revient à cette cautérisation au bout de 7 ou 8 heures, pendant les deux premiers jours.

« Après la première, quelquefois seulement après la quatrième cautérisation, le gonflement commence à diminuer; il n'est plus nécessaire alors de répéter l'application de ce moyen qu'à vingt-quatre ou quarante-huit heures d'intervalle pendant quelques jours, jusqu'à ce que la sécrétion et le gonflement aient presque disparu.

« Dans l'intervalle des premières cautérisations, on applique sur les yeux des compresses mouillées d'eau froide; en même temps on lave fréquemment la surface de la conjonctive avec un collyre légèrement astringent que l'on injecte avec une seringue à tout instant entre

(1) Annales d'oculistique, vol. IV.

les paupières pour ne pas laisser de pus à la surface de l'œil. »

On voit que Desmarres avait compris toute l'importance du nitrate d'argent comme traitement abortif de l'ophthalmie purulente, mais il n'avait pas osé encore l'employer dans les cas les plus graves, dans ceux où la cornée était déjà compromise et menaçait de s'ulcérer. Dans la forme blennorrhagique de l'adulte, il ne conseillait que les déplétions sanguines par des sangsues aux tempes et des scarifications du chémosis bulbaire et conjonctival, à moins pourtant qu'il ne pût saisir la maladie tout à fait à son début.

Malgré la grande autorité de Desmarres, tous les médecins n'étaient pas encore d'accord sur le traitement de l'ophthalmie purulente. Quelques-uns soutenaient qu'on pourrait se passer de l'action de ce caustique dont le maniement offrait quelques dangers, et dans ces derniers temps notamment, on a cherché à remplacer ces cautérisations par de simples lavages avec des solutions antiseptiques.

Notre maître, M. Abadie (1), s'est particulièrement occupé du traitement de l'ophthalmie purulente. Il a montré que si l'accord n'est pas encore complet, cela tient à ce que, cliniquement, il est facile de confondre la conjonctivite purulente grave avec des formes catarrhales plus bénignes dans lesquelles la suppuration est néanmoins abondante.

Dans la forme grave, caractérisée par un gonflement inflammatoire des paupières, des complications précoces du côté de la cornée, les cautérisations avec des solutions de nitrate d'argent à 2 ou 3 pour 100 sont seules capables d'enrayer la marche envahissante de la maladie et de conjurer la destruction de la cornée.

(1) Abadie. Leçons cliniques. Bul. gén. de thérap., 1881. Progrès méd., 1883.

Dans la forme bénigne au contraire, malgré une suppuration considérable de la muqueuse, les dangers sont beaucoup moindres et les cautérisations n'ont plus besoin d'être aussi énergiques. A la rigueur même, on peut s'en passer et les remplacer par des lavages fréquemment répétés, avec des solutions antiseptiques d'acide borique ou d'acide phénique.

Ce traitement convient non seulement à l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, mais aussi à l'ophtalmie blennorrhagique.

On croyait jadis que le nitrate d'argent agissait seulement comme caustique en provoquant une inflammation substitutive de bonne nature. Mais il semble, en réalité, que ce sel d'argent soit plutôt un germicide presque spécifique du gonococcus que Neisser a découvert dans le pus de toute ophtalmie purulente du nouveau-né et de l'adulte. C'est ce même gonococcus qui existe dans le pus de la blennorrhagie et que l'on rencontre aussi dans les écoulements vaginaux des femmes en couches. Ainsi s'expliquent ces contagions oculaires qui jadis semblaient si énigmatiques. L'accord semble fait aujourd'hui sur ce point et il paraît rationnel d'accepter la qualification d'ophtalmie virulente, proposée par M. Abadie, pour les ophtalmo-blennorrhées, tant chez l'enfant que chez l'adulte. Ce nom doit appartenir exclusivement aux conjonctivites infectieuses dans lesquelles on trouve le gonococcus. Celui-ci paraît n'exister dans aucune autre variété de conjonctivite, ce qui nous permet de considérer sa présence comme un signe caractéristique de l'affection qui nous occupe.

Ainsi le terrain est bien délimité. Les lavages antiseptiques avec des solutions plus ou moins légères peuvent convenir aux conjonctivites purulentes non infectieuses, dont les sécrétions ne contiennent pas de gonococcus. Dans la conjonctivite purulente infectieuse, où cet agent

existe dès les premiers moments, il est nécessaire de recourir aux cautérisations par le crayon ou les solutions fortes de nitrate d'argent.

Nous n'entrerons pas dans tous les détails assez compliqués du manuel opératoire. En voici les règles essentielles :

Les cautérisations doivent être faites le plus tôt possible. Il est nécessaire de les renouveler toutes les douze heures; le caustique employé sera une solution aqueuse forte ou plutôt le crayon mitigé dans les proportions de deux parties de nitrate d'argent pour une de nitrate de potasse. Ces deux sels, fondus dans un creuset, se mélangent intimement et se coulent dans un moule cylindrique.

On retourne l'une après l'autre les deux paupières méthodiquement et avec soin, car cela est très douloureux; puis, la paupière retournée étant confiée à un aide, on pratique la cautérisation.

L'action du caustique doit porter sur les points les plus malades et surtout sur le cul-de-sac conjonctival. Elle doit être légère et ne jamais porter sur la conjonctive bulbaire.

A la cautérisation succèdent une réaction des plus vives et de violentes douleurs, qui doivent être calmées par les applications de compresses d'eau glacée, renouvelées toutes les deux ou trois minutes et continuées jour et nuit jusqu'à ce que la résolution s'affirme.

Le plus souvent, trois ou quatre cautérisations suffisent pour enrayer une conjonctivite purulente, même très intense. Dès que la suppuration diminue, on revient aux solutions à 3, 2, 1 gramme pour 100 grammes d'eau. L'application des compresses glacées dure environ 48 heures. Une fois la défervescence survenue, il suffit de la maintenir pendant une heure ou deux après la cautérisation pour calmer la douleur.

L'exécution de ce traitement présente quelques difficultés, mais les résultats en sont merveilleux. Si nous croyons les ophthalmologistes qui l'emploient chaque jour, il ne manque jamais son effet, et, quand il est appliqué au début, il arrête sûrement la marche des ophthalmies purulentes les plus graves.

Voilà donc une médication véritablement abortive, s'adressant à une maladie bien définie, qu'elle jugule en quelques heures. Ses effets sont d'autant plus remarquables qu'il s'agit d'une maladie grave et envahissante, dont les conséquences sont souvent funestes pour la vision; elle est donc aussi pratique qu'efficace et ses bienfaits sont de ceux qu'il n'est pas permis de dédaigner.

Son action est très facile à comprendre. On sait combien les sels d'argent agissent énergiquement sur les organismes inférieurs. Nous avons déjà dit que c'est probablement en s'opposant à la pullulation du gonococcus de Neisser que les cautérisations arrêtent la conjunctivite purulente. La nécessité d'employer le crayon s'explique par la pénétration de ces micro-organismes dans les couches superficielles de la muqueuse, où des solutions légères ne sauraient parvenir. Les cautérisations faites au crayon ont au contraire une action pénétrante. S'il faut les renouveler à intervalles assez courts, toutes les douze heures par exemple, c'est sans doute parce que quelques cellules contenant des gonococcus échappent toujours aux premières cautérisations et servent de point de départ à une nouvelle pullulation de ces micro-organismes.

Ainsi s'expliquerait le rôle abortif du nitrate d'argent. Les compresses d'eau glacée servent à modérer la réaction inflammatoire et la douleur; elles suppriment pour ainsi dire ce qu'il y a de nuisible dans l'action caustique du nitrate d'argent. Quand la suppuration a disparu, la réparation est rapide; la muqueuse conjonctivale reprend en peu de jours son aspect normal et témoigne ainsi de

De Beurmann.

3

la possibilité de manier les parasitocides les plus énergiques sans nuire sérieusement à la reconstitution des éléments anatomiques au milieu desquels ils vivaient.

Nous signalerons encore un traitement dit préventif, mais qui est en réalité abortif, de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés. C'est celui qui s'est rapidement répandu dans les maternités allemandes sous le nom de méthode de Crédé et qui, d'après des statistiques récentes, aurait donné les résultats les plus probants.

La théorie de l'infection vaginale a été le point de départ des recherches du gynécologue de Leipzig (1). L'infection peut, il est vrai, survenir après l'accouchement par contact direct, mais la majorité des ophthalmies se montrent de deux à quatre jours après la naissance et semblent résulter d'une infection qui s'est faite au moment même de l'accouchement.

N'ayant obtenu qu'une légère diminution dans la fréquence des ophthalmies en appliquant divers traitements désinfectants du conduit vulvo-vaginal avant et pendant le travail, Crédé tenta d'en prévenir le développement en instillant dans les yeux immédiatement après la naissance un collyre à 2 0/0 de nitrate d'argent. Le succès dépassa toute attente. Depuis le 1^{er} juin 1880, l'ophthalmie des nouveau-nés disparut pour ainsi dire de son service, où elle atteignait les années précédentes de 7,6 à 13,6 pour 100 des enfants. Ce chiffre est tombé depuis quatre ans à moins de 2 pour 1,000, bien que les accouchées aient présenté des écoulements vaginaux en aussi grand nombre que par le passé.

Voici comment procède Crédé : au sortir du premier bain qui suit la section du cordon et dans lequel on a soin de nettoyer les yeux avec un peu d'ouate antiseptique.

(1) Crédé. Die Verhütung der Augenentzündung der Neugeborenen. Berlin, 1884.

tique imbibée d'eau propre, l'enfant est couché sur le dos. On écarte les paupières avec deux doigts et on laisse tomber sur la cornée de chaque œil une seule goutte de solution de nitrate d'argent à 2 0/0. Il est inutile de faire aucun pansement; on répétera ces instillations pendant deux ou trois jours consécutifs.

Des tentatives semblables ont été faites avec des solutions plus faibles de nitrate d'argent ou avec des solutions d'acide borique, d'acide phénique, etc.; mais les succès n'ont plus été aussi complets.

Il paraît donc logique de conclure que le nitrate d'argent n'exerce son action germicide sur le gonococcus qu'à la dose minimum de 2 0/0. Au-dessous de ce degré de concentration, ses effets ne sont plus certains.

D'après ce que nous venons de dire, on voit que l'action abortive du médicament est d'autant plus puissante que l'on s'en sert plus près du début, c'est-à-dire que l'on a eu affaire à une infection moins avancée. Quand on intervient immédiatement après l'inoculation, comme chez le nouveau-né, une solution faible suffit; quand la suppuration a commencé, il faut recourir au crayon. Dans les deux cas on fait avorter la maladie, mais dans le premier la prophylaxie et la médication abortive se confondent.

BLENNORRHAGIE.

A côté de l'ophtalmie purulente, se place naturellement la blennorrhagie. La similitude entre ces deux affections est aussi complète que possible. Leur origine est souvent commune; les organismes pathogènes qui paraissent leur donner naissance sont les mêmes. Si l'on a triomphé dans l'une, il est légitime de croire que l'on peut réussir dans l'autre.

Cependant, la question est ici beaucoup plus complexe. Tandis que dans la conjonctivite purulente, toute idée théorique à part, les succès du traitement abortif sont constants, évidents et incontestés, la situation est tout autre pour la blennorrhagie. Aussi, au lieu de nous contenter d'indications rapides, devons-nous entrer ici dans des détails beaucoup plus circonstanciés.

Il est peu de maladies qui aient suscité d'aussi nombreuses tentatives de traitement abortif que la blennorrhagie, et peu de questions thérapeutiques qui aient fait émettre autant d'opinions contradictoires. Les partisans de cette médication l'ont, à toutes les époques, prônée outre mesure, et toujours à côté d'eux se sont trouvés des détracteurs qui l'ont combattue avec acharnement et lui ont imputé toute sorte d'accidents et de méfaits, dont, à vrai dire, elle n'était pas toujours responsable. Aujourd'hui même, avec tous les éléments d'instruction dont nous disposons, en comparant les travaux anciens aux observations récentes, il n'est pas facile de porter un jugement définitif sur la valeur de la médication abortive dans la blennorrhagie.

Les recherches qui démontrent la nature infectieuse et

parasitaire de cette maladie ont fait entrer la question dans une phase nouvelle. La découverte du gonococcus, pressentie en quelque sorte par beaucoup d'auteurs antérieurs, mais effectuée par Neisser (1), a donné à cet organisme toute l'importance qu'on attribue aux microbes pathogènes et les tendances thérapeutiques ont aussitôt éprouvé le contre-coup de cette conception étiologique de la gonorrhée.

Il y a donc à considérer deux périodes dans cette question du traitement abortif de la blennorrhagie.

Dans une première phase, on s'efforce de substituer à l'inflammation spécifique le travail phlegmasique, produit par l'application de substances caustiques sur les muqueuses, processus dont la durée est infiniment plus courte que celle de la première; c'est la méthode substitutive.

Il est certain que l'on peut interpréter d'une manière toute différente l'action des caustiques employés comme substitutifs. Comme nous l'avons déjà dit à propos du traitement de la conjonctivite purulente par le nitrate d'argent, le rôle de ces agents paraît être de détruire la substance virulente en train de se développer sur la muqueuse contaminée et d'envahir ses couches superficielles.

Ces réserves nécessaires étant faites au point de vue de l'interprétation des résultats obtenus, il n'y a, croyons-nous, aucun inconvénient à conserver le nom historique de méthode substitutive pour distinguer les procédés abortifs anciens des tentatives thérapeutiques récentes, basées sur d'autres principes.

MÉTHODE SUBSTITUTIVE. — *Nitrate d'argent.* — On attribue généralement à Carmichaël (1825) l'idée de juguler l'inflammation blennorrhagique au moyen d'injections caustiques de nitrate d'argent.

(1) Voyez Bricon. Prog. méd., 1884, n° 32 et 33.

Debeney a protesté contre cette opinion, en réclamant la priorité pour ses propres travaux (1). Carmichaël, dit-il, n'employait le nitrate d'argent qu'à de faibles doses, à 1/4 de grain ou un grain pour une once d'eau distillée; « quant à la méthode des injections à haute dose, il l'a énergiquement réprouvée » (2).

C'est donc Debeney (3) qui s'est fait en réalité le promoteur de la médication abortive par les injections de nitrate d'argent, à haute dose. Il en a affirmé l'efficacité et l'innocuité dans plusieurs travaux, donnant à l'appui de ces assertions des statistiques étonnamment favorables.

Il y eut bien alors quelques voix discordantes. Venot (4) à Bordeaux, après avoir essayé de cette méthode, publia une série de faits malheureux; vingt fois sur vingt-deux cas des accidents étaient survenus. Il proposa des injections de chloroforme pur. De même plus tard on essaya les injections au chlorure de zinc. Mais le nitrate d'argent ne fut pas détrôné.

Ricord (5), avec son autorité, préconisa l'emploi de ce médicament à haute dose, comme moyen abortif. Il montra qu'on avait tout intérêt à guérir le plus vite possible l'inflammation blennorrhagique, et que c'était à l'affection elle-même, longtemps prolongée, et non aux injections qu'il fallait attribuer les accidents consécutifs et en particulier les rétrécissements de l'urèthre.

A Montpellier, on subit le même entraînement. Le pro-

(1) Lettre à Mercier, in *Gaz. hebdom.*, 1856.

(2) V. Carmichaël. *Clinical lectures on Venereal diseases*.

(3) Debeney. *Mém. sur le traitement abortif de la blennorrh.*, 1843. *Journ. méd. et chir. prat.*

(4) Venot. *Emploi de chlor. en inject. comme moyen abort. de la blennorrh. aiguë*. *Gaz. méd. Paris*, 1844, p. 806; 1851, p. 165; 1856, p. 39.

(5) Ricord. *Blennorrh.* *Gaz. hôp.*, 1846, p. 457; 1847, p. 473.

fesseur Serre (1) et ses élèves, tout en donnant une statistique moins favorable que celle de Debeney, rapportaient bon nombre de succès. Un peu plus tard Adéma (2) affirma encore plus hautement, dans sa thèse, l'efficacité du nitrate d'argent pour couper court au développement de la blennorrhagie. Diday (3) appuya de sa grande compétence le principe de la médication abortive et mieux que tout autre la réglementa de façon à la rendre inoffensive et à en bien préciser les indications.

Au début, en effet, les injections de nitrate d'argent étaient employées sans grandes précautions; elles étaient poussées de façon à distendre tout le canal de l'urèthre. Debeney (4) conseillait même de les faire refluer d'arrière en avant.

Le titre de la solution était variable, Debeney l'élevait ou l'abaissait suivant que l'état inflammatoire était plus ou moins violent. Il le fixait à 0 gr. 60, à 1 gr. 50 et même plus, pour 30 grammes d'eau distillée. Il aurait été jusqu'à employer la dose énorme de 4 grammes pour 30 grammes d'eau et d'autres après lui se seraient servis de cette même solution. Ces imprudences provoquèrent des accidents graves: d'abord, des souffrances atroces et une uréthrite suraiguë; puis des hématuries, des abcès périnéaux, des prostatites, etc., et cela sans bénéfice pour la guérison de la maladie elle-même. On fit aussi abus des doses moyennes, 1 gramme pour 30 grammes

(1) Serre. Traitement abortif de la blennorrh. par le nitrate d'argent à haute dose. Bulletin de thérapeutique, 1844, t. XXIX, p. 309.

(2) Adéma. De l'inject. de nit. d'argent à haute dose dans le trait. de la blennorrhagie. Th. Montpellier, 1851.

(3) Diday. Inject. caust. d. la blennorrhagie. Gaz. méd., 1846, p. 140.

(4) Debeney. Exposé prat. de la méth. des inject. caustiques, 1846.

d'eau, que Debeney (1), Serre (2), Adéma (3) conseillaient d'une façon trop générale, et de tous côtés on cita des insuccès, des complications de toutes sortes qui furent attribués aux injections caustiques.

La méthode abortive ainsi pratiquée fut sévèrement jugée par les meilleurs critiques, comme Cullerier, qui en rejetèrent l'emploi. Mallez, dans une note (4), cita d'abord un cas dans lequel l'injection d'une solution à $\frac{1}{4}$ grammes pour 30 d'eau fut suivie de douleurs affreuses, d'hématurie, puis d'un phlegmon périnéal avec persistance de l'écoulement. Plus tard, il se produisit un rétrécissement de l'urèthre. Dans dix autres cas traités par l'injection à 1 gramme pour 30, l'écoulement persista, rebelle à tout traitement, et trois des malades eurent des rétrécissements consécutifs.

Enfin, plus récemment, dans ses Cliniques, M. le professeur Gosselin s'est élevé très vivement contre la pratique de ces injections caustiques. Il affirme n'avoir jamais vu guérir un seul malade par ces moyens, et il leur attribue en revanche les accidents qui avaient déjà été signalés : la prostatite aiguë avec abcès, les cystites intenses, etc., etc. Il ne les croit pas non plus sans influence sur la production ultérieure des rétrécissements de l'urèthre.

Il semblerait qu'après un pareil jugement, porté par un homme d'une aussi grande autorité et d'un esprit aussi droit, la médication abortive par les injections caustiques de nitrate d'argent ne puisse plus être défendue. Cependant des auteurs également autorisés en

(1) Debeney. Trait. abortif de la blennorrh. Gaz. des hôp., 1854, p. 283 à 295.; Gaz. hebdomadaire, 1856, p. 21.

(2) Serre. Trait. abortif de l'urétrite chez la femme. Gaz. méd., 1845, p. 609.

(3) Adéma. Loc. cit.

(4) Mallez. Gaz. des hôpitaux, 1861.

ont appelé de cet arrêt. Ils ont montré que, dans les limites de certaines règles précises, l'emploi de ce traitement pouvait ne pas donner le succès espéré, mais qu'il n'avait du moins aucun inconvénient sérieux.

M. Diday (1) est resté partisan de ces tentatives de thérapeutique abortive dont il a fixé les préceptes à maintes reprises. Ces règles ont été confirmées par M. le professeur Fournier (2), par Rollet (3), par Jullien, etc. La solution doit être de 0 gr. 20 pour 10 grammes d'eau distillée, « dose suffisante mais nécessaire, » d'après Diday. Le traitement abortif ne doit être tenté que si l'écoulement est très récent, lorsqu'il date de 12, 18, 24 heures. Il faut aussi que le mal n'occupe que la partie antérieure de l'urèthre, l'avant-canal, c'est-à-dire les 5 ou 6 centimètres antérieurs.

On sait que l'inflammation blennorrhagique commence par le méat et la fosse naviculaire pour se propager graduellement à la partie moyenne postérieure. « C'est donc dès le début, dit M. le Prof. Fournier, s'il n'y a pas de douleurs, si l'écoulement est léger, muco-purulent plutôt que purulent, jaunâtre plus que jaune, qu'on peut agir. »

En raison de la localisation du mal à l'urèthre antérieur, il faut limiter à celui-ci l'action des injections : pour cela, « il suffit simplement de comprimer l'urèthre avec le doigt, au delà du point que le liquide ne doit pas franchir (4) ».

Langlebert (5) a proposé, pour remplir la même indi-

(1) Diday. Préceptes de la méd. abortive. Bull. théor., 1857, t. LIII, p. 185.

(2) Fournier. Dict. méd. et chir. prat., 1866.

(3) Rollet. Dict. encycl., 1866.

(4) Fournier. Leçons.

(5) Langlebert, Mémoire sur le trait. de la blennorrh. uréthrite par les injections caustiques récurrentes et limitées. Gaz. hôp., 1856, p. 203.

cation, la sonde récurrente dont le nom indique suffisamment l'usage. Diday conseille deux injections, « immédiatement consécutives, » chacune de 6 à 8 grammes de liquide seulement. La première pour nettoyer l'urèthre, la seconde pour « agir curativement ». Cette dernière doit être gardée 3 à 4 minutes. Nous ne pouvons insister sur le manuel opératoire ; il suffit d'indiquer les précautions nécessaires.

L'injection étant faite dans de semblables conditions, que peut-on obtenir ? Tout d'abord on échappe aux complications signalées tout à l'heure : la cystite, l'orchite et le phlegmon périnéal. « Il y a seulement, dit Fournier, une douleur assez vive avec gonflement du méat, tumescence de la verge, suintement séreux, ou séro-sanguinolent, première miction horriblement douloureuse, puis écoulement séro-purulent, jaunâtre, semé de pellicules blanches, abondant. Cet écoulement dure 24 à 36 heures, puis diminue et se supprime en laissant à sa suite une légère sécrétion d'un mucus filant, laquelle disparaît en quelques jours, soit spontanément, soit sous l'influence des balsamiques ou de quelques injections légèrement astringentes. La guérison est alors accomplie. »

Mais, souvent, on est moins heureux : la réaction provoquée par l'injection se produit, puis s'apaise, l'écoulement paraît s'arrêter un jour ou deux, puis la sécrétion purulente se reproduit ; elle est abondante, tout à fait blennorrhagique. On a échoué : « La substitution thérapeutique ne s'est pas faite. » Quelle est donc, en définitive la valeur de ce procédé ?

Il est nécessaire d'insister tout d'abord sur ce fait qu'il est rarement applicable, parce qu'il est exceptionnel que le malade se présente avec un écoulement datant seulement de 24 ou même de 36 heures. La première goutte blanche, peu importante, ne l'inquiète pas, mais aussitôt que l'écoulement est vert et abondant toute tentative est inutile.

Cependant avec un écoulement tout à fait récent, dans les meilleures conditions possibles, peut-on compter sur les résultats de cette médication abortive? Combien de succès donne-t-elle? Aucune statistique sérieuse n'a été faite à cet égard, mais certainement, si on réussit quelquefois, on échoue souvent.

« Il est au moins probable que toutes les blennorrhagies ne sont pas toutes également aptes à subir l'influence du traitement abortif, » dit encore M. le Prof. Fournier, et nous croyons qu'actuellement il n'emploie presque jamais cette médication. « On comprend, dit Aubert, que même, limitée à l'urèthre antérieur, la blennorrhagie soit rebelle à l'influence des injections, si les microbes ont pénétré, comme le montrent les coupes et les planches de Bockart, dans l'épaisseur des tissus, dans l'intérieur des vaisseaux lymphatiques. J'ai le regret, malgré une pratique de plusieurs années dans un grand service spécial, de n'avoir pu encore trouver l'occasion d'employer le traitement abortif, par défaut de cas assez récents. Cette question de l'abortion a, du reste, besoin d'être revue au point de vue du diagnostic absolu que peut seule donner la recherche des gonococcus.

« Je ne connais pas de fait récent où le diagnostic ait été établi au microscope, l'abortion tentée, le succès ultérieur établi. C'est donc un point réservé; les maîtres affirment que l'abortion réussit quelquefois, et il y a tout lieu de le croire; mais la démonstration absolument scientifique reste à faire (1). »

Balsamiques. — Nous ne nous arrêterons pas à discuter les autres modes de traitement abortif qui ont été aussi préconisés à une certaine époque : l'emploi des

(1) Aubert. Des injections uréthrales dans la blennorrhagie. Lyon médical, 6-10 janvier 1886.

balsamiques à haute dose dès le début, proposé par Cullerier, ou encore l'association des balsamiques et des injections astringentes, recommandée par Ricord.

Ces moyens peuvent atténuer certains symptômes aigus de la maladie; ils peuvent même suspendre l'écoulement temporairement, mais celui-ci reparaît aussitôt qu'on a cessé le traitement. Nous pensons que personne aujourd'hui n'a plus recours à de semblables médications pour juguler la blennorrhagie.

MÉTHODES ANTISEPTIQUES. — La découverte du gonococcus de Neisser, précédée des recherches de Hallier (1), de Bouchard (2), semble avoir démontré d'une manière définitive la nature infectieuse de la blennorrhagie. « L'exactitude de la description de Neisser a été vérifiée par tous ceux qui ont examiné le pus blennorrhagique par le procédé simple de la coloration des micro-organismes avec les couleurs d'aniline; car rien n'est plus facile que de les colorer avec le violet de méthyle ou la fuchsine sur des plaques où l'on a étalé et fait dessécher un peu de pus. « Telles sont, disent MM. Cornil et Babès (3), les publications de Welandér, Watson, Cheyne, Bokai, Haab, Aulfrecht, Leistikow, Krause, Marchiafava, Petrone, Gambellini, Arning, Campana, Darier, Martineau. »

Ces recherches, entreprises de toutes parts, devaient imprimer une activité nouvelle aux tentatives du traitement abortif de la blennorrhagie. On devait penser, en effet, à tenter d'arrêter la marche de cette maladie, non plus en se servant de caustiques violents comme autrefois, mais en ayant recours à des substances capables de tuer

(1) Hallier. Zeitschrift für Parasitenkunde. Iena, 1869, t. I, p. 179.

(2) Bouchard. 2^e addition à l'exposé de ses titres scientifiques, p. 11.

(3) Cornil et Babès. Les bactéries, etc. Paris, 1885, p. 413.

les micro-organismes pathogènes sans altérer la muqueuse.

On appliqua donc à cette affection les principes de la médication antiseptique, antiparasitaire. C'était encore faire de la médication abortive. La plupart des substances, regardées comme douées d'un pouvoir antiseptique énergique joint à une faible causticité, ont été essayées pour obtenir la guérison rapide de la blennorrhagie. Le permanganate de potasse, le sulfate de quinine, la teinture d'iode, le bichlorure de mercure, l'acide borique, le chloral, l'iodoforme, l'eau à une température élevée, etc., etc. Chacune de ces substances a donné de bons résultats entre les mains de celui ou de ceux qui en ont fait l'essai et les ont vantées; mais la contre-épreuve ne leur a pas toujours été aussi favorable.

Teinture d'iode. — C'est évidemment dans cette catégorie qu'il faut placer la teinture d'iode, préconisée par Paquet, de Lille, en 1878 (1), pour remplacer le nitrate d'argent, à cause des insuccès fréquents de ce dernier comme agent abortif. La formule est : Eau distillée de laurier-cerise 20 grammes. Teinture d'iode 5 gouttes.

L'injection, faite trente-six heures au plus après le début, doit être limitée au tiers antérieur du canal et renouvelée deux fois par jour. Elle a donné à l'auteur 18 succès sur 22 cas. Il est peu de résultats aussi satisfaisants.

Eau chaude. — M. Curtis (2) a employé les irrigations d'eau chaude, recommandées aujourd'hui par M. Reclus dans un grand nombre d'affections chirurgicales à ten-

(1) Paquet. Nouveau traitement abortif de la blennorrh. Bull. méd. du Nord, 1878, n° 10, p. 415. Rev. de Sc. méd., 1879, t. XIV, p. 262.

(2) Curtis. Trait. de la bl. par les irrig. d'eau chaude. Ann. de dermat. et syph., 1883.

dances suppuratives. M. Curtis a fait construire un appareil au moyen duquel on fait passer plusieurs litres d'eau chaude dans le canal de l'urèthre de la portion prostatique vers le méat. On élève graduellement la température et il est souvent possible d'atteindre 180 à 190° Fahrenheit. Quand on est arrivé aux températures les plus élevées que puisse supporter le malade, on continue encore l'irrigation pendant quelque temps, puis on fait une injection légère avec la préparation suivante : tannin, iodoforme $\overline{aa}$, 2 gr. 50 ; glycérine, 30 grammes ; eau, 90 grammes. Chauffer, agiter. On recommence au bout de douze ou vingt-quatre heures.

M. Curtis a obtenu ainsi en trois jours la guérison complète de blennorrhagies aiguës. Dans deux cas, il a réussi à faire avorter la maladie par une seule irrigation prolongée (11 litres). Dans six autres cas, l'affection n'a duré que six à dix jours.

Iodoforme. — Cheyne (1) a fait des bougies antiseptiques, composées de beurre de cacao, d'iodoforme et d'huile d'eucalyptus ; il leur a donné le diamètre d'un cathéter numéro 10 et les a introduites dans l'urèthre infecté. Il complète ce traitement par des injections au sulfo-carbolate de zinc et l'administration de copahu. En quelques jours, il a eu des succès complets.

Acide borique. — Shelton Hill (2) s'est très bien trouvé des injections d'acide borique qui « essayées par Spillmann n'ont pas répondu à l'attente ».

Bromure de potassium. — D'autres substances, le bromure de potassium par exemple, ont été vantées. M. A.

(1) Cheyne. The abortive treatment of gonorrhea. The Lancet, 1882, t. II, p. 172.

(2) Shelton Hill. Acide borique dans la gonorrhée. Journ. méd. et chir. prat., 1880, p. 518.

Cambillard (1), dans sa thèse, dit avoir employé une solution composée de : 150 grammes d'eau, de 10 grammes de glycérine, de 6 grammes de bromure de potassium et de 2 grammes de laudanum de Rousseau.

Il faisait faire quatre injections par jour ; la dernière devait être gardée. Sur 15 malades traités, il aurait eu 12 guérisons.

L'acide phénique, les solutions de sels de quinine, l'eau oxygénée, auraient aussi donné des succès, mais nous ne pouvons énumérer toutes les substances qui ont été ainsi préconisées. La plupart d'entre elles n'ont été essayées que dans un trop petit nombre de cas pour que les illusions, créées par les erreurs de diagnostic ou les séries heureuses, aient pu être évitées. Toutes celles que nous venons de citer ont été très vantées. Cependant elles ont été accueillies avec moins de faveur que deux médicaments dont il nous reste à examiner l'action ; le permanganate de potasse et le bichlorure de mercure.

Permanganate de potasse.— Le permanganate de potasse, antiseptique très énergique, doué d'une faible causticité, répond bien à l'indication théorique.

Il a été prôné par Zeissl (de Vienne), qui se sert d'une solution faible, 0 gr. 02 de sel pour 100 grammes d'eau distillée et donne 4 injections par jour. En général, la blennorrhagie serait guérie en huit jours. Ce serait donc bien une médication abortive. Toutefois, Zeissl n'a pas obtenu des succès constants, car il dit que si au bout de huit jours on n'observe pas d'amélioration, il faut augmenter graduellement le titre de la solution, sans dépasser toutefois les proportions de 0 gr. 15 pour 100 grammes d'eau.

(1) A. Cambillard. Des injections au bromure de potassium dans la blennorrh. Thèse de Paris, 1881.

Weiss (1) s'est servi d'emblée d'une solution à 0 gr. 10 pour 100 grammes d'eau et il affirme que dans « les blennorrhagies aiguës toutes récentes, la médication est souveraine ». La douleur causée par l'injection est assez vive, mais pourtant supportable ; elle cesse après quinze minutes.

Weiss rapporte comme exemple de cette action abortive l'observation de deux étudiants en médecine, chez lesquels cette solution employée, dès le premier jour de l'écoulement, procura une guérison complète en trois jours chez l'un, en quatre jours chez l'autre.

Cependant Bourgeois (2) dans son mémoire, tout en se louant beaucoup de la solution d'hypermanganate de potassium à 0 gr., 05 pour 100, conseille de n'employer ces injections qu'après la cessation des douleurs. Son opinion est déjà moins favorable à l'abortion.

M. Gourgues (3), dans sa thèse de doctorat, préconise encore le permanganate de potasse dans toutes les formes de l'affection blennorrhagique de l'urèthre et du vagin. Mais d'après lui, dans les formes aiguës, le traitement ne doit commencer qu'après la chute des premiers accidents inflammatoires. A ce moment, on obtient en douze ou quinze jours la guérison complète avec une seule injection quotidienne. Les solutions dont il fait usage sont titrées à 1 gramme pour 500 dans l'urétrite aiguë, à 1 gramme pour 250, dans les urétrites chroniques et dans toutes les formes de vaginite. A ces doses, la tolérance serait parfaite, surtout chez les femmes.

Ces résultats sont favorables, mais ils ne sont pas très

(1) Weiss. Thèse Paris. 1880.

(2) Bourgeois. Ann. derm. et syph., 1880. Revue des sciences méd., 1881.

(3) O. Gourgues. Du permanganate et de son emploi thérapeutique, principalement dans la blennorrh. Th. Paris, 1883.

rapides et ils ne peuvent être obtenus, qu'à la fin de la période aiguë.

Cependant Diday, partisan lui aussi de la médication abortive de la blennorrhagie, et frappé des résultats annoncés expérimente bientôt toutes ces formules. Il commence par la solution de 0 gr., 01 pour 100 grammes d'eau, et, en tâtonnant, il arrive jusqu'à la proportion de 0 gr., 10 pour 100, « poussant peu à peu la dose jusqu'à la cuisson modérée; et alors, dit-il, de deux choses l'une, ou bien le dixième jour, ne voyant aucun changement dans l'écoulement, je discontinuais l'impuissante médication; ou bien, comme le font si souvent les injections astringentes, elles avaient supprimé l'écoulement. En ce cas, pour me conformer aux préceptes, je les continuais encore deux fois par jour pendant cinq ou six jours, et, quand je les cessais, l'écoulement ne tardait pas à revenir exactement au point où il était avant qu'on ne commençât les injections. » Et il cite le fait d'un malade à qui le permanganate de potasse à dose de 10 centigrammes pour 100 grammes d'eau en injections, répétées trois à quatre fois par jour, donna une uréthrite extrêmement violente sans modifier en rien l'état de la blennorrhagie. Diday ne croit donc pas à l'action abortive de l'hypermanganate de potasse.

C'est aussi l'opinion de M. de Amicis (1). Après avoir rendu compte d'expériences fort intéressantes qui lui ont démontré la présence des gonococci et des diplococci dans le pus d'uréthrites provoquées par l'injection d'une solution d'ammoniaque, et dans le pus de la vulvite spontanée des petites filles, il écrit :

« Le traitement antiparasitaire de la blennorrhagie, considéré au point de vue de l'introduction dans l'urèthre

(1) De Amicis. De la nature parasitaire de la blennorrh. Rivist. clin. e terapeutica, mars 1884.

d'une substance qui empêche le développement des germes, qui arrête leur évolution et mette fin à leur existence, ne m'a pas donné jusqu'ici des résultats satisfaisants.

« Je ne puis, jusqu'à présent, me déclarer satisfait du permanganate de potasse, de l'acide phénique, du salicylate de soude, de l'iodoforme, ni les considérer comme capables d'annuler l'existence des micrococcus gonorrhéiques. Je n'en ai pas observé de merveilleux effets et, au contraire, j'ai eu de mauvais résultats. »

D'après lui, le traitement antiphlogistique, en modifiant l'état anatomique des parties atteintes, serait encore le meilleur, et il conclut en disant que des recherches nouvelles sont nécessaires.

Sublimé corrosif. — Le bichlorure de mercure a été employé à différentes époques contre la blennorrhagie, et on a rapporté notamment que Küss, de Strasbourg, en vantait les effets.

Un médecin italien, M. Fautini, avait aussi employé les injections de sublimé dès l'année 1861. Il se servait de solutions fortes; il allait jusqu'à 0 gr. 70 pour 50 gr. d'eau. Mais, en raison de l'énergie caustique du sublimé, de semblables injections ne seraient probablement pas sans inconvénients; aussi n'ont-elles pas passé dans la pratique.

L'usage du bichlorure a été remis en vigueur après les expériences de Leistikow. Suivant cet auteur, le pouvoir antiparasitaire de ce sel serait tel qu'à la dose de 1 pour 20000 ou même 1 pour 30000 il empêche le développement des gonococcus. Lewin et Eschbaum ont aussi préconisé ces solutions.

M. Constantin Paul (1) a, le premier en France, affirmé

(1) Constantin Paul. Trait. de la vaginite blennorrh. Gaz. hôp., 1881, 187.

l'action abortive des injections de sublimé. C'est lui qui a inspiré la thèse de Chameron, dans laquelle est relatée une série de cas qui paraissent, en effet, très favorables à la méthode.

La formule de l'injection est : liqueur de van Swieten, 40 grammes ; eau distillée, 490 grammes. On doit faire trois séances d'injections par jour ; chaque séance se compose de trois injections : « Les deux premières, faites coup sur coup, sont destinées à balayer le canal de l'urèthre ; la troisième doit rester en contact avec la muqueuse pendant environ une minute, comme on le conseille pour le traitement par les injections substitutives. »

Les malades doivent continuer le même traitement pendant une dizaine de jours après la disparition de l'écoulement.

Bien que M. Chameron (1) ne parle pas de cette précaution, les injections doivent être faites, suivant M. Constantin Paul, avec un liquide préalablement chauffé.

Cette méthode a été essayée dans les salles de l'hôpital du Midi. M. Chameron affirme n'avoir jamais eu d'accident. En dépouillant celles de ses observations qui sont le plus probantes, celles dans lesquelles la blennorrhagie a été traitée à une époque très rapprochée de son début, nous trouvons :

Une blennorrhagie datant de 8 jours, guérie en 4 jours.

Une blennorrhagie datant de 14 jours, guérie en 8 jours.

Une blennorrhagie datant de 12 jours, guérie en 6 jours.

Une blennorrhagie datant de 4 jours, guérie en 5 jours.

Une blennorrhagie datant de 2 jours, guérie en 8 jours.

(1) Chameron. De la blennorrhagie comme affection parasitaire et de son trait. par les injections de bichlorure de mercure. Th. Paris, 1884.

Une blennorrhagie datant de 6 jours, guérie en 16 jours.

Les résultats indiqués sont très favorables, mais un reproche grave doit être fait à ces observations : les malades ont quitté l'hôpital et, par conséquent, ont échappé à toute surveillance ultérieure, les uns, le premier jour de la guérison, les autres, deux, trois, quatre et au plus cinq jours après la cessation de l'écoulement. Il est évident que ces délais sont beaucoup trop courts pour qu'on puisse affirmer que la guérison a été définitive; mais Chameron assure que, en continuant les injections huit à dix jours après la disparition de la dernière goutte, on échappe sûrement au retour de l'écoulement.

Ces faits paraissent confirmer les observations de Leistikow et de Constantin Paul. M. D. Barduzzi (1) a également eu recours à des solutions de sublimé, variant de 1 pour 3000 à 1 pour 9000 d'eau, suivant la tolérance du sujet. Il injectait une demi-cuillerée à café de ce liquide dans l'urèthre, trois fois par jour. Dans 5 cas sur 6, la maladie aurait disparu dans l'espace de quatre jours.

M. le Prof. Fournier, qui veut bien nous permettre d'exprimer l'opinion résultant de son expérience personnelle, nous affirme n'avoir jamais obtenu de bons effets des injections de sublimé. Il les condamne comme traitement systématique de la blennorrhagie, et, en fait, l'usage ne s'en est pas généralisé.

M. du Castel a employé l'année dernière, à l'hôpital du Midi, un antiseptique qui lui a paru supérieur à tous les autres : c'est la *Résorcine* à 2 0/0, 3 0/0 et 4 0/0 selon les écoulements (4 0/0 pour les écoulements anciens). Il avait été essayé par M. Munnich d'Amsterdam, et repris en Allemagne par M. Letzel. Sous son influence les blennorrhagies les plus aiguës ne consistent plus, au bout de cinq,

(1) Giorn. Ital. d. m. Venere. Nov., 1884.

six ou sept jours au plus, qu'en un suintement séreux, transparent et très minime. La résorcine s'emploie froide, en injections poussées doucement trois ou quatre fois par jour dans l'urèthre antérieur pour laver le canal. Au bout d'une semaine, elle est supprimée et remplacée soit par le cubèbe, soit par la vieille injection du Midi aux trois sulfates (sulfate de fer, de cuivre, de zinc), et, si le malade ne fait pas d'excès, il est rapidement guéri.

L'examen des nombreux documents que nous venons d'analyser, et il nous aurait été facile d'en allonger la liste sans arriver à plus de précision, montre qu'il est bien difficile de porter un jugement définitif sur la valeur du traitement abortif de la blennorrhagie.

Aucune des différentes méthodes, qui ont été préconisées pour arrêter à son début l'évolution naturelle de cette maladie, n'a donné de résultats assez constants, assez précis, pour être universellement adoptée.

Un seul point paraît acquis d'une façon indiscutable. C'est l'action abortive des solutions de nitrate d'argent, 0 g. 60 à 1 gramme pour 30 grammes d'eau distillée, employées dans les 36 premières heures de la maladie. Elles réussissent probablement parce que leur action dépasse la superficie de la muqueuse, parce qu'elles atteignent les couches profondes où les gonococcus ont déjà pénétré pendant la période d'incubation et en arrêtent la multiplication. Ces solutions caustiques doivent être maniées avec de grandes précautions et, si elles réussissent souvent, elles exposent quelquefois le malade à de sérieux dangers.

Les conditions sont tout autres que dans la conjonctivite purulente. Il faut agir dès le début parce que les micro-organismes pathogènes pénètrent bientôt dans les glandes dont les orifices criblent la muqueuse de l'urèthre; ils s'y installent et les solutions parasitocides ne peuvent aller les y poursuivre. Dans la conjonctivite au

contraire, la surface malade peut être attaquée dans tous ses replis, à toutes les périodes de la maladie. De plus, il est possible d'employer le nitrate d'argent à son degré de concentration maximum et les compresses glacées modérant l'excès de la réaction inflammatoire, aucune fonction essentielle n'est compromise par le gonflement inflammatoire, comme l'est la miction dans l'urétrite blennorrhagique. Enfin la douleur, provoquée par l'intervention, perd toute importance, quand il s'agit de sauver un organe aussi important que l'œil.

Les différences qui existent entre ces deux affections similaires sont donc toutes en faveur de la conjunctivite purulente et elles expliquent pourquoi son traitement abortif est à la fois si puissant et si généralement adopté, tandis que les moyens analogues ne sont que rarement employés pour couper la blennorrhagie.

Quant aux médications nouvelles fondées sur la connaissance de la nature microbique de cette affection, leurs résultats ne peuvent encore être jugés. Un certain nombre d'entre elles, les injections de sublimé et de permanganate de potasse en particulier, paraissent avoir donné de nombreux succès, mais leur multiplicité même montre que leur usage ne s'impose pas par des résultats constants. Leur grand avantage est leur innocuité absolue. Quand on les emploie, on ne peut pas dire, comme on l'a fait pour les injections de nitrate d'argent, qu'on joue quitte ou double. Si elles manquent leur effet abortif, elles modèrent du moins la suppuration et n'aggravent pas la situation du patient. Nous pensons que c'est dans cette voie qu'il faudra chercher. Il faudra le faire en variant les solutions de manière à trouver celles qui arrêtent le plus sûrement le développement et la vitalité des gonococcus. On sait, en effet, que tel parasiticide qui agit faiblement sur certaines espèces nuit beaucoup à d'autres. Il faudra aussi bien déterminer les condi-

tions dans lesquelles la médication abortive peut être tentée.

Il est clair que, si la muqueuse est envahie dans toute son épaisseur, si les lymphatiques sont atteints, la solution injectée ne pourra, quelle que soit son activité, arrêter la marche de la maladie. Si le rôle pathogène du gonococcus est démontré définitivement par les inoculations positives obtenues avec des cultures pures, ces recherches deviendront plus faciles. On pourra à la fois étudier l'action des divers antiseptiques sur l'agent virulent de la blennorrhagie, chercher ceux qui sont à la fois les plus actifs et les moins caustiques. Puis, en précisant les localisations de l'organisme pathogène, en suivant la pénétration à travers les tissus, on fixera les conditions dans lesquelles les antiseptiques pourront intervenir d'une manière utile, et avoir un rôle abortif.

Jusque-là, les études cliniques devront être poursuivies; elles ont donné déjà des résultats intéressants et elles permettent d'espérer que, dans certains cas bien déterminés, on arrivera à constituer la médication abortive de la blennorrhagie. Le succès de ces efforts est d'autant plus désirable que cette médication préserverait les malades des complications graves, telles que la lymphangite, l'épididymite, l'adénite, les arthrites, les affections rhumatismales, dont les traitements palliatifs ou curatifs habituellement employés ne les mettent pas à l'abri (1).

(1) Voir pour renseignements bibliographiques les traités généraux de Ricord, Rollet, Cullerier, Robert, Diday et Doyon, Jullien.

— 66 —

FURONCLE. — ANTHRAX. — PHLEGMON DIFFUS. —
BUBON. — INFLAMMATIONS AIGUES ET CHRO-
NIQUES DE NATURE DIVERSE.

La médication abortive compte à son actif un grand nombre de tentatives chirurgicales. Le traitement de l'ophtalmie purulente et celui de la blennorrhagie appartiennent déjà à la thérapeutique externe, mais on a été plus loin, et on a proposé de se servir de procédés encore plus chirurgicaux pour arrêter dans leur marche un certain nombre d'évolutions morbides. Nous ne pouvons donner sur cette partie de la question que des indications rapides ; mais nous ne croyons pas devoir la laisser complètement dans l'ombre. Grâce aux précieux renseignements que M. le Prof. Le Fort a bien voulu nous fournir, nous pourrions donner quelques exemples probants des résultats de ce genre d'intervention.

FURONCLE.

On a essayé de faire avorter le furoncle et l'anthrax par un grand nombre de procédés. On s'est attaché surtout à interrompre ces séries de furoncles qui se produisent si souvent sur un même individu, et qui semblent indiquer qu'il s'agit d'une affection générale ou tout au moins d'auto-inoculations successives favorisées par un état particulier du sujet.

Ces faits indiquaient longtemps avant les recherches bactériologiques actuelles que le furoncle devait être probablement rangé parmi les affections virulentes. Elles devaient encourager les essais d'abortion.

Nous rappellerons quelques-unes de ces tentatives.

Velpeau (1) conseille la cautérisation du sommet de l'élevure avec le crayon de nitrate d'argent, et dit avoir souvent fait avorter des furoncles commençants par ce procédé.

Boinet, pendant une discussion sur l'anthrax à la Société de chirurgie (2), vanta le badigeonnage avec la teinture d'iode caustique pour faire avorter le furoncle et l'anthrax ; mais sur les observations de Demarquay, il se rétracta pour l'anthrax et dit qu'il avait réussi parfois pour « des boutons de nature douteuse. »

M. Richelot (3), après avoir rappelé la pratique de Velpeau et de Boinet et parlé de la méthode de Roth, c'est-à-dire des frictions répétées avec la pommade mercurielle, conclut en disant que « les abortifs sont peu usités, peu utiles, et ne doivent pas nous arrêter. »

C'est également l'opinion de M. le Prof. Hardy (4) : « Ces divers moyens, dit-il, me paraissent absolument inutiles. »

Dans un mémoire récent, M. Gingeot a de nouveau étudié cette question en prenant pour point de départ les recherches qui démontrent la présence dans le furoncle et l'anthrax du staphylococcus pyogenus aureus. Les meilleurs topiques, à son avis, sont l'alcool camphré, qui a donné de très bons résultats sous nos yeux entre les mains de M. Vidal, et la teinture d'iode. M. Gingeot préfère cette dernière, mais il insiste sur la manière dont elle doit être appliquée : « Il ne suffit pas, dit-il, de mettre légèrement en couleur la papule simple ou surmontée d'une vésico-pustule, qui annonce l'éclosion prochaine d'un furoncle, il faut que le badigeonnage, fait

(1) Velpeau. Archiv. de médecine, 1827, p. 427.

(2) Bull. de la Soc. de chirurgie, 1865, p. 433.

(3) Richelot. Dict. encycl. des Soc. méd. Art. Furoncle.

(4) Gaz. des hôpitaux, 1885, p. 962.

avec une teinture énergique, ait assez d'épaisseur pour laisser sur la partie compromise une tache presque noire, et soit conduit de façon à imprégner fortement les tissus. Le liquide pénètre alors par endosmose et par capillarité jusqu'à la colonie parasitaire et la détruit. J'ajoute que, si une seule application peut réussir dans les cas légers, on doit, dans ceux d'intensité moyenne et *a fortiori* dans les cas graves, réitérer les badigeonnages plusieurs fois par jour et plusieurs jours de suite. » (1)

Dans la furonculose avec éruptions rebelles se prolongeant pendant des semaines, des mois ou des années, M. Gingeot ajoute au traitement externe appliqué rigoureusement les sulfureux donnés à l'intérieur.

Sidney Ringer, qui préconisait déjà la même médication, donnait toutes les heures 6 milligrammes de sulfure de calcium. M. Gingeot prescrit une eau minérale artificielle (2), dont il fait prendre une quantité plus ou moins grande suivant la tolérance du patient, mais il insiste sur la nécessité des hautes doses.

Remarquons que la médication alcaline interne a été maintes fois indiquée en pareil cas. M. le Prof. U. Trélat le recommande (3) et rappelle que S. Hunter s'en était servi avec succès sur lui-même et la préconisait contre l'anthrax au début.

Pour les applications locales au visage, la teinture

(1) Trait. rationnel de l'affection furonculaire. Bulletin génér. de thérap., 1885, févr. et mars et Soc. méd. des hôpitaux. Séance du 23 mai 1885.

(2) Il emploie la poudre de Pouillet. Sulfure de sodium, bicarbonate de soude, sulfate de soude, sulfate de potasse, gomme arabique, acide tartrique en parties égales; séchez, mêlez 50 centigr. pour un litre d'eau.

(3) Trélat. Art. Anthrax. in Dict. encycl. des sc. méd., t. V, 1^{re} série, p. 272.

d'iode est remplacée par l'alcool camphré, dont les applications doivent être répétées et prolongées.

Suivant M. Gingeot, ce traitement donnerait les résultats les plus brillants et les plus constants; il serait à peine douloureux et réunirait par conséquent tous les avantages; mais il ne semble pas avoir été encore essayé d'une manière assez suivie et dans des conditions assez variées pour qu'on puisse s'associer sans réserves à ces conclusions.

M. le Prof. Le Fort, qui comme M. le Prof. Hardy ne croit pas à l'utilité des applications externes, est au contraire persuadé de l'efficacité d'un procédé qu'il recommande depuis longtemps. Voici dans quels termes il s'exprimait à ce point de vue dans une leçon clinique professée à l'hôpital Necker, le 21 janvier 1886, leçon dont il veut bien nous permettre de reproduire quelques passages.

« Je soutiens, dit-il, que rien n'est plus facile que de faire avorter un furoncle et cette affirmation est basée sur une expérience de vingt-deux ans.

J'ai eu fréquemment des furoncles dans ma jeunesse, surtout lorsque j'étais aide d'anatomie et prosecteur, et toujours aux mains. J'en ai pour preuve et pour souvenir des cicatrices de furoncles anthracoides à la face interne et postérieure au poignet gauche, à la face dorsale de la main et de l'annulaire gauches; sur les apophyses styloïdes du radius et du cubitus droits, à la face dorsale de la première phalange du médius et de l'annulaire droits. Un jour, à l'époque où j'étais chirurgien des Enfants-Assistés, me voyant menacé d'un furoncle, je me fis avec une lancette une incision profonde; le furoncle avorta. J'ai souvent employé cette méthode depuis ce premier essai et j'ai toujours fait avorter les furoncles. Je n'en ait pas eu un seul qui ait accompli son évolution.

Le furoncle débute le plus souvent au niveau d'un poil par une légère élevation, sous forme de petite vésicule ou d'un petit point blanc renfermant, si on déchire l'épiderme, une goutte de sérosité purulente, laissant après son évacuation une petite cupule. A cette période, il y a autour de ce point central une aréole rouge et un commencement de durcissement du derme.

Si le furoncle continue sa marche, une seconde période commence; la partie rouge se tuméfie, s'indure d'avantage, la douleur augmente, la fièvre s'allume, etc., etc., jusqu'au moment où le furoncle s'ouvre en laissant échapper le bourbillon.

Or, si l'on veut faire avorter le furoncle, c'est à la première période qu'il faut intervenir, quand il n'y a encore que le point blanc, l'aréole rouge, mais pas d'inflammation profonde. Le procédé consiste à donner, au niveau du centre, un coup de lancette assez profond pour que la pointe traverse l'épaisseur de la peau. Il y a un très léger écoulement de sang, puis souvent un peu de sérosité. J'applique un linge trempé dans l'eau alcoolisée camphrée et vingt-quatre heures après, tout est terminé, le furoncle a avorté.

Si on laisse passer cette période, le coup de lancette est inutile; rien n'arrête plus le furoncle, et, si je suis partisan absolu de la ponction abortive, je suis l'adversaire juré de la pratique trop suivie, du coup de bistouri tardif. Je suis à cet égard de l'avis du Prof. Hardy; comme lui « je n'y trouve d'autre avantage que de provoquer une souffrance inutile.

Comment agit le coup de lancette? Pour ceux qui ne se contentent pas des faits et qui veulent des explications toujours plus ou moins hypothétiques, je dirai que le furoncle est une inflammation d'une glande pilo-sébacée, amenant par propagation l'inflammation de l'aréole ou des aréoles voisines de la face profonde du derme. Le coup de

lancette, en ouvrant le foyer primitif de l'inflammation, arrête l'étranglement et fait une saignée locale. Quoi qu'il en soit, l'excellence de cette méthode abortive m'est absolument prouvée par l'expérience. »

Nous n'ajouterons que quelques mots. Ainsi que le fit remarquer M. Vidal, dans la discussion qui suivit la communication de M. Gingeot à la Société médicale des hôpitaux (1), la démonstration péremptoire de la spécificité du microbe rencontré dans le furoncle ne sera faite que quand les produits de cultures pures, faites en série, auront donné par réinoculation des résultats positifs. De nombreuses tentatives d'auto-inoculations, faites par M. Vidal, sont jusqu'ici restées infructueuses. Cependant, si la réalité de cette hypothèse est démontrée, il faut remarquer d'abord que, d'après les expériences de M. Pasteur (2), le micro-organisme du furoncle ne vit pas dans le sang. L'ouverture des vaisseaux par la ponction ne donne donc lieu à aucun danger de généralisation de l'affection; la présence même du sang épanché dans l'épaisseur du bouton après l'incision, crée une condition défavorable au développement du staphylococcus. De plus, M. le Prof. Le Fort fait suivre la ponction d'une application prolongée d'alcool camphré, liquide doué de propriétés antiseptiques énergiques, dont l'action doit être ici d'autant plus sûre, qu'il pénètre directement par la plaie au sein du foyer.

Nous n'insisterons pas sur ces diverses explications. Quelle que soit leur valeur, il reste démontré que, sur ce terrain limité il est vrai, mais bien défini, la médication abortive peut revêtir une forme particulière et être très utilement employée.

(1) Société méd. des hôp., séance du 22 mai 1885. Bull., p. 188.

(2) Pasteur. De l'extension de la théorie des germes à l'étiologie de quelques maladies commencées. Comptes rendus de l'Acad. des sciences, 3 mai 1880.

ANTHRAX.

Les opinions sont aussi partagées sur le traitement abortif de l'anthrax que sur celui du furoncle. On a eu recours aux mélanges réfrigérants appliqués sur la tumeur pour la faire avorter. Marjolin signale cette pratique très vantée par Hébra dans diverses affections de la peau et à peu près abandonnée aujourd'hui.

La compression avec le collodion ou avec divers emplâtres auraient aussi donné de bons résultats dans quelques cas, mais le plus souvent elle est inutile, douloureuse et insuffisante. Il en est de même des applications d'iode, d'onguent napolitain, etc.

Les chirurgiens sont encore plus divisés sur l'opportunité et la nature de l'intervention au début de l'anthrax, alors qu'il n'a pas encore pris tout son développement. Dupuytren incisait la tumeur à ciel ouvert, dès qu'elle était volumineuse. Velpeau multipliait les incisions; Collin insistait pour qu'elles intéressassent le *fascia superficialis*. Broca, frappé de la gravité de certains anthrax, pense qu'il faut peut-être, dans certains cas, les extirper comme des tumeurs malignes (1).

Enfin, dans une discussion récente de la Société de chirurgie, tandis que M. Després considère l'intervention comme inutile et dangereuse, que M. le Prof. Verneuil estime qu'il y a lieu de s'abstenir 80 fois sur 100 et que MM. Trélat et Tillaux se rallient au même avis, M. le Prof. Le Fort se déclare partisan de l'avortement des anthrax par les incisions précoces, suivant la méthode appliquée au furoncle. MM. Le Dentu, Marjolin, Anger, Labbé déclarent qu'ils procèdent de la même façon.

(1) Trélat. Loc. cit.

La question n'est donc pas encore résolue, mais la méthode abortive compte des partisans nombreux et autorisés; il est probable qu'elle serait encore plus généralement acceptée si les conditions dans lesquelles elle donne des succès étaient mieux définies.

PHLEGMON DIFFUS.

Le phlegmon diffus est une affection d'une gravité toujours si menaçante que depuis longtemps les chirurgiens ont tenté de l'arrêter dans sa marche par divers procédés abortifs. M. le Prof. Le Fort a résumé l'état de la question, et donne les résultats de sa pratique personnelle dans la leçon déjà citée à propos du traitement du furoncle (1).

« Il faut, dit-il, distinguer deux espèces de phlegmons diffus : l'un, profond, sous-aponévrotique, intermusculaire, assez rare et le plus souvent consécutif aux inflammations des gaines tendineuses ou synoviales; l'autre, sus-aponévrotique, prenant la forme de l'angioleucite, de l'érysipèle (érysipèle phlegmoneux, phlegmon angioleucitique) et assez fréquent. C'est de ce dernier seulement que nous nous occuperons ici.

Lorsqu'on voit le malade dès les premiers jours, ou lorsque la maladie commence au cours du traitement d'une plaie, la région atteinte se tuméfie, la peau rougit, devient lisse, tendue, luisante et garde l'impression du doigt, car la peau et le tissu cellulaire sous-cutané sont infiltrés d'une sécrétion plastique, comme on peut s'en assurer en faisant à cette période une incision des téguments. Si la maladie continue, l'empatement augmente, la peau et le tissu cellulaire donnent une sensation de mollesse, et si l'on fait une incision, c'est à du pus infiltré

(1) Leçon orale du 21 janvier 1886.

dans le tissu cellulaire que l'on donne issue. Si la maladie s'aggrave encore, on observe des décollements plus ou moins vastes, et les incisions livrent passage à des lambeaux de tissu cellulaire sphacélé.

Peut-on, lorsque le phlegmon n'est qu'à la première période, celle de l'infiltration plastique, prévenir la seconde, celle de la suppuration ; en un mot faire avorter le phlegmon ? Edifié par une expérience déjà longue, puisqu'elle date presque du début de mes études, je réponds nettement par l'affirmative.

On a conseillé les sangsues, la compression, les incisions, les vésicatoires. Les sangsues sont inefficaces dans le véritable phlegmon diffus. La compression, employée par A. Paré, vantée par Velpeau (1), est le plus souvent inutile, elle peut de plus être dangereuse et amener la gangrène de la peau, si elle est irrégulièrement faite. La compression avec le collodion, appliqué sur la moitié ou sur les deux tiers de la circonférence du membre au plus, est très efficace, quand il y a un œdème inflammatoire qui pourrait dégénérer en phlegmon diffus. Elle est insuffisante quand il y a une inflammation de la peau et du tissu cellulaire.

Les incisions étendues, mais n'entamant que la couche superficielle du derme, comme les conseillait Bécclard, ne m'inspirent pas confiance. Je manque d'expérience personnelle à cet égard ; je ne les ai jamais employées et je ne les ai vues pratiquées par personne. Quant aux incisions de la peau, telles qu'on les fait d'ordinaire, c'est-à-dire dans toute l'épaisseur des téguments jusqu'à l'aponévrose, elles sont déplorables. Elles laissent à leur suite des plaies toujours longues à guérir, et elles sont nuisibles par cela seul qu'elles sont inutiles à cette période du phlegmon.

(1) Archives gén., t. II, 1^{re} série, p. 192 et 395.

Il est au contraire une méthode qui permet d'obtenir à peu près constamment l'avortement du phlegmon diffus quand on peut l'employer avant la formation du pus; ce procédé a été imaginé par un chirurgien anglais, Dobson, qui l'a fait connaître dans le tome XIV, page 96, des *Medico-chirurgical Transactions*.

Avec une lancette, Dobson pratiquait sur toute la partie malade, de dix à cinquante ponctions qui pénétraient à 5, à 10 millimètres au-dessous du derme et il les réitérait plusieurs fois dans la journée.

Lorsque j'étais interne de Laugier en 1851, 1855 et 1856, je l'ai vu constamment employer cette méthode et j'ai été tellement frappé de ses merveilleux effets que je l'ai toujours mise en pratique depuis trente ans. J'ai donc le droit d'appuyer mon opinion sur une expérience malheureusement déjà longue.

Vous savez comment je procède. Je saisis la lancette entre le pouce et l'index, ne laissant dépasser de la pointe qu'une longueur proportionnelle à l'épaisseur de la peau sur laquelle je dois agir, c'est-à-dire que je lui laisse plus de longueur pour la face externe que pour la face antérieure de l'avant-bras et la face dorsale de la main, plus de longueur pour la peau de la cuisse que pour celle de l'avant-bras, puisque l'épaisseur de la peau varie suivant ces régions. Cette limitation se fait si vite, si facilement que vous ne pouvez vous en apercevoir pendant l'opération, puisqu'elle se règle par un petit mouvement de bascule des phalanges unguéales qui rapprochent ou écartent l'extrémité des ongles des faces latérales de la lame de la lancette.

Je multiplie beaucoup plus les piqûres que ne le faisait Dobson, puisque j'en pratique, suivant l'étendue du mal, cinquante, cent, cent cinquante et quelques fois plus. Cela est si facile, si rapide, qu'en moins d'une minute on fait plus de cent piqûres.

De Beurmann.

5

Comme je vous l'ai montré, elles laissent d'abord couler du sang mélangé d'une certaine quantité de sérosité; ce sang ne se coagule jamais au niveau des piqûres; puis, pour le plus grand nombre des piqûres, après une ou deux minutes, il cesse de couler et il ne vient que de la sérosité.

Pour entretenir l'écoulement et calmer l'inflammation, j'enveloppe le membre de mon pansement ordinaire : des compresses, fortement imbibées d'eau alcoolisée camphrée, et je recouvre le tout d'un large morceau de taffetas gommé. Le lendemain, toutes ces petites piqûres sont cicatrisées.

Quant à l'effet curatif, on pourrait dire abortif, de ce traitement, vous avez pu le constater une fois de plus sur un de nos malades. Cet homme, âgé de 23 ans, vigoureux, a été le 10 janvier renversé par une charrette dont le brancard s'est brisé. Le fragment tenant à la charrette a pénétré dans le mollet droit avec une telle violence, qu'après avoir traversé tous les muscles et rencontrant le tibia à la face interne et postérieure au niveau de son tiers supérieur, il a détaché du bord interne du tibia un fragment de 4 centimètres, libre et mobile à son extrémité inférieure, encore adhérent à son extrémité supérieure; aussi me suis-je gardé de chercher à l'extraire.

La plaie des parties molles était déchirée irrégulièrement et fortement contuse, présentant son principal diamètre en travers et sur une longueur de près de 10 centimètres. Quelques fibres du muscle jumeau s'engageaient dans l'interstice de la plaie cutanée. Nous vîmes le malade le 11 à la visite; malgré nos soins et nos précautions, la plaie s'enflamme.

Le 15, il y a de l'empâtement dans la région du mollet, les bords de la plaie sont rouges, il y a de la fièvre, de l'agitation et la température est à 40 degrés. La forma-

tion d'un phlegmon est évidente. Je fais renouveler le pansement que l'on mouille de temps en temps.

Le 16, les symptômes généraux se sont aggravés; la température est montée à $40^{\circ},4$, l'empâtement de la région a augmenté en s'accompagnant d'une rougeur violacée depuis le dos du pied jusqu'au milieu de la cuisse. L'existence du phlegmon ne fait plus de doute.

Je pratique une cinquantaine de piqûres depuis le pied jusqu'au genou.

Le 17, au matin, il y a une notable amélioration de l'état général; la température est tombée à $39^{\circ},6$. Je ne fais pas de piqûres. Le soir la température remonte un peu ($40^{\circ},9$).

Le 18, je fais une centaine de piqûres depuis le pied jusqu'à la racine de la cuisse, la sérosité s'écoule assez abondamment; le soir la température est tombée à $39^{\circ},2$. C'est déjà une diminution de 4 dixièmes.

Avant-hier 19, vous avez tous été frappés de la révolution qui s'est opérée chez notre malade. Quand nous nous approchons de son lit, il lit tranquillement son journal, sa figure a repris sa physionomie normale, la nuit a été excellente et la température est tombée à $37^{\circ},8$. C'est une différence en deux jours de deux degrés huit dixièmes. Nous défaisons le pansement; la plaie du mollet suppure comme cela doit être, mais la tuméfaction du membre a complètement cessé; la peau, au lieu d'être comme l'avant-veille, lisse et tendue, a laissé reparaitre ses plis normaux et l'épiderme, finement ridé, nous prouve surabondamment la disparition de la tension anormale. Si on pince la peau, ce qu'on fait sans difficulté, car elle glisse facilement sur les parties sous-jacentes, on constate qu'elle a repris son épaisseur ordinaire.

N'avons-nous pas le droit de dire que le phlegmon a disparu, que la maladie a été jugulée, qu'elle a avorté

sous l'heureuse influence des piqûres. Où en serait notre malade, si j'avais lardé son membre d'incision qui seraient aujourd'hui autant de plaies ajoutées à la plaie principale ?

Voilà la méthode, voilà ce qu'elle peut faire ; elle échoue quelquefois lorsque le phlegmon est trop avancé ; alors, seulement, les incisions sont indiquées, parce qu'une fois la suppuration ou plutôt l'infection purulente établie, il n'y a qu'une seule chose à faire, donner issue à la suppuration. »

Nous avons tenu à reproduire quelques passages de cette intéressante leçon ; nous n'y ajouterons que peu de mots. On peut peut-être expliquer l'action si puissamment abortive des ponctions multiples suivies des applications d'alcool camphré par les raisons que nous avons déjà indiquées à propos du traitement abortif du furoncle. Il est inutile d'insister sur la valeur parasiticide de semblables moyens ; nous avons déjà montré que leur rôle est en parfait accord avec les doctrines nouvelles sur l'action attribuée aux différents micro-organismes que l'on rencontre dans les diverses formes de suppuration du tissu cellulaire.

Quant à la méthode des grandes incisions inventée par Hutchinson (1) et encore employée par un grand nombre de chirurgiens, elle est aussi, malgré les délabrements considérables qu'elle entraîne, considérée comme un procédé de jugulation. Voici, en effet, comment s'exprime, à ce sujet, M. Le Dentu (2) :

Les grandes incisions, dit-il, peuvent-elles être « considérées comme un traitement abortif ? Pratiquées dès le début de la période exsudatrice, je les crois capables

(1) Hutchinson A.-C. On the treatment of erysipelas by incision med. chir. transactions. London, 1884, vol. V, p. 278.

(2) Le Dentu. Art. Phlegmon, in Dict. de méd. et chir. prat., t. XXVII, p. 179.

d'arrêter la marche de la phlegmasie et même d'empêcher complètement la suppuration. Il se forme toujours du pus sur les lèvres des incisions, mais si le pus ne vient pas des surfaces sectionnées et s'il n'entraîne pas, en s'écoulant, des débris de tissus mortifiés, on est en droit de dire que l'action du bistouri a réellement fait avorter le phlegmon. »

Nous n'avons pas besoin de dire que les ponctions multiples sont bien préférables si elles peuvent produire le même résultat.

BUBON.

Les suppurations ganglionnaires inguinales ont été l'objet d'un grand nombre de tentatives d'abortion. La plupart des méthodes imaginées dans ce but ont été abandonnées, mais quelques-unes ont paru donner des résultats favorables et sont restées dans la science. Comme le remarque si justement M. le Prof. Fournier (1), on peut leur faire une objection capitale : « c'est que toutes ou presque toutes ont été appliquées au traitement du bubon en général et non de telle ou telle espèce de bubons. »

Lorsque l'on regardait tous les bubons d'origine vénérienne comme fatalement destinés à suppurer, on ne manquait pas de considérer comme avortée toute tuméfaction ganglionnaire qui n'aboutissait pas à la formation d'un abcès. On sait, aujourd'hui, qu'un grand nombre de bubons se résolvent sans le secours d'aucun traitement et l'on ne fait plus honneur à la médication de ce qui est souvent la terminaison spontanée de la maladie.

La revision dont parle M. le Prof. Fournier est d'au-

(1) Fournier. Art. Bubon in Dict. de méd. et de chir. prat, t.V, p. 796.

tant plus nécessaire que les travaux de M. I. Straus (1) ont démontré que, dans un grand nombre de cas au moins, l'adénite consécutive au chancre mou n'est pas spécifique et ne participe au caractère virulent de la lésion primitive que si elle a été directement contagionnée par elle après son ouverture. Le bubon chancreux, non ouvert, ne serait donc, le plus souvent, qu'une adénite simple et il y aurait lieu de se demander s'il est, comme le pense M. le Prof. Fournier, aussi peu accessible aux méthodes abortives que l'adénopathie du chancre syphilitique.

Si, contrairement à l'opinion ancienne et classique, le transport de l'agent virulent par les vaisseaux lymphatiques est exceptionnel, le bubon chancreux est réduit à n'être plus qu'un simple bubon inflammatoire et les moyens abortifs lui deviennent applicables. La question vaudrait la peine d'être examinée et sa solution donnerait probablement la clef des divergences si tranchées qui séparent les auteurs sur ce point de pratique.

Tandis que la plupart des syphiligraphes, M. le Prof. Fournier en tête, se prononcent contre les tentatives d'abortion, M. le Prof. Le Fort, se basant sur de nombreuses observations, dont les premières remontent à l'époque où il était chirurgien de l'hôpital du Midi, croit qu'elles peuvent donner de bons résultats.

« Le traitement a, dit-il (2), peu de chance de réussir si le bubon est à une période avancée, c'est-à-dire si la peau est déjà très amincie, rouge et qu'elle menace de se perforer quelques jours plus tard. Dans les conditions inverses, lorsque la présence du pus au centre du bubon est absolument incontestable, mais que la peau est encore épaisse, peu ou point enflammée, la guérison par

(1) Sur la virulence du Bubon chancreux, par I. Straus. Bulletin de la Soc. de biologie, n° 39, 1884.

(2) Leçons du 21 janvier 1886.

absorption du pus est relativement facile, car je l'ai obtenue au moins dans un quart, sinon dans un tiers des cas où j'ai cru pouvoir le chercher avec quelques chances de succès.

Voici ma manière de procéder : je fais à la surface du bubon un fort badigeonnage iodé, après quoi j'applique sur la région une certaine quantité d'ouate et je fais une compression soigneuse et assez forte avec un spica ; le badigeonnage et le bandage sont renouvelés tous les jours. Peu à peu la consistance de la peau augmente, la fluctuation disparaît et généralement, après une quinzaine de jours, la guérison est obtenue.

Reste à savoir par quel mécanisme la guérison survient. Je n'ai pas d'explication complètement satisfaisante à donner ; je vous signalerai en revanche un fait au moins aussi remarquable et d'une grande importance dans la pratique. Je l'ai observé plus de vingt fois pendant mon séjour à l'hôpital du Midi.

A cette époque, je pratiquais sur tous mes malades atteints de chancre, les inoculations exploratrices ou diagnostiques. Lorsque j'avais affaire à un bubon suppuré, je piquais le bubon avec une aiguille à coudre et j'inoculais la gouttelette de pus mêlé de sang qui venait sourdre par la piqûre. Le plus souvent l'inoculation était positive. J'appliquais alors les badigeonnages iodés et la compression ; cependant un certain nombre de bubons suppuraient et exigeaient l'ouverture au bistouri ; or, si les applications d'iode avaient duré plus de dix à douze jours, le pus ordinaire avec sa couleur laiteuse était remplacé par un liquide jaunâtre et peu épais comme la sérosité. Si alors je pratiquais l'inoculation avec ce liquide, qui avant l'emploi de l'iode m'avait donné des inoculations positives, je n'obtenais qu'une inoculation négative. Le pus avait perdu sa virulence. La conséquence importante de ce fait que j'ai bien des fois si-

gnalé dans mon service, c'est que, dans mes salles, le bubon chancreux était absolument rare. »

La teinture d'iode avait déjà été vantée par Sirius Pirondi (1) et avait donné à maintes reprises des résultats favorables. On peut placer à côté d'elle le vésicatoire. Suivant M. le Prof. Fournier (2), il n'est pas douteux que les vésicatoires exercent une action résolutive sur l'élément inflammatoire du bubon. « Tout le monde est d'accord sur ce point. » Suivant Velpeau, ils arrêtent et font rétrograder l'inflammation dans un très grand nombre de cas. D'après notre maître M. Alphonse Guérin (3), les vésicatoires coup sur coup sont « de puissants abortifs ; ils arrêtent la suppuration du bubon quelle que soit sa nature, quelle que soit sa période.... Il n'est jamais trop tard pour empêcher l'ouverture de l'abcès ganglionnaire.... qu'il soit virulent ou non, le bubon ne suppurerait que si vous avez recours à ce moyen.... Il n'est pas un seul bubon traité par moi qui laisse une cicatrice. » Nous avons été témoin d'un certain nombre de succès obtenus par ce procédé, quand nous suivions le service de M. A. Guérin, à l'Hôtel-Dieu. Enfin dans la méthode de Malapert (4), l'application de vésicatoires sur le bubon naissant est suivie de pansements au sublimé ; ils ont l'in-

(1) Sirius-Pirondi. Traitement du bubon par les applications topiques de teinture d'iode. Revue therap. du Midi et Bull. génér. de therap., 1855, t. XLIX. — Notes cliniques recueillies à l'Hôtel-Dieu de Marseille. Bull. de Soc. de chir. de Paris, 1855. — Lettre à M. Diday sur le traitement du bubon rebelle. Gaz. hebdom., 1856.

(2) Fournier. Art. Bubon, in Dict. encycl., t. V, p. 796.

(3) Alph. Guérin. Remarques sur le traitement du bubon. Bull. génér. de therap., 1861.

(4) A.-F. Malapert. Du traitement des maladies vénériennes par l'application directe du deuto-chlor. de merc. sur les tissus affectés primitivement ou consécutivement. Arch. de méd., 1832; Journ. de méd. et de chir. prat., 1837.

convénient de provoquer de telles souffrances que ce procédé a été abandonné.

Nous pourrions encore citer quelques tentatives fondées sur l'emploi des antiseptiques. M. Taylor (1) s'est servi d'une solution contenant de 40 à 50 centig. d'acide phénique pour 30 grammes d'eau ; il en injecte de 10 à 20 gouttes dans la glande enflammée. Quand le pus n'est pas encore formé, le processus inflammatoire et la douleur cessent presque aussitôt, et la guérison ne tarde pas à se produire. L'auteur aurait employé ce procédé plus de cent cinquante fois et il cite vingt observations qui semblent très probantes. Ces essais fort intéressants devraient être poursuivis.

On voit donc que si les applications de la méthode abortive aux bubons chancereux ont été rejetées, cette réprobation est loin d'être universelle. Les recherches de M. I. Straus (2), en montrant que la nature des adénites secondaires aux chancres est beaucoup plus discutable qu'elle ne semblait l'être il y a quelques années, ne manqueront pas de donner un nouvel essor aux tentatives d'abortion. En tout cas, les faits que nous avons cités indiquent que, même en la réservant à certains cas, qu'il faudrait bien définir, la médication abortive peut rendre, dans les suppurations inguinales secondaires, d'utiles services.

INFLAMMATIONS AIGUES ET CHRONIQUES DIVERSES.

Un certain nombre d'affections aiguës ou chroniques sont justiciables des procédés abortifs que nous venons de

(1) Morse Taylor. The abortive treatment of buboes with carbolic acide. American Journ. of the med. sc., 1882, p. 359.

(2) I. Strauss. Sur la virulence du bubon qui accompagne le chancre mou. Compte-rendu de la Soc. de biol., 1^{er} août 1865.

signaler à propos du furoncle, de l'anthrax, du phlegmon diffus, des bubons. Mais ces procédés ne sont pas les seuls qui aient été mis en usage pour combattre avec succès et enrayer dans leur marche les inflammations du tissu cellulaire. On a eu aussi recours à des moyens purement physiques et en particulier à la chaleur.

Depuis plusieurs années, M. Reclus, qui a bien voulu mettre à notre disposition, avec une extrême obligeance, les résultats de son expérience personnelle, préconise l'eau chaude contre les accidents congestifs et inflammatoires. On sait la fortune rapide qu'a eu depuis quelques années cette vieille méthode que l'on retrouve à tous les âges et pour ainsi dire chez tous les peuples. Mais à notre époque, cette médication a pris une forme scientifique, et l'expérimentation a été pratiquée pour des affections très diverses et sur un nombre considérable de malades.

Qui ne connaît les succès obtenus par les gynécologues dans les congestions utérines et dans les inflammations aiguës ou chroniques de l'utérus.

Les ophtalmologistes ont recours à l'eau chaude dans presque tous les cas de conjonctivites, de kératites, d'iritis. En chirurgie générale, on se sert de l'eau chaude comme d'un hémostatique puissant, et nous avons vu que Curtis l'a préconisée comme un des meilleurs traitements dans la blennorrhagie au début chez l'homme et chez la femme. Enfin, M. Reclus a montré qu'elle était le topique le plus puissant contre l'affection diphthéroïde des plaies si rebelles à toutes les médications. Il a montré en outre que les plaies ulcéreuses à bourgeons gros et atones marchaient rapidement vers la guérison sous l'influence de l'eau chaude.

Mais cela n'a pour nous qu'un intérêt secondaire; il semble résulter d'une expérience clinique déjà longue de

quatre années (1), que l'eau chaude a un effet vraiment abortif dans le cas d'inflammation du tissu cellulaire. C'est ainsi que, dans les prostatites, des applications de compresses trempées dans l'eau chaude à 55°, de grands lavements à la même température, apaisent immédiatement la douleur, le gonflement et s'opposent à la suppuration. L'inflammation, qui menaçait de devenir phlegmoneuse, est arrêtée, et plusieurs observations ont prouvé que, dans des cas où la terminaison par collection purulente semblait fatale, les phénomènes inflammatoires ont été pour ainsi dire jugulés. Même succès pour les panaris, pour les lymphangites avec menace d'abcès sur le trajet des vaisseaux blancs, pour les adénites, quelles que soient leur cause et leur origine.

M. Reclus se demande si « le chauffage », préconisé par Robert, dans le traitement des adénites chancrelleuses, n'était pas déjà un exemple de l'efficacité de l'eau chaude. Celle-ci, en effet, paraît avoir une double utilité; elle est antiseptique, car de 55° à 60°, l'eau s'oppose au développement des bacilles. A cette action qu'elle partage avec un si grand nombre de germicides, s'ajoute son pouvoir modificateur sur les phénomènes circulatoires.

Nous ne saurions, dit-il, sans expérience préalable, donner la théorie de cette absence de suppuration. Mais la coloration rouge que prennent immédiatement les bourgeons charnus traités par l'eau chaude, leur diminution rapide de volume nous font penser que sous l'influence de la haute température les protoplasmas se resserrent dans les cellules pariétales des petits vaisseaux, la circulation s'accélère, et les globules blancs, ne traînant plus le long des parois vasculaires, ne sauraient s'engager dans les interstices des cellules et la diapédèse se suspend. C'est probablement ainsi que disparaissent les stases si dangereuses pour la nutrition des tissus.

(1) Gaz. hebd. 1884 et comm. orale.

Ces indications sont du plus haut intérêt. Elles montrent qu'à côté des caustiques, des antiseptiques, des moyens chirurgicaux, la médication abortive peut revendiquer les moyens purement physiques. A ce titre, le procédé de M. Reclus est à rapprocher d'une expérience bien souvent citée de M. Pasteur. Je veux parler de celle dans laquelle il prend une poule réfractaire à l'inoculation charbonneuse à sa température normale et la rend inoculable en abaissant artificiellement sa température. Ici, on peut invoquer une action du même genre, puisque c'est probablement en créant des conditions défavorables à l'évolution des germes par l'élévation de température locale qu'elle provoque, que l'eau chaude fait avorter les processus inflammatoires commençants. C'est une voie nouvelle ouverte à la thérapeutique antiseptique et à la médication abortive.

PUSTULE MALIGNE.

Depuis les travaux de Davaine et de M. Pasteur (1), le charbon peut servir de type à la description des maladies bactériennes. L'élément pathogène de cette affection, le bacillus anthracis a été non seulement bien décrit morphologiquement et cultivé sous toutes les formes possibles, mais son inoculation a été pratiquée dans des conditions expérimentales infiniment variées.

C'est à ces expériences que nous devons la plus grande partie des notions acquises sur l'influence exercée par la nature du terrain sur le développement des agents pathogènes.

Nous devons donc nous demander si l'étude du charbon ne pourrait pas aussi nous renseigner sur la possibilité de faire avorter un certain nombre de maladies infectieuses comme on peut le faire avorter lui-même assez souvent.

Nous contractons la plupart de ces maladies sans nous en douter, le virus est introduit dans notre organisme sans que nous en soyons avertis. C'est ainsi que nous prenons à notre insu la rougeole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, par les voies respiratoires ou les voies digestives; nous ne savons pas le moment où se fait l'inoculation. Pour le charbon, la rage et la syphilis, il n'en est pas ainsi.

Le plus souvent, l'homme s'inocule le charbon en maniant des animaux charbonneux, ou les produits qui pro-

(1) Voy. Davaine. Compt. rend. de l'Acad. des sc., 1850. — Pasteur, Chamberland et Roux. Acad. des sc., 16 juillet 1877, 12 juil. 1880 et 1^{er} fév. 1881.

viennent de leur dépouille, et les mains, les bras, le cou, le visage, sont presque toujours le siège de la pustule maligne. La bactériodie charbonneuse se cultive d'abord là où elle est déposée et produit l'œdème charbonneux. Pendant un certain nombre d'heures, le mal est tout local et comme l'organisme humain offre une assez grande résistance à la maladie charbonneuse, il semble nécessaire pour que l'infection générale se produise qu'une certaine quantité de bactériodies, parties de la pustule maligne, pénètrent par les voies lymphatiques ou sanguines. Aussi est-il possible d'empêcher la généralisation du charbon, chez l'homme, en agissant assez tôt sur la pustule maligne. Tout le monde sait que la cautérisation de l'œdème charbonneux au fer rouge fait avorter le charbon. La chaleur détruit la bactériodie en même temps que les tissus où elle était déposée, et, le microbe anéanti, la cause de la maladie a disparu. De même, par un autre mécanisme, l'application de bichlorure de mercure et l'emploi des injections iodées autour de la pustule font avorter le charbon en tuant la bactériodie dans l'œdème. La connaissance que nous avons du microbe du charbon nous permet de bien voir comment agissent les médications abortives du charbon. Elles nous expliquent aussi que la pustule maligne avorte souvent d'elle-même (1).

Le traitement abortif qui réussit chez l'homme, même après que la pustule maligne s'est considérablement développée et que les symptômes généraux ont apparu, est au contraire, inefficace chez les animaux, comme le mouton, le lapin, le cobaye, pour lesquels le charbon est particulièrement meurtrier.

Lorsqu'on a inséré de la bactériodie charbonneuse sous la peau d'un lapin, la cautérisation du point d'inocula-

(1) Planteau. De la guérison spontanée de la pustule maligne. Th. Paris, 1884.

tion n'empêchera point le charbon de se développer si elle est faite quelque temps après la piqure, même avant que l'œdème local ait apparu. Les quelques bactériidies qui ont pu être entraînées dans le sang ou passer dans la lymphe suffiront pour infecter l'organisme tout entier. C'est aussi en vain que l'on essaierait sur le même animal de faire avorter le charbon en injectant autour de l'œdème des solutions d'iode ou de sublimé. Chez le bœuf, qui résiste beaucoup plus à la maladie, on a rapporté des cas où des injections intra-veineuses de teinture d'iode ont donné un bon résultat ; mais le succès n'est pas la règle, peut-être parce que l'inoculation se fait chez cet animal par les voies digestives et que l'on ne reconnaît la maladie que lorsqu'elle est trop avancée pour être arrêtée par la médication.

Nous n'énumérerons pas tous les traitements qu'on a opposés à la pustule maligne. Parmi les moyens anciens, l'extirpation simple et suivie de cautérisations énergiques avec le fer rouge, les acides minéraux, le beurre d'antimoine, la potasse caustique, le sublimé, le chlorure de zinc, sont parfaitement rationnels.

Les succès obtenus par certains remèdes préconisés comme spécifiques, tels que les applications d'ail, d'oignon, etc., s'expliquent probablement par la résistance du milieu humain à la culture charbonneuse. On sait que Nélaton accordait une certaine confiance aux applications de feuilles de noyer, proposées par Raphaël. 73 guérisons sur 76 cas auraient été obtenues par ce procédé (1).

Davaine conseillait l'application d'un marteau, chauffé à 51°, pendant un quart d'heure. La chaleur, qui produit de si bons effets contre les affections phlegmoneuses du tissu cellulaire, agirait ici encore en tuant les germes.

(1) Nélaton. Path. externe.

Mais on sait que les spores de la bactériodie charbonneuse résistent à une température de 90° à 95°.

La teinture d'iode avait été essayée par Stanis, Cézard, Juillot, Collat et Bonnet.

Les injections hypodermiques constituent une méthode de traitement particulièrement active et rationnelle qui peut du reste être combinée avec d'autres moyens.

M. le Prof. Verneuil pratique le traitement suivant. Contre la pustule elle-même, destruction radicale au thermocautère. Dans la zone d'induration, applications de pointes de feu. Dans la zone oedémateuse, injection iodée à 2 0/0. Contre l'infection générale l'iode à l'intérieur.

Les injections d'iode ont souvent donné des résultats favorables, notamment dans les cas publiés par MM. les professeurs Proust et Bouchard (1) et par M. le professeur Richet.

Les deux observations de ce dernier (2) sont des plus instructives. L'étude du sang et celle des liquides pris autour de la pustule purent être faites dans les deux cas, avant le traitement.

Dans le premier, le sang contenait déjà des bactériodies; inoculé à des animaux, il leur communiqua le charbon. L'infection était donc complète; le traitement échoua.

Dans le deuxième, les liquides pris autour de la pustule contenaient des bactériodies. Leur inoculation fut positive et leur culture donna naissance à des générations de bacilles dont l'inoculation communiqua à son tour le charbon aux animaux. Mais l'examen du sang, les inoculations et les cultures n'eurent que des résultats négatifs. L'infection n'était encore que locale ou imparfaite; le traitement réussit et le malade guérit.

Après les injections iodées, les inoculations des liqui-

(1) Bull. Acad. de méd., 1884.

(2) Bull. Ac. des sc., 1883, et Gaz. des hôp., avril 1883.

des pris autour de la pustule devinrent positives, de négatives qu'elles étaient.

M. le Prof. Richet fait remarquer que ces observations démontrent que si les bactériidies ou leurs spores ont déjà pénétré dans le sang, tout traitement local est insuffisant, tandis que quand il n'y a pas encore infection générale, on peut enrayer le mal par une action locale énergique.

Les faits observés sur l'homme viennent donc pleinement confirmer les données expérimentales. Le charbon évolue en deux temps. Dans le premier, l'infection est locale; dans le deuxième, elle est généralisée et devient irrémédiable. Il suffit d'intervenir avant ce second stade pour faire avorter la maladie; en un mot, le succès de la médication abortive dépend du moment où elle est appliquée.

Les conditions d'examen ne sont pas toujours aussi simples que dans les deux cas de M. le Prof. Richet. Les bactériidies peuvent, à un moment donné, disparaître de la pustule et peut-être même du sang, mais alors on les retrouve dans certains organes et en particulier dans le foie et la rate, comme le démontrent les faits en apparence contradictoires de MM. Reynier et Gellé (1). De plus, l'absence de bacilles n'est pas une preuve suffisante de non-infection; ils peuvent être assez rares pour échapper à l'examen ou être représentés par leurs spores. Le véritable critérium est l'inoculation aux animaux, comme l'a dit M. Reclus (2).

La démonstration est donc complète et nous n'aurions pas parlé aussi longtemps de faits connus et acceptés de tous, si on ne pouvait en tirer des déductions importantes au point de vue de la médication abortive des maladies infectieuses.

(1) Arch. gén. de méd., mai 1884.

(2) Reclus. Crit. et clin. chir., 1884, p. 86.

Il est certain que dans aucune de ces maladies, l'infection n'a lieu d'emblée. Qu'elle se fasse par les téguments, par les voies digestives ou par les voies respiratoires, le germe n'envahit pas à l'instant même toute l'économie; un certain temps s'écoule entre le moment où il est déposé au point d'inoculation et celui où il pénètre dans la circulation.

Ce n'est pas tout; pour que cette pénétration produise ces effets, il faut que les germes aient été introduits en quantité suffisante pour vaincre la résistance de l'organisme. Souvent il est nécessaire qu'une pullulation locale multiplie l'agent pathogène ou le modifie de manière à triompher de cette inaptitude. C'est ce qui se passe pour la bactériémie charbonneuse chez l'homme et c'est pourquoi la pustule maligne précède l'infection générale. S'il en est ainsi dans d'autres maladies, on pourra comme dans la pustule maligne intervenir à temps, arrêter l'infection alors qu'elle n'est encore que locale, faire avorter la maladie, en un mot, par une intervention rapide, médicale ou chirurgicale.

Si la pathogénie de toutes les maladies infectieuses était parfaitement connue, l'expérience nous renseignerait déjà d'une manière fort utile sur le succès probable d'une semblable entreprise. Elle nous ferait savoir si l'agent pathogène de la syphilis, par exemple, se comporte chez l'homme comme celui du charbon, ou au contraire s'il trouve un terrain de culture aussi favorable que la même bactériémie charbonneuse chez le lapin.

Mais il est peu d'infections qui aient pu être étudiées aussi complètement que le charbon. Cependant en procédant par une induction légitime, on a tenté d'appliquer à quelques maladies des procédés analogues: l'éradication du chancre dans la syphilis, l'ablation des foyers de tuberculose locale, le traitement local de la diphthérie, sont des exemples de ces tentatives. Le traitement local

de l'érysipèle, les injections interstitielles dans le foyer de pneumonies fibrineuses ; l'antisepsie intestinale dans la fièvre typhoïde, peuvent aussi en être rapprochées. Le but est toujours le même, détruire sur place l'agent infectieux de manière à faire avorter l'infection générale.

Il est probable que le succès dépend dans une grande mesure de la résistance de l'organisme humain à l'agent infectieux que l'on veut neutraliser. Si le milieu de culture est médiocre, la médication arrive à temps, s'il est très favorable, elle court grand risque d'intervenir trop tard.

Nous retrouvons sous une autre forme cette notion générale, que ce sont surtout les maladies qui ont des formes abortives que l'on peut tenter de faire avorter.

SYPHILIS.

La syphilis doit-elle être placée parmi les affections qui évoluent en deux stades, c'est-à-dire parmi celles, qui, comme le charbon, sont d'abord localisées au niveau du point où a eu lieu l'infection et ne se généralisent qu'après s'être arrêtées quelque temps à cette première étape? La solution de cette question aurait au point de vue de la médication abortive un immense intérêt. Si elle était affirmative, elle légitimerait toutes les tentatives d'éradication de la syphilis. Si elle était négative, elle nous permettrait de passer outre sans discuter des faits contradictoires et trop souvent mal étudiés.

Malheureusement il est impossible de se prononcer d'une façon nette. Sans doute, l'infection est locale pendant un temps, si court qu'on l'admette, et l'envahissement de l'organisme n'est pas accompli au moment même de l'inoculation, mais cette infection est-elle antérieure ou postérieure à l'apparition du chancre? C'est ce que nous ne pouvons affirmer. Force nous est donc de nous en référer aux indications fournies par la clinique et de passer en revue tous les éléments de cette longue discussion.

Les accidents qui se produisent dans les différentes phases de l'évolution syphilitique, succédant toujours à une lésion locale primitive, souvent unique, on doit naturellement songer à la destruction de l'ulcération primordiale pour empêcher le développement des symptômes ultérieurs.

Cette méthode est, en effet, signalée dans les livres

des plus anciens syphiligraphes. Jean de Vigo et Blegny ont recommandé la cautérisation du chancre.

Toutefois, c'est Hunter qui, acceptant l'idée émise par Bell de l'infection de l'économie par le chancre, recommanda explicitement la destruction de celui-ci comme le meilleur traitement qu'on puisse lui appliquer. Il a consacré tout un chapitre de son livre à cette méthode. « Qu'elle soit faite par l'incision ou par un caustique, dit-il, la destruction du chancre le réduit à l'état d'ulcère ou de plaie simple qui guérit comme toute plaie de cette nature. » Cependant il n'est pas certain, ce faisant, d'empêcher l'infection générale : « Au moyen d'un tel traitement, il y a peu de danger d'infection générale pour l'économie, surtout si le chancre a été détruit presque aussitôt après son apparition et à une époque où on peut raisonnablement supposer que l'absorption n'a pas eu le temps de se faire; mais comme dans la plupart des cas il doit être incertain s'il y a eu ou non infection, on ne doit pas toujours se fier à cette pratique, et même, d'après cette remarque, ne devrait-on peut-être jamais se reposer sur elle, de sorte qu'il serait prudent de prescrire, même dans le cas où le chancre a été détruit immédiatement, quelques médicaments internes. »

De même, dans ses premières leçons, Ricord formula comme loi générale que tout chancre sans distinction, est au début, une affection locale, et reste tel tant qu'il ne survient pas d'induration. La cautérisation faite avant le cinquième ou le sixième jour qui a suivi le coït infectant détruit le chancre et sauve de l'infection constitutionnelle.

« Je soutiens qu'il n'y a pas d'observations authentiques d'ulcères qui, détruits avant les cinq premiers jours qui suivent un coït infectant, aient donné lieu ensuite à des symptômes constitutionnels. »

« Pour nous, disait Mosny, un élève de Ricord, nous

affirmons que la cautérisation telle que nous la pratiquons préserve toujours de l'infection générale » (1).

Mais les discussions de cette époque ne peuvent plus avoir aucune portée ; la distinction des deux espèces de chancres n'était pas faite, et les préceptes de thérapeutique abortive émis par Ricord s'appliquaient indistinctement au chancre simple et au chancre infectant. Il est même certain que le plus souvent les chancres détruits étaient des chancres simples, puisque la condition nécessaire était de les cautériser dans les quatre ou cinq jours qui suivaient le coït infectant. C'est ce que faisait observer Rollet (2), un peu plus tard, alors que la doctrine de la dualité commençait à s'imposer ; et tandis qu'il acceptait et préconisait la cautérisation destructive du chancre simple, il regardait la même pratique appliquée au « chancre qui s'indure » comme inutile et contre-indiquée.

Diday professait la même opinion, et, rendant compte de ses propres expériences, il disait : « Le chancre est tout récent ; le malade n'en a reconnu l'existence que depuis un ou trois jours, il est tout petit : 2 ou 6 millimètres de diamètre seulement. Enfin, il n'est point induré ; on le cautérise ; la cicatrice se fait à peu près comme à l'ordinaire. Seulement, avant qu'elle ne soit achevée ou à peine terminée elle est envahie par l'induration. Plus tard, souvent une excoriation superficielle l'entoure. Enfin, les phénomènes habituels de la vérole constitutionnelle se déclarent au même terme et avec les mêmes caractères que si l'on n'avait pas cautérisé » (3).

(1) Mosny. Th. Paris, 1848.

(2) Rollet. Destruction des chancres infectants à toutes leurs périodes, par une cautérisation de deux heures avec la pâte de chlorure de zinc. Gaz. méd. Lyon, 1857, p. 451.

(3) Diday. Insuffis. de la destruction de l'ulcère primitif infectant, comme moyen de prévenir la syphilis. Gaz. méd. Lyon, 1858, p. 33 et 78.

Lorsque Ricord eut adopté et professé la théorie dualiste, il persista à regarder le chancre naissant comme une lésion locale, qu'il faut détruire au plus vite pour prévenir l'infection, soit par la cautérisation, soit par l'incision. Mais il existait encore un certain degré de confusion dans ses observations; car il parle des chancres cautérisés du premier au quatrième jour de la contagion.

Les mêmes remarques doivent s'appliquer aux assertions de Sigmund (1) qui n'aurait jamais observé d'accidents lorsque le chancre avait été complètement détruit dans les quatre premiers jours; en effet, pour que ce résultat soit observé, il faut que ce chancre ne se soit pas encore induré; car, « l'induration primitive ou la papule ne se montre qu'à une période où l'organisme est déjà infecté. Humphry a plus expressément recommandé l'excision, sans assurer qu'on empêchera toujours les accidents secondaires; mais, émettant une hypothèse qu'adoptèrent plus tard les partisans de l'excision du chancre, il dit que s'ils se produisent, ils seront très bénins (2).

Vers la même époque, Hüter soutint, devant la Société médicale de Berlin, l'utilité de l'excision du chancre induré (3).

Mais les cas qu'il cite ont été suivis pendant un laps de temps trop court pour être démonstratifs. On combattit ses assertions et on lui opposa des faits contradictoires.

Peu à peu, à mesure qu'on étudie mieux l'évolution de la syphilis, qu'on détermine la durée de l'incubation du chancre qui, pour Cazenave, ne paraît être que « la première expression phénoménique de l'infection, » l'enthousiasme des partisans de l'excision abortive diminue;

(1) Sigmund. Du traitement du chancre. Union médicale, 1855, p. 304.

(2) Humphry. The address in Surgery medic. tenun, 1864.

(3) Hüter. Berliner klinische Wochenschr., 1867.

la méthode est condamnée par les savants les plus autorisés.

Billroth la repousse d'une façon absolue. « Dans l'inoculation d'un sujet avec le produit de sécrétion d'un vieux chancre syphilitique tout l'organisme est aussitôt infecté. »

Ma propre expérience, dit Niemeyer, n'est pas favorable à la méthode abortive (cautérisation à la pâte de Vienne) que j'ai souvent employée.

M. Puche, pendant son long séjour à l'hôpital du Midi, avait longtemps pratiqué l'excision du chancre sans rien obtenir.

Enfin, l'élève le plus éminent de Ricord, M. le Prof. Fournier, dans ses leçons sur la syphilis chez la femme, condamne, sans restriction, la doctrine de la suppression du chancre. « Cette doctrine de Ricord était des plus consolantes ; elle offrait une ressource inestimable contre les conséquences d'une redoutable contagion. Malheureusement elle a été condamnée par l'expérience d'une façon complète, absolue.... La cautérisation, la destruction du chancre, en tant que méthode préventive abortive de la vérole, est purement illusoire ; supprimer le chancre, n'est pas supprimer la diathèse. »

En somme, la question du traitement abortif du chancre paraissait être résolue négativement. On connaissait la longue incubation de l'ulcère primitif : on l'expliquait en disant que l'infection commencée le jour de l'inoculation mettait un certain temps à devenir générale, à saturer l'économie ; le chancre apparaissait alors comme première expression de cette infection désormais consommée ; et la preuve, ainsi que l'avait montré Ricord lui même, c'est que ce chancre n'est plus inoculable au porteur. On cite bien quelques exceptions, mais tellement rares qu'elles n'ont aucune valeur. Jullien, dans son excellent Traité des Maladies vénériennes, ré-

sumait ainsi l'opinion généralement acceptée : « Quand le chancre a paru, toute tentative d'avortion doit être condamnée, ce n'est pas qu'on ne puisse arriver dans quelques cas à supprimer l'ulcère au prix d'une perte de substance plus ou moins considérable, mais la vérole n'en existe pas moins (1) »..... Un travail d'Auspitz et Unna, publié en 1877 et qui eut le plus grand retentissement, a tout remis en question (2).

Pour ces auteurs, la théorie de l'infection immédiate se produisant pendant la période d'incubation du chancre n'est pas exacte. S'il en était ainsi, si le chancre était la première manifestation d'une infection générale, le premier des accidents secondaires, on ne s'expliquerait pas pourquoi il se produit toujours au point contaminé, là où le virus a été mis en contact avec les téguments. « De plus, il faudrait donc admettre que le poison traverse une première fois tout le système lymphatique sans y amener de modifications apparentes, puis produit une sclérose au niveau du point contaminé, et c'est seulement après l'apparition de cette sclérose que se montrerait l'adénopathie symptomatique d'un deuxième passage du virus dans le système lymphatique. »

Pour eux, comme l'avait dit Sigmund, il est fort probable que le virus syphilitique reste pendant un certain temps localisé au point d'inoculation ou d'origine : il y demeurerait à l'état inactif, en apparence du moins, pendant plusieurs jours ; « inséré dans un point de la peau, il resterait là un certain temps sans autre action que de modifier de proche en proche les cellules qui sont en relation de voisinage avec lui et de les préparer

(1) Jullien. On the results obtained from the excision of the primary syp. sore.

(2) Auspitz et Unna. Vierteljahreschrift für Dermatologie und Syphilis, 1877.

lentement à l'hyperplasie qui constitue bientôt le chancre » (Cornil). Celui-ci constitue alors le véritable foyer virulent d'où l'infection se diffuse peu à peu dans l'organisme.

Pour Auspitz et Unna, le virus se répandrait dans l'économie surtout par l'intermédiaire des vaisseaux sanguins qui deviennent, au niveau du chancre, le siège de lésions spéciales (endophlébite, endartérite, etc.).

Toutefois, la plupart des auteurs pensent que cet envahissement du virus se fait par les lymphatiques. On sait, en effet, qu'après l'apparition du chancre, il se produit toujours une adénopathie qui paraît indiquer la voie suivie par le virus : « Un ganglion se tuméfie, puis plusieurs, et ces glandes arrêtent, pendant un certain temps, comme on le sait, la diffusion, la généralisation des produits morbides et des humeurs » (Cornil).

Guidés par cette théorie de l'infection secondaire le l'organisme par le foyer chancreux, Auspitz et Unna, continuant les tentatives de Hüter, excisèrent un certain nombre de chancres infectants, diagnostiqués cliniquement, puis soumis à l'examen histologique.

Les observations publiées dans leur travail sont au nombre de 33. Sur ce nombre, 9 malades présentèrent manifestement des accidents secondaires; 6 sont considérés comme douteux par les auteurs; deux d'entre eux au moins, comme le fait remarquer Leloir, peuvent être regardés comme ayant eu des accidents secondaires; un des malades avait la roséole au moment de l'excision; un autre l'eut huit jours après; 4 enfin, furent perdus de vue trop tôt pour que l'observation fût concluante. Chez les 14 autres, les phénomènes généraux auraient manqué. Ce serait donc une assez forte proportion de cas favorables : mais toutes ces observations sont loin d'être probantes, dit Leloir, qui en a fait une critique détaillée et sévère. « Il n'en est même pas qui soient absolument

convaincantes » (1). Pourtant, si on admet qu'il n'y ait pas eu erreur de diagnostic, quelques-uns des malades ont été régulièrement suivis pendant 4, 5, 6 mois et plus, et Diday considère que 4 de ces observations sont indiscutables. Du reste, au point où en est la question, le nombre des cas favorables n'a qu'une importance secondaire, et au contraire, 1 ou 2 observations parfaitement démonstratives, prouvant la possibilité d'empêcher l'évolution de la syphilis par l'excision chancreuse, auraient une valeur énorme, tant au point de vue doctrinal qu'au point de vue pratique.

Auspitz et Unna n'hésitent pas à conclure que l'excision du chancre empêchera très souvent le développement des accidents constitutionnels, et que, en tous cas, elle diminue l'intensité des phénomènes généraux, ce qui est plus difficile à soutenir, beaucoup de syphilis étant d'elles-mêmes extrêmement bénignes.

Si nous continuons l'enquête, nous trouvons 8 observations de Kölliker (1), prises dans le service de Rinecker, à Würzburg. De ces 8 excisés, 5 ont eu des accidents secondaires à l'époque habituelle.

Les 3 autres, tenus en observation, 2 pendant quatre mois, le troisième pendant neuf mois, n'ont rien eu.

Pospelow a excisé 3 chancres. 2 des malades suivis pendant 6 mois n'eurent aucun signe d'infection générale; le troisième, opéré trop tard, présenta des accidents secondaires.

Rydgier a rapporté 3 succès, et Folinea, de Florence, 8 sur 19 excisions.

Chadzinski sur 30 observations aurait obtenu 7 succès,

(1) U. Leloir. De la destruction du chancre comme moyen abortif de la syph. *Revue gén. Ann. de dermat. et de syph.*, 1881, p. 69.

(2) Kölliker. *Über die excision der syphilitischen initial sclerose. Centralblatt für chirurgie*, 1878.

16 insuccès et 7 résultats douteux; pour lui aussi, les symptômes généraux sont atténués lorsqu'ils se produisent.

Il adopte en somme les conclusions d'Auspitz et Unna, de Hüter, etc.; et dit que tout ulcère vénérien doit être excisé, ou si son siège ne le permet pas, détruit au thermo-cautère.

Spillmann, de Nancy, rapporte 8 observations d'excision du chancre qu'il a pratiquées en s'entourant de minutieuses précautions pour ne commettre aucune erreur. Il a pratiqué la confrontation chaque fois qu'elle a été possible et l'auto-inoculation, qui est restée toujours négative; enfin il a ajouté à tout cela l'examen histologique (1).

Deux excisions pratiquées, l'une après 12 jours d'apparition du chancre, l'autre après 10 jours, n'ont été suivies d'aucun accident secondaire. Les malades ont été tenus en observation pendant un an. « Dans une deuxième série d'excisions, qui comprend 4 cas, l'insuccès de la méthode a été complet. Nous aurions pu nous y attendre jusqu'à un certain point, puisque chez tous nos malades nous avons constaté l'adénopathie spécifique. On pourrait conclure de là que l'excision, pour avoir quelque chance de succès, ne doit être pratiquée que quand le système lymphatique semble relativement indemne. Il est à noter également, que chez 3 de nos malades, la cicatrice s'est rapidement indurée. Ce phénomène, quand il se produit, pourrait donc être considéré comme un caractère à peu près certain d'insuccès. » Dans ces 4 cas la syphilis a évolué d'une façon bénigne.

Enfin deux autres excisions furent faites, l'une sur une jeune femme presque aussitôt après l'apparition de deux

(1) Spillmann. Contrib. à l'étude de la destruct. du chancre comme moyen abortif de la syph. Ann. dermat. et syph., 1882, p. 159.

petits accidents primitifs, l'autre sur un jeune homme de 22 ans, 9 jours après l'apparition du chancre. Chez ces deux malades, il se développa néanmoins une syphilis intense avec retentissement sur l'état général.

Spillmann n'ose pas tirer une conclusion affirmative de ses deux premières observations. « Même dans les cas où l'excision semble être suivie de succès, on n'est pas en droit d'affirmer que l'opération a eu une influence abortive certaine; on a, en effet, observé des cas où des chancres, d'apparence manifestement infectante, n'ont pas été suivis de phénomènes secondaires. » En tous cas, l'excision n'a aucune influence atténuante sur les accidents secondaires lorsqu'ils se produisent.

Depuis 1877, von Rienecker et Bumm (1) ont aussi fait des recherches sur le même sujet. Chez certains malades ils ne se sont pas contentés d'exciser le chancre, ils ont aussi enlevé les ganglions.

Une excision fut pratiquée sur une jeune fille de 17 ans, atteinte « d'une sclérose très nette, de l'étendue d'une fève, à surface vernissée. » Pendant 14 mois, la malade est tenue en observation et n'a pas d'accidents secondaires. Pour être sûr du résultat obtenu, von Rienecker inocule alors à cette jeune fille, — après consentement de sa part, — du pus de chancre induré. Le onzième jour de l'inoculation, on aperçut les premiers signes d'un chancre qui atteignit bientôt 15^{cm} de diamètre et présenta plus d'un mois après, les caractères du chancre induré avec adénopathie crurale. Une seconde inoculation avait été faite chez cette même malade, 23 jours après la première sur la cuisse de l'autre côté. Au dix-neuvième jour on vit une légère infiltration avec adénopathie; au quarante-sixième on constata une érosion légèrement papuleuse.

Bientôt survinrent les accidents secondaires.

(1) Rienecker et Bumm. Extirpation du chancre et des gangl. syph. Ann. de dermat. et de syph., 1882, p. 741.

Dans 3 autres cas où le chancre était unique, nettement limité, très induré, se prêtant facilement à l'ablation, il n'y eût aucun accident secondaire.

Une série d'autres tentatives fut suivie de syphilis constitutionnelle. L'extirpation simultanée du chancre et des ganglions a été faite sur 7 malades; 2 seulement n'ont pas présenté de symptômes généraux, et encore, fait remarquer Spillmann, « en relisant attentivement ces observations, on voit que le premier malade avait été atteint, cinq ans auparavant, d'un chancre qui avait duré plusieurs semaines, ce qui prête évidemment à réflexion ».

Pour le second malade qui est une femme, atteinte d'uréthrite et de vaginite, Spillmann se demande s'il n'y aurait pas eu une erreur de diagnostic; cependant, d'après la description de l'auteur, l'existence de 2 chancres infectants ne paraît pas douteuse.

Bumm rapporte dans ce même mémoire l'observation d'un malade se trouvant en pleine période secondaire, et chez lequel on fit néanmoins l'ablation de la sclérose primitive et des ganglions, dans le but de prévenir les accidents ultérieurs. Cet homme, dit l'observation, était forcé par les circonstances de se marier au bout de 6 mois, il fut opéré, et de plus soumis à un traitement interne énergique, se maria en effet, et eut un enfant 2 ans après le début de sa syphilis. Ni lui, ni la mère, ni l'enfant n'ont plus éprouvé d'accidents.

C'est pousser loin la théorie de l'infection par le chancre et les ganglions.

Julien, dont l'opinion était tout d'abord contraire à la méthode abortive, fit cependant en 1880 six excisions, dont il a rendu compte à l'« International Medical Congress, London, 1881 »; et les résultats obtenus ont « quelque peu modifié sa manière de voir ».

Sur les 6 malades opérés, 5 ont été complètement suivis : un seul est resté exempt de toute manifestation

syphilitique ultérieure ; au moment de la communication, neuf mois s'étaient écoulés, et aucun accident secondaire ne s'était montré. Le chancre opéré était petit, manifestement syphilitique ; il fut excisé au dix-neuvième jour. M. Besnier vit le malade avant l'excision et examina la pièce après ablation : il affirma la nature syphilitique du chancre. Des 4 autres cas, 2 furent opérés au vingtième et au quinzième jour ; l'excision fut suivie d'accidents syphilitiques. Les syphilides furent minimales et les autres symptômes furent nuls ou du caractère le plus bénin. Ces deux faits diffèrent à peine des cas ordinaires ; rien ne prouve que la syphilis fût modifiée.

Il n'en fut pas de même pour les deux autres cas, qui présentèrent un minimum d'infection : les accidents se bornèrent à un peu de céphalalgie, quelques papules sur l'abdomen, quelques taches herpétiformes sur la verge ; au 103^e jour, il y avait un peu de céphalalgie, une petite adénopathie cervicale, et aucun autre symptôme jusqu'au 205^e jour.

Jullien pense que l'excision produit une modification dans l'évolution de la syphilis, qui est ainsi tellement atténuée que les sujets peuvent être considérés seulement comme vaccinés. Les conclusions de l'auteur sont donc favorables à la méthode :

« L'excision du chancre ne cause aucun désordre local et hâte la disparition de l'ulcération ;

« Dans certaines circonstances encore indéterminées, elle supprime toute manifestation syphilitique ;

« Dans d'autres, l'opération diminue à un tel degré les effets du virus, qu'elle semble donner au malade le bénéfice d'une réelle vaccination. »

Tel est le résumé des principaux travaux qui paraissent favorables à la méthode de l'excision du chancre, employée comme traitement abortif de la maladie.

Mais d'autres auteurs ont rapporté des faits contradictoires ; l'excision ne leur a donné que des insuccès.

Nous ne devons tenir compte que des faits où la destruction du chancre a été opérée au moyen de l'exérèse, et non par la cautérisation, car on regarde celle-ci comme insuffisamment destructive.

Meyer, Ulrich (1), ont enlevé des chancre indurés du prépuce sans empêcher l'évolution de la syphilis.

Lewin condamne énergiquement le procédé de Hüter : l'accident primitif n'est pas une manifestation locale, il dépend de l'infection générale. Il rapporte deux cas, dont l'un surtout était particulièrement favorable à la pratique de l'excision ; chez les deux malades les accidents consécutifs témoignèrent de l'inutilité de l'opération.

Caspary n'a eu que des insuccès ; Klink (2), dans un mémoire sur l'excision du chancre induré, relate 5 observations personnelles dans lesquelles la destruction par excision du chancre ne fut pas moins inutile que dans les cas précédents. « Il croit que les succès indiqués par plusieurs auteurs se rapportent à des chancres mous, pris pour des chancres syphilitiques. » (An. Spillmann.)

Zeissl (3) ne s'élève pas moins contre la pratique de l'excision du chancre. Il n'admet pas non plus que l'infection se fasse pendant la seconde incubation, après la production du chancre qui en serait le lieu d'élaboration ; il considère, au contraire, la sclérose initiale comme la première manifestation de cette infection

(1) Meyer, Ulrich. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1867.

(2) Klink. *Excision of chancre*. *Medycyna*, 1879 (Varsovie), et *Jahresbericht de Virchow*. vol. II, p. 531. In *Ann. Derm. et syph.*, 1881.

(3) Zeissl. *Über die excision der syphilitischen initial sclerose*. *Wien med. Presse*, 1880 ; *Gaz. hebdomadaire*, 1880, p. 572 ; *Ann. derm. et syph.*, 1881.

générale. A l'appui de cette opinion, il rapporte 5 observations dans lesquelles l'excision n'a nullement empêché l'éclosion des manifestations secondaires.

M. Mauriac (1) a publié sur l'excision du chancre un mémoire dans lequel il rapporte 7 observations d'exérèse faite à une période plus ou moins rapprochée de l'apparition de cet accident. Dans l'un des cas, le chancre ne datait que de 50 heures. Tous les malades eurent néanmoins des accidents consécutifs.

Un peu plus tard, M. Mauriac a eu occasion de pratiquer encore une fois cette opération dans des conditions exceptionnellement favorables. Il s'agissait d'un étudiant atteint de « deux petites érosions de la muqueuse préputiale de la grosseur d'une tête d'épingle. » Le malade affirmait que c'était des chancres syphilitiques parce que la dernière femme avec laquelle il s'était exposé était syphilitique. M. Mauriac, en raison de ses insuccès antérieurs, ne proposa l'excision qu'avec « timidité » ; mais comme elle fut acceptée, il la pratiqua largement.

Le 63^e jour après l'apparition des chancres, 5 ou 6 plaques d'induration non érosives se produisirent dans ce sillon balano-préputial.

Le 71^e jour, M. Mauriac constata que l'une des cicatrices présentait un peu d'induration ; en arrière de la couronne du gland existait 4 ou 5 plaques occupant toute l'épaisseur de la muqueuse, présentant la consistance du néoplasme primitif. Elles ressemblaient à des chancres syphilitiques cicatrisés depuis quelques jours. Rien sur la surface cutanée ; 3 ou 4 plaques muqueuses opalines très nettes sur les piliers du voile.

Au 93^e jour : les indurations balano-préputiales avaient tout à fait disparu ; il y avait encore quelques plaques

(1) Mauriac. De l'excision du chancre syph. Ann. de dermat. et syph., 1881, p. 377 ; Gaz. hôp., 1877.

De Beurmann.

sur les amygdales et toujours aucune manifestation cutanée.

La santé générale resta excellente.

La syphilis fut donc dans ce cas remarquablement bénigne, et l'auteur pense que ce résultat est dû en partie à l'excision qui « non seulement a retardé l'apparition des accidents, mais les a circonscrits, les a empêchés de se généraliser. »

M. Gibier (1) a présenté à la Société clinique deux observations d'excision de chancre syphilitiques, pratiquée à l'hôpital du Midi dans le service de M. Horteloup.

Dans la première, le chancre a été enlevé 48 heures après son début, avant l'apparition de l'adénopathie et de l'induration. Le second chancre fut excisé 7 jours après son début, avant l'apparition de l'adénopathie inguinale.

Dans ces deux cas les accidents secondaires se développèrent néanmoins.

Tomaszewsky (1) a pratiqué 50 fois l'excision du chancre sans avoir jamais obtenu de résultat préventif. Aussi conclut-il que l'excision du chancre, à quelque moment qu'elle soit pratiquée, ne préserve pas des accidents secondaires : elle n'exerce aucune influence sur la marche de la maladie ; il n'y a aucune différence entre les malades opérés et les malades non opérés au point de vue du volume et de la durée de l'adénite, du degré de gravité des accidents ultérieurs.

Enfin un dernier fait d'une extrême importance est celui qui a été rapporté par Rasori (2). Un homme de

(1) Gibier. Deux excisions de chancre syphil. Ann. de dermat. et syph., 1881, p. 561.

(2) Tomaszewsky. Excision of primary syphil. induration. Med. Times, 1882, t. II, p. 388.

(3) Rasori. Excissione di un ulcero duro alla 12 a. Ora della sua apparizione. Arch. of dermat., 1882, p. 276 ; Ann. dermat. et syph., 1883, p. 243.

28 ans, ami de ce médecin, deux jours après avoir eu commerce avec une femme, s'assure que cette femme est syphilitique : elle est couverte de plaques muqueuses.

Après vingt-sept jours de surveillance attentive, de lavages antiseptiques de toutes sortes, etc., il vit apparaître sur le feuillet interne du prépuce une tache rouge, « petite papule grosse comme un grain de chanvre, d'un rouge violet. » Il vint aussitôt trouver Rasori et lui demanda l'excision immédiate. Rasori, d'un coup de ciseau, enleva toute la partie suspecte. La cicatrisation laissa un nodule induré ovalaire, et au quarante-huitième jour de l'excision, le malade présentait des plaques muqueuses de la gorge et une roséole caractéristique sur le thorax.

Jullien, dans l'analyse de cette observation, paraît croire que l'insuccès est dû à ce que l'opération n'a pas été pratiquée assez largement, assez *chirurgicalement*; il insinue « que les choses auraient peut-être marché différemment s'il avait moins épargné la peau de son ami. »

C'est là une objection facile à faire et qu'on peut opposer évidemment à tous les cas défavorables; mais elle ne nous paraît en rien diminuer l'importance capitale de l'observation du médecin italien : le chancre a été surpris à sa naissance et aussitôt séparé de l'organisme; ce n'est donc pas lui qui a pu être le foyer d'infection générale. Ce fait a la valeur d'une véritable expérimentation; on a eu sous les yeux le virus qui a servi à l'inoculation; la surveillance a été de tous les instants; la suppression du prétendu foyer d'élaboration du virus a été immédiate; rien n'a manqué pour que la démonstration fût complète.

Sommes-nous donc en mesure de tirer de tous les documents de l'instruction une conclusion certaine; la question est-elle définitivement jugée? Évidemment non. Quelques-uns des derniers cas cités, celui de Rasori notamment, sont, on peut le dire, accablants pour la mé-

thode de l'excision préventive ; mais on peut toujours soutenir que les faits négatifs n'infirmement pas la valeur des faits positifs, bien que dans l'espèce les faits positifs n'aient qu'une valeur relative. Est-on jamais absolument certain, en présence d'une lésion récente ressemblant à un chancre, de ne pas commettre une erreur de diagnostic ? Et ne voit-on pas que des erreurs de ce genre ont été certainement commises, quand on compare les résultats obtenus par différents opérateurs également consciencieux : les uns affirmant 14 succès sur 33 excisions ; d'autres 50 insuccès sur 50 opérations ?

Cependant quelques cas favorables paraissent incontestés. Diday, rallié par persuasion à la médication destructive du chancre dont il avait autrefois démontré l'inanité, lorsqu'on la pratiquait au moyen des cautérisations, Diday a fait le dénombrement des faits qu'il regarde comme probants. Il y en a 23 ; c'est peu relativement au nombre des opérés ; néanmoins, c'est quelque chose ; c'est un espoir qu'il appartient à l'avenir de détruire ou de confirmer.

D'autre part, l'excision du chancre syphilitique, quand elle n'empêche pas toute infection, ne peut-elle pas au moins atténuer les conséquences de cette infection ? Ce serait encore un traitement abortif, si la destruction de l'accident primitif empêchait le développement des accidents généralisés, des phénomènes généraux, — et surtout des manifestations viscérales. — Notre incertitude est encore plus grande à l'égard de cette question : Peut-on prévoir comment se comportera dans plusieurs années telle syphilis dont la période secondaire aura été tout à fait bénigne ou même tellement insignifiante qu'elle aura passé inaperçue. Nous ne savons que trop combien les syphilitiques, guéris en apparence, restent exposés à des manifestations tertiaires, tardives et redoutables.

La question n'est donc pas encore jugée pratiquement. Il n'y a pas lieu d'être enthousiaste de l'éradication, mais elle n'a pas d'inconvénients sérieux, et elle mérite d'être tentée, même en supposant que la réussite soit exceptionnelle.

On a cherché à résoudre le problème par un autre procédé. Nous avons dit, en commençant, que si le chancre induré est la première expression d'une infection déjà généralisée, il n'y a qu'à renoncer à l'excision. Peut-on démontrer qu'il en est autrement? M. E. Pontoppidan (1), de Copenhague, a essayé de le faire de la manière suivante : L'inoculation d'une induration à un individu non syphilitique donne une induration ; la même inoculation faite sur un individu atteint de syphilis constitutionnelle reste négative. L'inoculation au sujet qui en est porteur donne aussi un résultat négatif ; donc cet individu est également infecté de syphilis constitutionnelle. Mais l'auto-inoculation est-elle toujours négative? Quand elle est faite de très-bonne heure, ne peut-elle pas donner lieu à un nouveau chancre induré et démontrer ainsi que l'infection n'était pas encore généralisée quand le premier chancre a paru?

C'est précisément ce qui est arrivé dans quelques cas. Wallace, Puche, Boeck, Bidentkap et Bümann ont publié des cas isolés où l'auto-inoculation d'un chancre syphilitique a donné un résultat positif. M. Pontoppidan avait vu dans un grand nombre de cas, les traces d'inoculation, faites dans un but diagnostique, disparaître d'abord puis reparaître au bout de quelques semaines pour former des papules rouges à bases indurées. Il vient encore de publier 5 cas, dans lesquels l'inoculation faite au moment même de l'apparition du chancre initial donna, au bout de deux ou trois semaines, naissance à des papules rouges

(1) Ann. de dermat. et syph., 25 avril 1885.

qui s'indurèrent peu à peu à leur base et n'entrèrent en résolution que quand la syphilis constitutionnelle se manifesta par des signes évidents.

La longueur de l'incubation des lésions inoculées exclut complètement l'idée du chancre simple; leur apparition isolée, bien avant la roséole et la plaque muqueuse, exclut celle de manifestations secondaires légitimes. Il faudrait donc admettre que ce sont bien des chancres infectants qui ont pu être inoculés parce que la partie où la piqure a été faite, n'était pas encore infectée à cette époque; qu'ils sont entrés en résolution le jour où l'infection se développant a envahi le point où ils se trouvaient et leur a dérobé le terrain, pour ainsi dire.

Ce raisonnement ingénieux et ces recherches instructives seraient comme on le voit favorables à l'éradication. Mais suivant la remarque de M. T. Barthélemy (1), elles ne prouvent qu'une chose, c'est que la vérole se conduit dans l'organisme comme la vaccine. « Raynaud et Chauveau ont montré depuis longtemps qu'on pouvait faire trois séries d'inoculations vaccinales positives avant que l'immunité constitutionnelle ait eu le temps de se réaliser. Mais il n'en reste pas moins acquis que la première inoculation suffit pour assurer cette immunité et que, en dépit de la destruction même précoce de la première pustule d'inoculation, l'immunité a lieu. Elle est fatale pour ainsi dire et se produit même lorsqu'a été abolie de bonne heure la lésion vaccinale qui en a pourtant été la cause première. »

Encore une fois, la question n'est pas résolue. Pour qu'elle le fût au point de vue expérimental, il faudrait connaître l'agent pathogène de la syphilis. Malgré les nombreux travaux qui ont été faits, malgré les résultats

(1) T. Barthélemy. Sur les auto-inoculations de chancre syphil. Annales de dermat. et syph., 25 avril 1885.

si intéressants obtenus par Lustgarten (1), il n'est pas encore suffisamment démontré. Il faudrait surtout trouver l'animal réactif, grâce auquel l'expérimentation pourrait être poursuivie dans les conditions de rigueur et de nombre nécessaires pour être valables. Bien des recherches ont été faites en ce sens; elles n'ont pas encore abouti malgré les résultats intéressants, obtenus par MM. Martineau et Hammonic, Klebs, Cognard (de Lyon), etc.

Nous sommes donc obligés de nous en tenir aux conclusions incomplètes où nous a conduit l'examen des documents cliniques pour juger la valeur de l'éradication abortive.

Nous avons consacré trop de temps à l'étude de cette question, pour qu'il nous soit possible de parler longuement du traitement de la syphilis constitutionnelle. Et d'ailleurs depuis quatre siècles, tout a été dit sur la valeur du mercure dans les accidents secondaires. Celle de l'iodure de potassium dans certains accidents tertiaires est encore moins contestée bien que ce médicament soit d'origine beaucoup plus récente.

Mercur. — Le mercure agit d'une manière évidente sur toutes les manifestations présentes de la syphilis; on peut dire que cela est incontestable. M. le Prof. Fournier, comparant la durée d'un accident quelconque abandonné à lui-même ou traité par le mercure, se prononce sans aucune réserve pour le mercure. « Inutile, ajoute-t-il, de vous mettre sous les yeux toutes les pièces à conviction de ce procès, car j'ai presque honte d'occuper votre temps à vous parler de choses tant de fois discutées et tant de fois bien jugées. »

(1) Wiener med. Jahrb., 1885, et Wiener Gas. d. Aertze, mars 1885.

Le mercure n'agit pas seulement contre les lésions de la syphilis, il s'attaque à leur cause. Il est, comme le disait déjà Fernel (1), l'antidote de cette maladie. Toutes les raisons qu'on peut invoquer en faveur de cette opinion sont réunies et présentées de la manière la plus convaincante par M. Hallopeau dans un chapitre de sa thèse sur le mercure (2). Mais est-ce un médicament abortif? Oui, si l'on envisage seulement son action sur les manifestations présentes de la syphilis, qu'il fait le plus souvent disparaître avec une merveilleuse rapidité; oui et non, si l'on considère son action sur la totalité de la maladie dont il n'évite pas d'une manière certaine les accidents ultérieurs.

Nous retrouvons ici la question du rôle du chancre initial dans l'infection syphilitique. S'il est comme on l'a dit une sorte de laboratoire où se fabriquent de nouvelles quantités de virus, destinées à compléter l'infection commencée, le traitement doit être institué immédiatement. S'il en est autrement, on peut le différer jusqu'à l'apparition des accidents secondaires, ce qui a l'avantage d'assurer le diagnostic et d'épargner au malade une médication superflue. On a même été plus loin et l'on a dit que la syphilis, guérissant spontanément dans ses formes légères le traitement spécifique est inutile quand il n'y a pas de manifestations inquiétantes. C'est refuser au mercure toute action préventive sur les accidents ultérieurs et par conséquent toute valeur comme médicament abortif. Les défenseurs les plus autorisés de cette doctrine sont MM. Diday, Zeissl, Sigmund, Lancereaux et Jullien.

Mais l'école de Paris est en grande majorité favorable à l'administration précoce et prolongée du mercure, même en dehors des accidents, parce qu'elle croit que

(1) Fernel. Le meilleur trait. du mal vénérien, trad. L. Le Pileur. Paris, 1878.

(2) Hallopeau. Thèse agrég., 1878.

le traitement antisyphilitique ainsi appliqué donne seul des chances sérieuses d'éviter les dangers de la période tertiaire.

Dans la grande majorité des cas, dit M. E. Besnier, « la syphilis cède à un traitement suffisamment énergique et prolongé, au point de ne pas donner d'accidents sérieux ou même pas d'accidents du tout. » Il fait remarquer que la plupart des faits de syphilis grave s'observent chez des sujets qui ignorent leur maladie et par conséquent ne l'ont jamais traitée, et il conclut en disant : « Donc je n'hésite pas à affirmer que c'est un devoir inéluctable pour le médecin de traiter ses malades avec le plus grand soin et longtemps, alors même que les débuts seraient très légers. » M. le Prof. Fournier va encore plus loin. Il donne le mercure surtout en prévision de l'avenir; s'il ne supprime pas les poussées ultérieures, il les atténue « comme fréquence de retour et comme intensité ou gravité des manifestations. » Il se croit autorisé à écrire que : « Réserves faites pour quelques cas exceptionnels qui déjouent les efforts de la thérapeutique, on peut dire que les syphilis traitées, j'entends traitées avec méthode, énergie et persévérance, n'ont pas de période tertiaire. » Enfin, dans son livre intitulé : « Syphilis et mariage », il dit que le médecin doit exiger du syphilitique qui veut se marier un certain nombre de garanties nécessaires, dont la plus sérieuse est un traitement spécifique suffisant.

Rollet est du même avis : « Dans la majorité des cas, 95 fois sur 100, d'après les praticiens les plus exercés et les plus répandus, la syphilis ainsi traitée est extrêmement bénigne. »

Le mercure aurait donc une action véritablement abortive sur la syphilis. D'autres auteurs, il est vrai, ne veulent pas se prononcer d'une manière formelle. D'après M. Mauriac, l'action préventive des médicaments spécifi-

ques est très inférieure à leur action curative, si tant est qu'elle existe, ce qui est probable mais difficile à démontrer d'une manière positive; toujours est-il qu'elle est fort incomplète. » Hutchinson croit que la syphilis est rendue un peu plus bénigne par le traitement hydrargyrique, mais ce n'est qu'une impression, et « quant à la fréquence relative des accidents tertiaires, il est prématuré d'en parler. »

On a invoqué d'autres faits en faveur de l'action préventive et par conséquent abortive du mercure. Il est héroïque contre la syphilis héréditaire; les femmes enceintes, traitées par des frictions mercurielles, accouchent le plus souvent à terme, même quand la grossesse est survenue en pleine période secondaire. On sait qu'il en est tout autrement quand on ne fait pas de traitement ou qu'on ne donne que l'iodure de potassium (Weber, Parrot) (1).

Un homme qui n'a pas eu de manifestation syphilitique depuis de longues années a des enfants syphilitiques, il suit le traitement mercuriel, et les enfants qu'il procrée ensuite sont indemnes.

L'action du mercure sur la syphilis infantile héréditaire est merveilleuse; il paraît en débarrasser à jamais les enfants qui en naissent infectés. L'enfant pourrait même échapper à la syphilis congénitale, lorsque la mère a suivi un traitement énergique.

Enfin, on sait que les mineurs d'Idria et d'Almaden jouissent d'une sorte d'immunité contre la syphilis (2), et les médecins qui ont observé les ouvriers des fabriques où l'on emploie le mercure affirment que « les sujets qui ont des accidents hydrargyriques sont très rarement atteints de cette maladie ».

(1) Hallopeau. Loc. cit., p. 203.

(2) Th. Roussel. Lettre méd. sur l'Espagne. Un. méd., 1848-49. Vicenti de Arevaca. Bolet. de medicina. Madrid.

« L'action du mercure sur la syphilis latente est donc évidente et elle irait jusqu'à créer un milieu défavorable à l'implantation du virus syphilitique. On ne peut donc nier que ce médicament s'attaque au mal lui-même. S'il ne le supprime pas d'emblée, s'il laisse la porte ouverte à des complications possibles, il les évite dans la majorité des cas. « Chez les syphilitiques traités, les accidents sérieux de la vérole sont chose rare, très rare. » Nous avons donc, peut-être, le droit de considérer le mercure comme un médicament abortif de la syphilis.

Le mot pourra paraître exagéré; tout dépend de la signification qu'on lui attribue. Nous pensons que lorsqu'on fait disparaître rapidement les manifestations successives d'une maladie infectieuse généralisée à marche chronique, quand on évite presque toujours le retour des accidents, quand on les rend beaucoup moins menaçants, quand, dans des milliers de cas, on réduit une maladie si redoutable à ses symptômes les plus légers, on fait de la vraie et de la bonne médication abortive.

Les syphilis spontanément bénignes existent. Elles indiquent pour ainsi dire ce que peut être la maladie, réduite à son minimum d'intensité. La thérapeutique ne peut avoir d'autre prétention que de ramener la maladie à ce qu'elle est dans ses formes, que l'on pourrait appeler abortives. C'est ce que fait le mercure dans l'immense majorité des cas, d'après les auteurs les plus compétents.

En tous cas, avouons qu'il serait difficile de mieux faire et que nous serions trop heureux de posséder contre les affections constitutionnelles du même ordre des moyens aussi puissants. Voilà pourquoi nous inclinons à considérer le mercure comme un médicament abortif de la syphilis.

Nous pourrions nous demander sous quelle forme cette action abortive du mercure est le plus marquée. C'est là

une question accessoire dans l'examen de laquelle nous ne pouvons entrer. Les partisans de tel ou tel procédé d'administration exclusif ont toujours été très portés à croire leur méthode supérieure aux autres et ils n'ont pas manqué de dire que plus que tout autre, elle évitait les récidives. Il est probable que le mercure n'est admis dans la circulation qu'après un certain nombre de combinaisons, qui l'amènent à la même forme chimique, quelle que soit la préparation ou le mode d'introduction employé. Mais il n'est pas prouvé qu'il en soit ainsi; et même dans cette hypothèse, la quantité employée, la forme choisie, la voie adoptée, ont probablement une certaine importance au point de vue du résultat obtenu.

Signalons seulement les effets particulièrement actifs des injections hypodermiques de sublimé, de peptonate de mercure (Bamberger), de peptone mercurique ammoniacal (Martineau), de bi-cyanure de mercure (Cullingworth, Mandelbaum, Guntz, Galezowski), de calomel (Scarenzio), qui réussiraient dans les cas les plus rebelles et éviteraient plus sûrement que tout autre moyen les accidents tardifs.

Il faudrait aussi des observations nouvelles pour confirmer les effets abortifs attribués par Weissflog aux injections de sublimé pratiquées avec persévérance contre le chancre et les ganglions dans le but d'arrêter l'évolution de la syphilis comme veut le faire l'éradication.

Iodure de potassium. — Nous n'avons parlé ni de l'iodure de potassium ni de la syphilisation.

L'iodure de potassium qui a une action manifeste contre les accidents tertiaires, surtout dans certaines conditions, ne saurait être malgré ses rapides et brillants effets considéré comme un abortif. Remarquons seulement que l'iode comme le mercure est un parasiticide puissant; c'est peut-être à ce titre qu'il agit dans la syphilis.

Syphilisation. — La syphilisation, telle que la faisait Auzias-Turenne, était surtout une méthode prophylactique; on sait qu'elle repose sur la confusion du chancre mou et de la syphilis; aussi n'a-t-elle plus grand intérêt. Elle a été préconisée plus récemment à Christiana comme une méthode curative capable de faire avorter la syphilis et d'empêcher les accidents tertiaires. Hjort, Boeck (1), A. Shell, se sont faits les promoteurs de cette méthode dont le peu de valeur semble avoir été démontré par Lane et Gascoyen et par Cewre qui a été assistant de Boeck.

Elle repose du reste sur un principe qui aurait lui-même grand besoin d'être démontré. C'est celui de la parenté plus ou moins éloignée du virus syphilitique et du virus chancreux. Le second ne serait qu'une forme atténuée du précédent.

En résumé, le traitement abortif de la syphilis par l'éradication du chancre ne paraît pas avoir donné de résultats démonstratifs dans un nombre de cas assez grand pour qu'on puisse se prononcer en sa faveur.

Cependant, en admettant qu'il y a des succès même très rares, il est légitime, nous dirons même, il est nécessaire de la pratiquer, surtout quand le chancre est diagnostiqué de bonne heure et quand sa situation rend facile une très large excision. L'ablation simultanée des ganglions dans les cas où ils sont déjà atteints, nous paraît également indiquée.

Si on ne confère pas par ces moyens une immunité complète au sujet opéré, il est probable que l'on obtient au moins une atténuation de la maladie, en diminuant la quantité de l'agent virulent qui entre dans la circulation.

(1) Boeck. C.-W. De la syphilisation appliquée aux enfants, trad. par Hagen. Paris, 1885. — De la syphilisation, état actuel et statist. Paris, 1860.

Les recherches bactériologiques ont démontré pour d'autres maladies que cette quantité peut avoir une grande influence sur la gravité de l'infection générale.

Le mercure doit être administré régulièrement dès le début de la syphilis. Il agit sur la maladie elle-même, il en fait disparaître les manifestations actuelles et dans la majorité des cas, en supprime les accidents ultérieurs. La médication mercurielle est donc abortive à peu près autant que peut l'être un traitement dirigé contre une maladie infectieuse généralisée à marche chronique. Les insuccès qu'on lui oppose ne prouvent rien contre sa vertu curative. Et si l'on nous dit que nous abusons ici du mot abortif, parce que le résultat n'est pas rapide, immédiat, certain, nous demanderons si ce n'est pas faire avorter une maladie que de la réduire dans l'immense majorité des cas à sa forme la plus légère?

L'agent infectieux de la syphilis est encore trop mal connu pour qu'il soit possible d'en parler en connaissance de cause, mais pour tous ceux qui admettent la nature vivante de la contagion, la syphilis ne peut être qu'une affection de nature bactérienne. S'il en est ainsi, le mercure qui a une action si marquée sur les organismes inférieurs, doit agir comme antizymotique.

C'est cette opinion qui nous paraît la plus probable et nous y voyons une raison de plus pour rapprocher l'action de ce corps de celle des médicaments abortifs.

TUBERCULOSE

Ce que nous avons dit à propos du traitement abortif de l'infection charbonneuse explique pourquoi nous consacrons un chapitre à la tuberculose.

Toutefois, quelques mots d'historique sont nécessaires pour faire comprendre comment il est devenu possible de concevoir que la médication abortive puisse s'appliquer à la tuberculose.

La thérapeutique des affections tuberculeuses n'est entrée dans une voie réellement scientifique que du jour où des notions claires ont été émises sur la genèse du tubercule. A l'époque de Laënnec, ce problème nosographique l'emportait de beaucoup sur le problème nosologique : on s'attacha au premier presque exclusivement ; et ce n'est que beaucoup plus tard qu'on chercha à éclaircir la pathogénie de la tuberculose. Peut-être est-il permis de supposer que les théories dualistes, importées d'Allemagne et trop longtemps acceptées en France, ont eu une influence fâcheuse sur les progrès de la question. Quoi qu'il en soit, vers 1870, en même temps que MM. Thaon et Grancher réédifiaient sur des bases inébranlables l'unité de la tuberculose, un certain nombre de notions étiologiques, vagues et mal formulées jusque-là, commençaient à se préciser. Ces notions ont été fort bien exposées et critiquées par M. le Prof. Damaschino dans sa thèse d'agrégation (1).

L'idée qu'on se faisait alors de la tuberculose, c'était hier encore l'opinion générale, était la suivante : le tu-

(1) De l'étiologie de la tuberc. Th. agrég., 1872.

bercule est un produit d'ordre inférieur ; il est formé d'un tissu de faible vitalité ; il est comme une manière de mourir pour la substance organique. Cet état tuberculeux n'est pas engendré par un agent unique, mais par un ensemble de causes, dont aucune, prise isolément, ne suffirait à engendrer la maladie ; ces causes convergent d'ailleurs toutes au même but, qui est l'affaiblissement de l'organisme, le mauvais état général, la misère physiologique. Ce sont : l'air insuffisant et vicié, le milieu insalubre, l'alimentation défectueuse, le défaut d'activité ou l'excès de fatigue, les écarts de régime, les professions pénibles et malsaines, etc. Sous ces influences, l'organisme se détériore, et c'est la débilitation de l'organisme qui permet la dégénérescence tuberculeuse. Il y a là une véritable diathèse acquise. Malgré les reproches qu'on lui a adressés, cette conception étiologique avait quelque chose de vrai ; aussi édifia-t-on sur elle toute une thérapeutique rationnelle qui donna souvent de bons résultats et qui doit être conservée. Son but est de combattre la débilitation, de soutenir les forces du malade. Mais il était impossible de penser à une thérapeutique abortive de la tuberculose.

Pendant que la majorité des médecins adoptait cette opinion, les travaux d'un savant français (1) qui, en 1866, avait démontré la contagiosité de la tuberculose, restaient ignorés ou méconnus : M. Villemin n'avait pas fait école.

Néanmoins, les esprits marchaient : les anatomo-pathologistes, Schüppel, Friedländer, Charcot, par l'étude minutieuse du tubercule dont ils démontraient la structure folliculaire, amenèrent à cette conclusion que les lésions dites scrofuleuses sont dans bien des cas des lésions identiques aux lésions tuberculeuses. Les tumeurs blanches, le lupus, l'orchite caséuse ne sont plus que des tu-

(1) Villemin. Études sur la tuberculose.

berculoses; mais ce sont des *tuberculosés locales*. Cette conception des tuberculosés locales, qui bénéficiera singulièrement des découvertes ultérieures, commence à se répandre; elle est poussée très loin par M. Brissaud dans son excellent mémoire (1); il arrive presque à cette conclusion que la phtisie pulmonaire est elle-même une tuberculose locale. Au point de vue thérapeutique, la nouvelle doctrine nous conduit à une méthode abortive; on admet déjà, en effet, qu'un foyer de tuberculose locale est susceptible d'infecter l'organisme. De là cette conséquence qu'on doit enlever un foyer de tuberculose locale en vue de prévenir la généralisation.

Vers 1880, préparés par les travaux anatomo-pathologiques et par les travaux de Pasteur qui vont se multipliant, certains médecins commencent à se demander si M. Villemin n'avait pas raison. MM. les Prof. Damaschino et Bouchard sont de ceux qui ont pressenti clairement la vérité : le premier, dans sa thèse d'agrégation (2), accepte presque la doctrine de la contagion; le second, dans son cours de pathologie générale, professe que la tuberculose est contagieuse, et cela en dépit des succès de Klebs, de Max Schüller, de Toussaint, qui avaient recherché le microorganisme, agent de cette contagion. Le 10 février 1882, R. Koch (3) annonce qu'il a enfin trouvé ce que Klebs et Toussaint ont en vain cherché : il décrit le bacille de la tuberculose et donne la technique de ses recherches; il affirme qu'ayant cultivé ce bacille, le liquide de culture donne par l'inoculation une tuberculose locale ou généralisée. Aujourd'hui, la découverte de Koch, vérifiée bien des fois dans ses points essentiels, est acceptée par la majorité des médecins.

(1) E. Brissaud. Tuberculosés locales. Arch. gén. de méd., 1880.

(2) Damaschino, *loc. cit.*

(3) Etiologie de la tub. Berliner klin. Woch.

En nous donnant de la tuberculose une étiologie qui paraît définitive, Villemin et Koch ont ouvert la voie aux vues thérapeutiques rationnelles.

Rapprochant la notion bacillaire des faits décrits sous le nom de tuberculoses locales, on est arrivé à se représenter la tuberculose de la manière suivante : au début, il y a un foyer local d'infection bacillaire ; ce foyer peut rester localisé fort longtemps, quelquefois même toujours ; dans d'autres cas, il peut se propager et donner lieu à un nouveau foyer de tuberculose émanant directement du premier ; ou encore, il peut donner lieu à une généralisation et à des accidents de tuberculose aiguë. La tuberculose rentre ainsi dans le groupe des maladies microbiennes qui peuvent récidiver, qui ne donnent pas l'immunité et qui sont indéfiniment, perpétuellement réinoculables au porteur (1). Dans ces conditions, une règle de conduite s'imposait aux médecins et aux chirurgiens : enlever ou détruire un foyer de tuberculose locale, dans le but de prévenir l'infection possible de tout l'organisme. Comment a-t-elle été comprise et appliquée ? C'est ce que nous allons exposer brièvement.

Tubercule anatomique. — Le tubercule des anatomistes est le résultat direct d'une inoculation tuberculeuse : telle est l'opinion que M. E. Vidal a soutenue il y a quelques années. Acceptée par M. E. Besnier (2), par M. Verneuil (3), cette opinion est aujourd'hui confirmée par des faits rapportés dans la thèse de M. Verchère (4). Dans ces cas il s'agit d'étudiants en médecine qui, après avoir fait

(1) Voy. Charrin. Réinoculation de la tuberc. Revue de méd., 1880.

(2) E. Besnier. An. de dermatol., 1883.

(3) In th. Verchère.

(4) Verchère. Des portes d'entrée de la tuberc. Thèse Paris, 1884.

l'autopsie de sujets phthisiques, ont vu survenir d'abord un tubercule anatomique, et ont plus tard succombé à une infection viscérale. Il semble donc bien établi que le tubercule anatomique est comme le chancre initial de la tuberculose. Aussi voyons-nous M. E. Vidal, M. E. Besnier, M. Verneuil, conseiller vivement aux étudiants en médecine atteints de tubercule anatomique la destruction par grattage (Vidal), ou par le feu (Besnier), de cette production. — Une pareille opération rentre au premier chef dans les médications abortives; elle peut être placée à côté de la destruction de la pustule maligne et de l'éradication du chancre syphilitique.

Lupus. — Dans une série d'articles sur le lupus et son traitement, M. E. Besnier nous paraît être un des rares médecins ou chirurgiens qui aient poussé jusqu'aux extrêmes limites et avec une logique absolue les conséquences de la doctrine des tuberculoses locales. Après avoir rappelé et condensé les arguments qui ont fait admettre que le lupus est une tuberculose locale, il affirme, le fait est cependant encore très contesté, que les lupiques sont en imminence de phthisie pulmonaire ou menacés de granulie, et il conclut : « S'il en est ainsi, et si le lupus, tuberculose locale, peut devenir le foyer d'une infection ultérieure, on comprend avec quelle sollicitude le médecin doit, d'une part chercher à détruire ce foyer, et de l'autre combien il doit mettre de circonspection dans l'emploi de méthodes thérapeutiques qui pourraient être de nature à faciliter l'infection générale. » La dernière phrase du médecin de l'hôpital Saint-Louis a trait aux scarifications sanglantes telles qu'elles ont été instituées par notre maître M. Vidal. Jusqu'alors M. Besnier avait été partisan des scarifications : à l'heure actuelle, il craint que l'ouverture des vaisseaux ne favorise la pénétration du bacille de la tuberculose dans le courant

sanguin et n'amène ainsi la généralisation par auto-inoculation. Et dès lors il pose comme règles de traitement du lupus :

« 1° Détruire un foyer lupique pour prévenir l'infection tuberculeuse générale.

« 2° Détruire ce foyer à l'aide de méthodes non sanglantes. » M. E. Besnier remplace les scarifications sanglantes de E. Vidal, par les scarifications ignées à l'aide d'aiguilles galvanocaustiques très ingénieuses (1).

Si une doctrine pouvait être jugée par les résultats thérapeutiques auxquels elle conduit directement, il serait fort intéressant de connaître les résultats qu'a obtenus M. E. Besnier et de les comparer aux résultats des scarifications sanglantes de M. E. Vidal. Mais à cet égard le débat n'est pas encore clos entre les deux médecins de l'hôpital Saint-Louis, et même si nous nous reportons à des travaux récents sur lesquels nous reviendrons à la fin de cet exposé, peut-être la question va-t-elle se déplacer et être portée sur un autre terrain ; peut-être le lupus n'est-il pas une tuberculose locale, mais la détermination locale d'une infection générale.

Après avoir indiqué comment M. E. Besnier a fait une application de la méthode abortive basée sur la doctrine des tuberculoses locales, nous allons examiner ce qui a été fait par les chirurgiens dans la même voie. Nous nous trouverons ici sur un terrain plus mouvant et nous ne pourrions citer aucun auteur qui ait poussé aussi loin que M. Besnier les déductions thérapeutiques.

Peut-être la crainte de l'auto-inoculation a-t-elle fait hésiter les chirurgiens : en effet cette complication dont M. Besnier rendait tout à l'heure responsables les scarifications sanglantes, MM. Lannelongue et Verneuil l'ont aussi observée. M. le Prof. Lannelongue aurait vu un cas de spina

(1) E. Besnier. Loc. cit.

ventosa qui, spontanément, donna lieu à une série d'abcès sur le dos de la main et sur l'avant-bras. M. le Prof. Verneuil, à l'Association française pour l'avancement des sciences (1) a érigé en corps de doctrine l'auto-inoculation traumatique. Mais la crainte de l'auto-inoculation nous semble vaine : on peut en effet ne pas employer les méthodes sanglantes et le feu nous paraît un moyen d'exérèse avec lequel on n'a rien à craindre. M. Ch. Nélaton (2) a d'ailleurs montré dans un travail récent que la généralisation tuberculeuse, suite d'acte opératoire, est d'une excessive rareté. En un mot, la crainte de l'auto-inoculation ne nous paraît pas de nature à faire abandonner cette pratique imposée par la théorie, à savoir l'ablation d'une tuberculose locale pour prévenir l'infection possible de tout l'organisme.

Abcès froids. — Cependant M. le Prof. Lannelongue (3) qui a si bien étudié les abcès froids, après avoir démontré leur nature tuberculeuse, a prouvé que leur évolution les rapproche des tumeurs envahissantes. Il a bien mis en lumière la nécessité de les détruire. Les travaux de M. le Prof. Trélat, de M. Petitot (4), de M. Coudray (5), de M. Reclus (6) aboutissent à la même conclusion. Pour ces auteurs, l'idéal que doit poursuivre tout chirurgien est l'ablation totale. Mais si les foyers sont trop profonds ou trop voisins d'organes importants, pour que cette opération soit possible, on pratique le grattage des parois de l'abcès,

(1) Rouen, 1883.

(2) Nélaton. La tuberculose chirurgicale. Revue des sciences médicales, janvier 1885.

(3) Lannelongue. Abcès froids et tuberculose osseuse, 1881.

(4) Petitot. De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose externe. Th. Paris, 1884.

(5) Conditions de l'intervention chirurgicale dans les localisations externes de la tuberculose. Th. Paris, 1884.

(6) Reclus. Crit. et clin. chirurgicale. Paris, 1884.

ce qui constitue, suivant le Prof. Trélat, une opération précise, régulière et même complète (1).

Tuberculose osseuse. — Nous ne voulons pas rappeler comment les travaux de Nélaton, sur la tuberculose osseuse, travaux inspirés par ceux de Laënnec sur la tuberculose pulmonaire, furent relégués au second plan par la doctrine de la dualité. Nous nous bornerons à indiquer que les travaux modernes ont réédifié la tuberculose osseuse et lui ont donné en apanage, outre le tubercule enkysté de Nélaton, la carie, l'infiltration lie-de-vin, l'état huileux des os, l'altération gélatiniforme de la moelle, etc. (Lannelongue). Depuis que cette dernière notion s'est répandue et a été adoptée par la plupart des chirurgiens, nous assistons à une série d'efforts dans le sens de la méthode abortive. Aujourd'hui, si nous en croyons M. Coudray, l'idéal que recherche le chirurgien est l'ablation ou la destruction du foyer osseux. La discussion porte, nous a-t-il semblé, uniquement sur une question de technique opératoire variable suivant les régions et le degré de la lésion : faut-il évider, réséquer, ou amputer ? On comprend pourquoi nous ne prendrons pas parti dans ce débat. Retenons-en seulement la conclusion : un foyer de tuberculose osseuse, de carie est un foyer de tuberculose locale qu'il faut enlever pour que l'individu ne subisse pas l'infection générale.

Abcès ossifluents. — Depuis les curieuses recherches de M. le Prof. Lannelongue, on sait que la paroi des abcès ossifluents n'est pas constituée par des bourgeons charnus de bonne nature, mais bien par des follicules tuberculeux. Il y a donc là encore un danger pour l'économie. Aussi voyons-nous M. le Prof. Lannelongue, et plusieurs

(1) Coudray. Loc. cit.

chirurgiens avec lui, détruire par le grattage lorsque cela est possible toute la paroi de l'abcès ossifluent.

Tumeurs blanches (ostéo-arthrites tuberculeuses). — La plupart des chirurgiens reconnaissent aujourd'hui que la tumeur blanche scrofuleuse des anciens est une lésion tuberculeuse. Ici pour bien se rendre compte de la manière dont les chirurgiens comprennent la méthode abortive, il n'est pas inutile de rappeler les travaux de M. le Prof. Lannelongue sur la question. Il admet qu'à un premier degré de l'affection, la jointure elle-même n'est pas touchée : il existe seulement une ostéite tuberculeuse de l'épiphyse : consécutivement, il y a inflammation simple, réactionnelle de la jointure, et enfin les exsudats ainsi produits dans l'article deviennent tuberculeux à leur tour. Lorsqu'il n'existe qu'un foyer épiphysaire, il faut l'enlever si cela est possible, et si le diagnostic est fait d'une façon précise. On prévient ainsi d'abord la tuberculose de l'article, puis la tuberculose générale. Néanmoins, comme un foyer ainsi limité peut guérir spontanément, au début, on cherchera à obtenir cette guérison spontanée en l'aidant par des moyens appropriés tels que l'immobilisation, etc. Mais dès que certains indices permettent de croire que la jointure est malade, il faut intervenir activement.

Parmi les tuberculoses locales, celles des articulations semblent en effet des plus graves. C'est peut-être avec elles que l'infection générale est la plus probable et la plus imminente. N'avons-nous pas tous constaté maintes fois la mort par granulie des malades atteints de tumeur blanche? Qu'on évide, qu'on résèque, qu'on ampute, qu'on cherche comme M. le Prof. Verneuil à supprimer le pouvoir virulent des fongosités par des injections d'iodeforme dissous dans l'éther, peu importe. La conclusion des chirurgiens est la seule chose que nous retenions : car

l'intervention chirurgicale, inspirée par de pareilles considérations, est, quelle que soit la technique opératoire, un véritable traitement abortif. Nous ajouterons que cette médication compte à son actif des succès incontestés, car nous avons tous vu des amputés de tumeurs blanches survivre et ne présenter dans la suite aucune manifestation tuberculeuse.

Ténosites tuberculeuses. — Depuis que la ténosite fongueuse est regardée, au même titre que la tumeur blanche, comme une lésion tuberculeuse, les chirurgiens considèrent comme une nécessité de la traiter par le curage, le grattage ou l'extirpation (1).

Adénite tuberculeuse. — On trouve dans la thèse de M. Quinquaud (2) tous les arguments qui font décidément considérer les écoulements comme des tuberculoses locales : Cette notion ne pouvait manquer d'exercer une grande influence sur la thérapeutique. En effet la question du traitement des adénites scrofuleuses fut discutée à la société de chirurgie (3) à l'occasion d'un rapport de M. Chauvel sur les tentatives d'extirpation faites par M. Poulet; M. Coudray résume cette discussion :

« 1° on peut intervenir quand les tumeurs sont encore bien limitées et ne déterminent aucun accident de compression : car d'une part les opérations sont faciles et bénignes; d'autre part, elles pourront prévenir la nécessité d'interventions plus graves;

« 2° Il faut intervenir quand les adénites tuberculeuses rebelles au traitement général prennent une marche envahissante redoutable, ou même simplement lorsqu'elles

(1) Voy. Chandelux. Th. agrég., 1883.

(2) Quinquaud. Rapports de la scrofule et de la tuberculose. Th. agrég., 1883.

(3) Soc. de chir., 13 fév. 1884.

menacent de s'ouvrir à l'extérieur : mais alors c'est au grattage et non à l'extirpation qu'il faut s'adresser.

Que ressort-il de ces conclusions? La nécessité de détruire le foyer par un procédé quelconque. Rien ne paraît mieux indiqué, s'il est vrai que la phthisie pulmonaire suit fréquemment l'adénopathie strumeuse du cou, ainsi que cherche à le prouver M. Quinquaud.

Testicule tuberculeux. — Depuis la thèse de M. Reclus (1), l'ère de discussion paraît close au moins sur un point : la tuberculose du testicule constitue souvent la première manifestation de la maladie tuberculeuse. Louis avait déjà signalé cette exception, qu'il croyait unique, aux lois d'évolution ordinaires de la tuberculose.

De cette constatation naquit naguère le principe de la non-intervention. Aujourd'hui, c'est de cette notion que sort au contraire le principe de l'intervention. Certes on ne méconnaît pas la possibilité de la guérison spontanée de la tuberculose génitale : mais si cette guérison spontanée ne paraît pas impossible, la plupart des chirurgiens sont d'accord pour dire qu'il faut se hâter d'intervenir. C'est en fait, soit par la castration, soit au moins par la destruction au fer rouge ou avec les caustiques que l'infection générale imminente peut-être évitée.

Tuberculose mammaire. — M. Dubar, dans l'excellente monographie qu'il a faite de la tuberculose mammaire, considérait qu'au point de vue thérapeutique, l'incision simple de l'abcès tuberculeux suffisait : il jugeait inutile d'enlever les bubons tuberculeux suppurés de l'aisselle. Mais on s'est élevé contre ses conclusions : M. Coudray, dans sa thèse inspirée par M. le Prof. Trélat, déclare que, dès que le diagnostic est posé, il faut pratiquer tout de suite soit le grattage complet, soit l'ablation de la glande,

(1) Reclus. Testicule tuberculeux. Th. Paris, 1876.

et que lorsqu'il y a un bubon tuberculeux dans l'aisselle, il est nécessaire soit de le gratter, soit de l'enlever.

Tuberculose linguale. — En 1869, M. Trélat lisait à l'Académie de médecine un mémoire resté classique sur l'ulcère tuberculeux de la langue : il montrait que cet ulcère était souvent primitif et précédait la phtisie pulmonaire. Il le considérait comme créant un danger des plus graves, comme pouvant être le point de départ de la tuberculose viscérale ; pour protéger l'économie contre ce danger, l'ablation ou la destruction de cet ulcère lui paraissait s'imposer avec force.

Tuberculose oculaire. — Nous ne saurions mieux faire que de citer ce que dit M. Kirrison de la tuberculose oculaire (1) :

« La question se pose ici comme pour les autres manifestations de la tuberculose, dites tuberculoses locales. On a pensé que dans les cas où l'œil est primitivement envahi, on mettrait le sujet à l'abri de la généralisation en pratiquant de bonne heure l'énucléation de l'œil malade. Cette opinion a été soutenue à la Société de chirurgie par MM. Théophile Anger et Giraud-Teulon. Mais c'est chose grave que de sacrifier un organe dont les fonctions, aussi précieuses que celles de l'œil s'exercent encore complètement. Nous croyons donc qu'il faut, pour pratiquer l'énucléation, attendre que la vision soit gravement compromise et que l'œil soit le siège de douleurs. On opérera alors, comme le dit M. Terrier, bien plutôt pour soulager le malade que pour éviter la généralisation. Tel est aussi l'avis de M. Perrin et de M. Poncet (de Cluny). »

Dans ce rapide exposé nous avons cherché à donner une idée de ce qui avait été fait en vue de prévenir l'infection

(1) Manuel de path. externe, t. II, p. 297.

tuberculeuse par la destruction d'une tuberculose locale. Nous ne pouvons nous étendre plus longtemps sur ce sujet. Mais si nous cherchons à exprimer l'impression qui se dégage de l'examen de ces travaux, nous voyons une préoccupation constante guider le chirurgien au milieu des contre-indications, des difficultés opératoires, de la crainte des auto-inoculations, celle d'enlever le foyer de tuberculose locale, car ce foyer est un danger pour l'économie tout entière : il peut donner lieu à une généralisation ; si bien que la formule ancienne : opérer quand la lésion est une cause d'épuisement, peut être transformée en celle-ci : opérer avant que la lésion ne soit une cause d'épuisement.

Nous sommes loin de Bordeu qui proscrivait toute intervention active dans le traitement des scrofules, lisez tuberculoses locales, et si on envisage le chemin parcouru on se sent pris d'admiration pour le progrès réalisé. Cette doctrine des tuberculoses locales qui permet la médication abortive est des plus consolantes ; qu'on songe à la suprématie incontestable qu'occupe la phtisie dans les tables de la mortalité, qu'on songe à son degré d'incurabilité, et on comprendra la légitimité des espérances, la valeur des ressources offertes aux médecins par cette doctrine.

La conception des tuberculoses locales ouvre brillamment la porte à la médication abortive : ce que nous en avons dit suffit à le montrer ; mais pour encourager les médecins et les chirurgiens dans cette voie, il faut de toute nécessité raffermir son fondement, c'est-à-dire qu'il faut démontrer par des preuves irréfutables la réalité des tuberculoses locales : il faut répéter et poursuivre les belles expériences de Charrin (1) sur la possibilité de réinocu-

(1) Charrin. Réinoculation de la tuberculose. Revue mensuelle, 1885.

ler la tuberculose au porteur, car de pareilles expériences sont un argument en faveur des tuberculoses locales.

Ce que nous venons de dire nous est inspiré par ce fait qu'à l'heure actuelle, la doctrine des tuberculoses locales nous paraît subir d'assez vives attaques: quelques travaux ont surgi qui semblent contraires à cette doctrine.

Pourquoi, a-t-on dit, si la tuberculose est locale, est-elle transmissible par hérédité? Vous nous dites que c'est le terrain qui est héréditaire: mais voici des faits qui prouvent que le germe passe de la mère au fœtus et par conséquent que le bacille circule avec le sang ou avec la lymphe: depuis longtemps Chauveau a montré qu'une vache pommelière peut mettre au monde un produit parfaitement tuberculeux: et MM. Landouzy et H. Martin ont montré que les organes sains d'apparence d'un fœtus de mère phthisique étaient parfaitement virulents. D'autre part, M. E. Vidal soutient que les auto-inoculations que craint M. E. Besnier à la suite des scarifications sanglantes dans le traitement du lupus ne se produisent pas. M. Ch. Nelaton, dans une très bonne revue sur ce sujet, montre que la généralisation tuberculeuse, suite d'acte opératoire, est d'une excessive rareté: et si le fait d'ouvrir un vaisseau dans un foyer de tuberculose n'offre aucun danger, il semble prouvé que le bacille est déjà dans la circulation, soit à l'état bacillaire, soit à l'état problématique de spores. Enfin, H. Martin n'a-t-il pas été jusqu'à dire: « Tout organe même d'apparence saine provenant d'un tuberculeux engendre la tuberculose ». Que devient, dans ces conditions, la doctrine des tuberculoses locales et quelle valeur peut avoir, au point de vue de la médication abortive, l'ablation d'un foyer de tuberculose locale. Le mémoire récent de M. Marfan (1), si ses conclusions étaient

(1) Marfan. De l'immunité conférée par la guérison d'une tuberculose locale pour la phthisie pulmonaire. Archives de médecine, 1886.

vérifiées, serait encore contraire à la doctrine des tuberculoses locales : pour M. Marfan, la tuberculose, maladie toujours générale et surtout comparable à la syphilis, aurait deux formes principales : l'une atténuée (lupus, écrouelles, phtisie scrofuleuse de Bazin, Ferrand, etc.) ; l'autre grave (tumeurs blanches des adultes, phtisie commune, etc.) ; et lorsque la première, plus facilement curable, aurait guéri ; elle donnerait l'immunité pour la seconde.

La nouvelle doctrine qui semble vouloir se dégager de ces travaux et s'opposer aux tuberculoses locales, est celle de la tuberculose devenant générale aussitôt après l'inoculation comme la syphilis, et, contrairement à la pustule maligne. Si elle était vérifiée, elle porterait une grave atteinte à la médication abortive.

Enfin, nous signalons ce fait qu'entre ces deux théories opposées, M. le Prof. Verneuil paraît adopter une théorie mixte : M. Verneuil admet que tantôt un foyer de tuberculose est purement local, tantôt il est l'expression d'une infection générale.

En terminant ce chapitre, nous ne pouvons donc pas conclure : mais nous devons émettre un vœu : maintenant que l'étiologie de la tuberculose est établie sur des bases certaines, il est bon que les expérimentateurs étudient son processus intime : des résultats que donnera cette étude, dépend le sort de la médication abortive de la tuberculose.

Si la doctrine des tuberculoses locales triomphe, il y aura une médication abortive de la tuberculose.

Si c'est la doctrine de la tuberculose, maladie virulente, comparable à la syphilis, généralisée immédiatement après l'inoculation, la médication abortive semble très compromise. Peut-être cependant, devra-t-on regarder comme méthode abortive la destruction du tubercule anatomique, dont on peut admettre la nature tuberculeuse.

avec les médecins de l'hôpital Saint-Louis. Cet accident est comparable à la manifestation initiale de la syphilis : sa destruction pourra être mise alors sur le même rang que l'éradication problématique du chancre syphilitique et que la destruction aux résultats certains de la pustule maligne.

Si enfin l'opinion de M. le Prof. Verneuil est l'expression de la réalité, il faudra s'attacher (et ceci semble devoir être bien difficile) à diagnostiquer, si un foyer tuberculeux est purement local ou s'il est la localisation d'une infection générale : dans le premier cas seulement, on fera l'ablation du foyer en vue de prévenir la généralisation.

Quant à la *tuberculose généralisée*, il est trop clair qu'elle échappe aux efforts de la médication abortive. Mais on peut espérer qu'il n'en sera pas toujours ainsi. La conception de la tuberculose, maladie infectieuse, est ici comme pour les tuberculoses locales encourageante au point de vue thérapeutique. Il n'est pas plus absurde de penser qu'on trouvera peut-être un médicament spécifique à opposer au bacille de Koch, qu'il n'est invraisemblable de croire que le mercure s'adresse à l'agent pathogène de la syphilis.

Actuellement, il n'en est pas ainsi. Si l'infection se généralise, si l'éradication de la tuberculose locale échoue, comme le fait si souvent celle du chancre syphilitique, nous n'avons pas de moyen d'un effet certain à opposer à la tuberculose.

Nous ne voulons pas passer en revue toutes les médications qui ont été essayées dans ce but. Remarquons seulement qu'en dehors de l'hygiène générale, des procédés propres à augmenter la résistance du sujet, celles qui ont donné des résultats favorables sont fondées sur l'emploi d'agents antiseptiques tels que la créosote, l'io-

doforme, l'iode, l'arsenic. Ajoutons qu'il y a certainement des tubercules, même pulmonaires, qui guérissent; les autopsies des vieillards porteurs de tubercules encroûtés de sels calcaires le démontrent. Ces formes, qu'on pourrait presque appeler abortives, sont un encouragement pour l'avenir, mais dans l'état actuel des choses, il serait prématuré et abusif de parler du traitement de la tuberculose généralisée à propos de la médication abortive.

Les essais d'inhalation de substances antiseptiques(1), les injections interstitielles(2) essayés depuis peu de temps sont encore à l'étude. Ces tentatives sont trop récentes pour que nous puissions nous y arrêter, malgré les bons effets qu'elles ont paru produire.

(1) Albrecht. Oxygène. —Deutsch med. Wochen., 1883, n° 29. — Hiller. sublimé, iodoforme, etc. Verhandlung. des 11^e congrès zu Wiesbaden, 1883.

(2) R. Lépine. Revue de méd., 1883. — Th. Vesous, Lyon, 1883. — Gouguenheim. Soc. méd. des hôp., 1886.

INFECTION PUERPÉRALE

Nous n'avons pas à vanter les avantages des méthodes antiseptiques en chirurgie. L'antiseptie est aujourd'hui universellement employée et elle a presque complètement fait disparaître l'infection purulente si meurtrière autrefois pour les opérés. Cette méthode est beaucoup plus prophylactique que curative. Son but principal est d'empêcher l'introduction des agents pathogènes dans l'organisme ; quand l'infection est déjà un fait accompli, elle devient moins puissante, mais elle ne perd cependant pas complètement ses droits.

Les résultats obtenus par les accoucheurs dans un grand nombre de cas démontrent de la façon la plus péremptoire que, même quand l'infection générale est commencée, on peut l'interrompre brusquement, la faire avorter, par l'application hardie des agents antiseptiques. Ceux-ci agissent probablement, soit en empêchant l'introduction dans la circulation de nouvelles quantités de l'agent pathogène, soit en tarissant la source du poison que produit cet agent.

Quelle que soit l'explication qu'on doive adopter, cette action est certaine, merveilleuse dans un grand nombre de cas, et elle est un des plus beaux exemples de traitement abortif que nous puissions citer. Ici, comme nous le verrons souvent, la médication abortive marche de pair avec la prophylaxie.

Lorsqu'on compare la pratique actuelle des accouchements à ce qu'elle était il y a seulement quelques années, il est facile de voir que de nos jours l'obstétrique est entrée dans une ère nouvelle. La fièvre puerpérale qui décimait autrefois les femmes en couches a presque entière-

ment disparu, et les terribles épidémies qui désolaient les maternités « sont désormais du domaine de l'histoire » (1).

Comment une pareille révolution s'est-elle accomplie ? Comment les maternités, hier encore si meurtrières, ont-elles été si rapidement assainies ?

Deux grands faits doivent être invoqués pour expliquer ces résultats :

D'une part, la doctrine de la contagion des accidents puerpéraux, admise d'abord en Angleterre, puis vigoureusement défendue en France par les Prof. Tarnier et Le Fort, a rapidement fait son chemin. Les réformes hygiéniques, réclamées déjà par M. le Prof. Tarnier (2) dès l'année 1858 (personnel spécial pour les services d'accouchements, isolement des femmes malades, abstention pour les accoucheurs de soigner des maladies contagieuses, de faire des autopsies, etc.....) ont été reconnues d'absolue nécessité ; et, aussitôt appliquées, elles ont amené un abaissement considérable dans le chiffre de la mortalité des femmes en couches. D'autre part, la connaissance plus exacte de la nature de la fièvre puerpérale, qui est devenue l'infection puerpérale, l'application de la doctrine des germes de M. Pasteur et des principes de Lister aux accidents infectieux des suites de couches, ont conduit les accoucheurs à l'emploi de la méthode antiseptique chez les femmes enceintes, en travail et accouchées.

Or, depuis que cette méthode a été mise en vigueur dans les maternités, la mortalité a encore diminué, et l'on peut dire qu'elle est réduite à son minimum.

Les mesures prophylactiques, à la fois hygiéniques et antiseptiques, presque partout employées aujourd'hui en Europe, ont donc produit ce fait capital, d'interdire aux

(1) Maygrier. Des différentes formes d'épidémies puerpérales. Th. agr., 1883.

(2) S. Tarnier. De la fièvre puerpérale. Paris, 1858.

De Beurmann.

micro-organismes l'entrée des voies génitales, du moins en quantité suffisante pour déterminer des phénomènes d'intoxication.

Toutefois l'antisepsie n'est pas, comme nous l'avons dit, seulement préventive ; elle peut devenir un puissant agent de thérapeutique et être alors curative. Sous l'influence de circonstances variées, des accidents infectieux peuvent éclater isolément. C'est ainsi que bien souvent des femmes arrivent à l'hôpital non accouchées et déjà infectées, à la suite de tentatives opératoires parfois nombreuses, accomplies sans désinfection préalable, ni des organes génitaux, ni des instruments, ni même des mains de l'opérateur. Ou bien, ce sont des femmes mal délivrées, dont l'utérus contient des lambeaux de placenta et de membranes ; ces débris, en se putréfiant, deviennent un terrain favorable au développement des bactéries, etc. Dans tous ces cas, et nous pourrions multiplier les exemples, des phénomènes septiques ne tardent pas à apparaître, et déterminent des accidents rapidement mortels.

Autrefois, la thérapeutique était à peu près impuissante contre ces manifestations infectieuses. Aujourd'hui l'antisepsie intervient : l'ennemi est dans la place ; il ne s'agit donc plus de prophylaxie ; il faut le poursuivre et le mettre hors d'état de nuire ou au moins de tuer ; et si puissante est l'action de la méthode, qu'elle réussit souvent à sauver des femmes qui paraissaient vouées à la mort.

Mais nous devons aller plus loin et rechercher s'il n'est pas possible d'arrêter d'emblée la marche de l'infection, de la faire avorter pour ainsi dire. Cette neutralisation du poison sur place est-elle réalisable ? Peut-on, suivant l'expression imagée de M. E. Hubert de Louvain, « mettre le pied sur l'allumette qui commence à brûler le tapis et va faire flamber la maison ? (1). » La réponse ne saurait être dou-

(1) Fritsch. Pathologie et traitement des affections puerpérales. Ed. française, 1885. Préface de E. Hubert de Louvain, p. viii.

teuse. A côté de son action prophylactique d'une part, thérapeutique de l'autre, la méthode antiseptique peut encore devenir un agent de la médication abortive. Cette multiplicité d'actions s'explique d'ailleurs très bien d'elle-même, puisque la méthode a pour but de s'opposer au développement d'organismes inférieurs.

Dans la prophylaxie, l'agent antiseptique occupe le terrain et le préserve contre l'action des microbes. Mais si l'économie est déjà envahie par ces derniers, deux cas peuvent se présenter : ou bien l'infection est un fait accompli ; elle a eu le temps de se généraliser, et l'antisepsie vient alors le combattre tardivement, sans qu'on puisse prévoir quelle sera l'issue de la lutte ; ou bien, l'introduction des germes étant récente, les premiers phénomènes de l'intoxication ont à peine apparu que la médication intervient, et, dans ces circonstances, elle peut triompher et arrêter immédiatement les progrès de l'invasion parasitaire. C'est à ce dernier point de vue que nous devons nous placer, car c'est le seul qui rentre réellement dans notre sujet.

Parmi les divers moyens d'action de la méthode antiseptique, il en est un qui a pris surtout dans ces dernières années une grande extension ; nous voulons parler des injections intra-utérines.

Sans vouloir faire ici l'historique de ce mode de traitement, nous rappelons que l'idée de laver l'intérieur de l'utérus dans le cas d'accidents puerpéraux est ancienne.

Levret, Baudelocque, avaient déjà recours aux injections intra-utérines et plus tard Hervez de Chégoin, Piorry, etc., les préconisèrent contre la fièvre puerpérale. En Allemagne, Semmelweiss, vers 1860, en recommandait l'emploi, et Grunewaldt, Winckel, etc., le suivaient dans cette voie. Mais l'usage de ces injections restait limité ; bien des médecins en redoutaient l'emploi, et ce n'est réellement que depuis une dizaine d'années, et surtout depuis le remarquable travail de Bischoff sur la pro-

phylaxie de la fièvre puerpérale (1), qu'elles ont été mises en vigueur et qu'elles sont franchement entrées dans la pratique obstétricale. Bon nombre d'importants mémoires français et étrangers ont été publiés dans ces derniers temps sur ce sujet, et nous ne pouvons que renvoyer le lecteur désireux de se renseigner sur ces travaux à l'intéressante thèse du D^r Bar (2), où sont exposés tous les détails relatifs aux irrigations intra-utérines.

Le rôle de ces injections est de débarrasser l'utérus et le vagin des produits septiques qui les encombrement, et l'effet qu'elles produisent consiste principalement dans un soulagement immédiat et très marqué qu'éprouve la malade et dans un abaissement souvent considérable de la température. Si l'on a pu intervenir dès les premières manifestations de l'infection, l'effet de l'injection pourra être durable, et les accidents se trouveront ainsi enrayés dès le début. « Si l'on prend régulièrement la température trois fois par jour, depuis le moment de la délivrance, dit Fritsch (3), et si l'on institue un traitement local dès la première élévation thermique, il n'y a aucune raison pour croire qu'on ne puisse couper une infection. »

D'ailleurs, il est aujourd'hui peu d'accoucheurs qui n'aient observé cet effet abortif des injections intra-utérines, soit à l'hôpital, soit dans leur clientèle particulière. Le fait suivant, rapporté par le Prof. Tarnier (4) dans son cours d'ouverture à la Faculté de médecine, nous dispensera de produire une série d'observations toutes à peu près semblables. « Il y a quelques mois, j'accouchai une dame

(1) Bischoff. Zur prophylaxie der Puerperalfiebers. Corresp. Bl. f. Schweiz. Aertze, 1875.

(2) Bar. Des méthodes antiseptiques en obstétrique. Th. agrég. Paris, 1883, p. 220.

(3) Fritsch. Pathologie et traitement des affections puerpérales. Trad. franç. Paris, 1885, p. 206.

(4) Tarnier. Leçon d'ouverture. Annales de gynécologie, avril 1884, p. 255.

primipare qui avait dépassé la trentaine. L'accouchement fut pénible : l'enfant se présentait par le sommet, mais il était volumineux, sa tête était très ossifiée ; je dus faire une application de forceps laborieuse. Après l'accouchement, la femme et l'enfant allèrent bien tout d'abord ; mais bientôt la mère éprouva des malaises, des ballonnements du ventre ; son pouls s'accéléra ; sa température monta progressivement à 38°, 39°, 40°, 41° et même 41°,5. Je crus la malade perdue. Je pratiquai cependant une injection intra-utérine avec la liqueur de van Swieten pure. Au milieu de l'injection, cette dame me dit : « Monsieur, vous ne saurez jamais quel bien-être extraordinaire je ressens. » Il était dix heures du soir ; le lendemain, à 6 heures du matin, la température était descendue de 41°,5 à 37°, et la guérison fut rapide. Je suis convaincu que sans l'injection intra-utérine, cette dame serait morte.

« Ainsi, voilà une malade chez laquelle l'injection intra-utérine a arrêté la marche d'accidents infectieux déjà en pleine évolution. Est-ce à dire qu'on devra toujours compter sur une action aussi positive ? En pareil cas, ce n'est pas toujours facile. Cependant un examen attentif, les commémoratifs, permettront le plus souvent de savoir si l'on a affaire à de la septicémie. »

En effet, si la cause de la fièvre n'est ni une mam-mite, ni une autre maladie accidentelle, elle réside forcément dans les organes génitaux ; il est donc nettement indiqué de procéder à leur désinfection : en pareille occurrence, il faut commencer le traitement par une irrigation utéro-vaginale.

« Au moment d'un premier frisson, on ne sait pas ce que le lendemain réserve..... Lorsqu'après une injection, les couches prennent une marche apyrétique, on ne peut pas savoir si l'accident fébrile du début ne se serait pas transformé en une affection grave (1). »

(1) Fritsch. Loc. cit., p. 208.

En somme, le point capital pour réussir à couper la fièvre est d'arriver à temps, c'est-à-dire de bonne heure, dès le début des accidents. En pareil cas, les injections simplement vaginales peuvent même suffire à juguler la fièvre après les applications laborieuses de forceps (Fritsch), mais nous croyons qu'il vaut mieux avoir recours d'emblée au lavage de l'utérus.

Une condition essentielle pour assurer le succès est la manière d'opérer. Nous ne pouvons entrer dans la description de la technique opératoire suivie par les accoucheurs; on en trouvera tous les détails décrits dans des traités spéciaux (1). Mais nous insistons sur l'importance des précautions à prendre pour que l'antisepsie locale soit largement faite. A ce point de vue, nous citerons parmi les nombreux instruments dont on a proposé l'usage la sonde en forme de fer à cheval de M. Budin (2), qui, ne s'obstruant jamais, permet toujours l'écoulement facile du liquide introduit dans l'utérus et n'est pas altéré par les solutions injectées.

Bien des substances antiseptiques ont été employées pour ces injections. Nous citerons le chlorure de chaux (Simmelweiss, Grünewald, etc.), le permanganate de potasse (Winckel), le sulfate de cuivre (Winckel, Charpentier), le chloral, l'acide borique, etc. Les accoucheurs se servent aujourd'hui de préférence de l'acide phénique dans la proportion de 1 à 2 pour 100 d'eau, et surtout de sublimé à 1 pour 1,000 ou pour 2,000. La température du liquide doit être de 25° environ.

Les inconvénients attribués à ces solutions et en particulier à la liqueur de Van Swieten, discutables peut-être quand il s'agit de lavages prophylactiques, n'ont aucune importance quand la malade est sous le coup d'accidents

(1) Bar. Loc. cit.

(2) Budin. Note sur une sonde pour prat. le lavage de la cavité ut. Prog. méd., 1884.

avec lesquels ces dangers problématiques ne sauraient entrer en balance. Contentons-nous de savoir que M. le Prof. Tarnier « a employé le sublimé plus de 3,000 fois sans inconvénient sérieux (1) ».

Une seule injection intra utérine, bien faite, peut suffire pour amener la cessation brusque et définitive des accidents. La fièvre tombe et tout rentre dans l'ordre. C'est de la médication abortive au premier chef.

Quelquefois, bien que très amendés, presque enrayés même, les troubles persistent cependant et se traduisent par une légère élévation de température les jours suivants. Enfin on peut encore observer, à la suite d'une cessation presque complète des phénomènes septiques, une recrudescence de moins d'intensité, et qui cède définitivement à une nouvelle injection intra-utérine.

Un fait que nous a communiqué M. Maygrier, accoucheur des hôpitaux, est très instructif à cet égard. Une femme, accouchée à l'hôpital Tenon, et qui avait de la rétention des membranes, eut le matin du troisième jour de ses couches un violent frisson et une température de 40°; en même temps, une odeur un peu fétide des lochies indiquait que les membranes, retenues dans l'utérus, étaient le point de départ des accidents. Une injection intra-utérine avec de la liqueur de van Swieten fut faite aussitôt. Le soulagement fut immédiat; le soir, la femme avait 38° et le lendemain matin 37°5; toute odeur avait disparu. Toutefois, la température se mit à remonter graduellement et, deux jours après, elle atteignait le soir presque 39°. Une nouvelle injection intra-utérine l'abaisse immédiatement à 37°4, et, à partir de ce moment, il n'y eut plus une seule élévation de température. Les membranes furent expulsées sous forme de petits lambeaux qui se retrouvèrent dans l'une des injections vaginales qu'on continua à faire les jours suivants.

(1) Tarnier. Leçon d'ouv. Loc. cit.

De ces faits, il résulte que, lorsque l'effet immédiat produit par la première injection intra-utérine ne se maintient pas d'une manière absolue, et que la fièvre tend à reparaître, quoique moins intense, il ne faut pas hésiter à faire un second lavage utérin. On pourra même par excès de prudence, et alors que les accidents semblent conjurés, continuer à faire pendant quelques jours un, deux ou trois lavages... On fera succéder ainsi la prophylaxie à la médication abortive, en prévision de nouveaux accidents possibles.

Récemment, M. Pinard (1) a établi dans son service à l'hôpital Lariboisière un système d'irrigation continue, dont nous ne ferons que signaler l'importance au point de vue curatif de la septicémie puerpérale. Le traitement ne s'adresse en effet qu'à des cas très graves d'infection; il paraît donner des résultats excellents, supérieurs à ceux des lavages intermittents de l'utérus.

Nous ne croyons pas devoir insister parce que, dans ces faits, il ne peut y avoir un effet immédiat, l'infection étant déjà trop ancienne pour qu'on puisse en avoir facilement raison. Cependant ici encore, il y a abortion, puisque l'infection commencée est interrompue dans son cours, ainsi que nous l'avons constaté nous-même sur une malade entrée dans un service dont nous étions chargé.

Nous nous résumerons ainsi : les injections intra-utérines sont employées par les accoucheurs comme prophylactiques de l'infection puerpérale. Elles ont encore pour effet, lorsqu'elles sont pratiquées dès le début des accidents infectieux, de les juguler. Ce résultat n'est évidemment pas certain. Il peut manquer quelquefois, mais il doit être toujours recherché. C'est donc à juste titre

(1) Pinard et Varnier. De l'irrigation continue comme traitement prophylactique et curatif des infections puerpérales. Ann. de gyn., décembre 1885, janvier 1886.

que les injections intra-utérines nous ont semblé rentrer dans la méthode abortive et que nous avons cru devoir les citer comme un des exemples les plus frappants de la possibilité d'arrêter une infection générale qui commence par une intervention locale au niveau du point contaminé.

RAGE.

Nous avons hésité à consacrer à la rage un chapitre de ce travail. Voici les raisons qui nous ont décidé à le faire.

Le traitement de la rage, tel que l'a institué M. Pasteur, à la suite de ses admirables recherches, n'est pas une vaccination. Il intervient entre l'inoculation et l'apparition des premiers accidents, pendant la période d'incubation. Ce n'est donc pas une méthode prophylactique mais une méthode curative puisque la maladie existe déjà, à l'état latent, il est vrai, chez un certain nombre de sujets.

Tout le monde considérerait l'ablation du chancre le jour même de son apparition comme un moyen abortif de la syphilis, si elle arrêtait d'une manière certaine l'infection syphilitique.

Si, chez un sujet inoculé avec du virus syphilitique d'une activité démontrée, on pouvait, par un procédé quelconque, empêcher le chancre et les accidents consécutifs de se produire, on ferait encore de la médication abortive, puisque l'ennemi déjà introduit dans la place serait mis dans l'impossibilité de nuire. C'est ce que l'on fait quand on arrête l'infection charbonneuse en détruisant la pustule maligne. Dans la rage, il est vrai, l'inoculation n'a encore produit aucun effet visible, tandis que dans le charbon, elle se manifeste par des signes évidents. Mais dans les deux cas, l'envahissement de l'organisme est déjà commencé, puisque si l'on n'intervient pas, les signes de l'infection générale éclatent au bout d'un certain temps.

Du reste, nous n'avons traité cette question qu'après nous être entretenus avec M. Pasteur et M. E. Roux, son

collaborateur de tous les jours. Ils ont bien voulu nous donner les renseignements les plus circonstanciés et nous nous croyons certain d'être l'interprète fidèle de leur pensée dans cette discussion.

Disons d'abord sur quels principes repose la méthode de M. Pasteur.

Un des caractères d'une classe de maladies virulentes est de ne pas récidiver ; en général, on n'a qu'une fois la variole, la peste, la scarlatine, la fièvre jaune ; une première attaque de ces maladies met à l'abri d'une seconde atteinte pour un temps plus ou moins long. C'est de l'observation de la non-récidive de la variole qu'est née la pratique de la variolisation si répandue avant la découverte de la vaccine par Jenner.

On sait quels progrès ont été faits dans la connaissance des maladies virulentes depuis les travaux de M. Pasteur sur les fermentations ; grâce aux méthodes de culture des virus, il est établi aujourd'hui que ces maladies sont causées par le développement dans l'organisme d'êtres microscopiques spéciaux, et la découverte de leur microbe spécifique a déjà rendu très claire l'étiologie de quelques-unes d'entre elles. Lorsqu'on eut appris à cultiver les virus en dehors de l'organisme, on ne tarda pas à s'apercevoir que, sous certaines influences, ils perdent leurs propriétés nocives ; on peut alors les inoculer, sans provoquer de maladie grave, aux animaux qu'ils faisaient périr tout d'abord. Dans ces virus devenus inoffensifs, le microbe n'est cependant pas mort, puisqu'il peut se reproduire indéfiniment par culture en conservant ses propriétés nouvelles. On eut alors l'idée d'employer ces virus atténués comme vaccins de la maladie ; les animaux qui ont en effet reçu le virus atténué du choléra des poules, du charbon, du rouget, éprouvent une maladie légère qui leur donne l'immunité contre la forme grave de ces mêmes affections. Il n'est pas besoin de rappeler ici les succès des inoculations de virus

atténués dans la prophylaxie des maladies du bétail. Ces méthodes ne rentrent pas dans notre sujet, elles mettent les animaux sains à l'abri de la maladie ; mais appliquées à un animal déjà atteint, elles n'arrêtent pas le développement du mal. Cependant, les derniers travaux de M. Pasteur, en établissant que l'on peut rendre réfractaire à la rage un homme ou un animal, même après qu'il a été inoculé avec le virus rabique, paraissent rentrer dans la question qui nous occupe. Nous dirons d'abord ce qu'il est indispensable de savoir sur la rage pour comprendre le procédé par lequel M. Pasteur s'efforce d'empêcher la rage de se produire chez les personnes mordues par des chiens enragés.

La rage est essentiellement une maladie du système nerveux ; tous les symptômes qui la caractérisent relèvent de la moëlle, des nerfs et du cerveau.

Mais la preuve qu'il en est ainsi n'a été donnée que le jour où M. Pasteur et ses élèves ont montré que chez un animal mort de la rage, le bulbe, le cerveau, la moëlle épinière et certains nerfs sont virulents. Le véritable siège du virus rabique est la substance nerveuse, dans laquelle il existe à l'état de pureté, tandis qu'il est toujours impur dans la salive.

Il n'y a rage déclarée que lorsque le virus rabique, introduit dans l'organisme par une morsure ou une inoculation, a atteint le système nerveux qui est son véritable terrain de culture. C'est ce que prouve l'inoculation de la rage à la surface même du cerveau, sous la dure-mère, au moyen de la trépanation. Chez un animal ainsi inoculé, avec du virus rabique pur, la rage éclate d'une façon certaine après une incubation très courte qui ne dépasse pas 15 jours à trois semaines. (1) L'incubation, parfois si longue

(1) E. Roux. Des nouvelles acquisitions sur la rage, Th. Paris 1883.

avec les autres modes d'inoculation, est ici très réduite, parce que l'on a mis d'emblée le virus dans le milieu qu'il doit atteindre pour se développer et provoquer la rage. Quand on fait sur des lapins une série d'inoculations successives par trépanation, en mettant à la surface du cerveau de chaque nouvel animal une parcelle de la substance bulbaire du lapin précédemment inoculé et qui a succombé à la maladie, on voit que, dans cette suite de passages de lapin à lapin, le virus rabique devient de plus en plus virulent pour ces animaux ; au point que la durée de l'incubation n'est plus que de six jours quand le maximum de virulence paraît atteint.

La moëlle virulente d'un lapin qui vient de succomber à cette rage rapide, exposée à l'action lente de l'air, à une température du 20° environ dans une atmosphère sèche, perd peu à peu sa virulence (1). Elle ne produit la rage chez les animaux auxquels on l'inocule, même à la surface du cerveau, qu'au bout de vingt ou trente jours, et même d'avantage. Il arrive enfin un moment où avec cette moëlle on ne peut plus donner la rage. Si, chaque jour, on injecte sous la peau d'un chien une portion de ces matières rabiques, diminuées de virulence, en commençant par celles qui l'ont presque perdue et en passant successivement à des substances de plus en plus virulentes, on peut arriver à introduire, sous la peau d'un animal ainsi traité, le virus rabique le plus virulent, sans produire sur lui aucun effet, tandis que le même virus fait mourir de rage les chiens qui n'ont pas été préparés par ces inoculations ménagées. On peut ainsi, dans un délai de huit à dix jours, rendre un chien réfractaire à la rage. Il ne prend pas la rage, même si on lui inocule du virus rabique à la surface du cerveau.

Ces résultats acquis sur les animaux, M. Pasteur a cher-

(1) Dans tout cet exposé, nous prenons comme mesure de la virulence, le temps plus ou moins long qui s'écoule entre l'inoculation à la surface du cerveau et l'accès de rage.

ché à mettre à profit le temps, si long parfois, qui s'écoule entre le moment de la morsure et celui où la rage se manifeste chez l'homme réfractaire à cette maladie. Pour atteindre ce but, M. Pasteur injecte chaque jour sous la peau des gens mordus, aussitôt que possible après la morsure, de la substance nerveuse rabique dont la virulence est atténuée, en commençant par l'injection d'une matière rabique incapable de tuer un lapin et en passant chaque jour à des matières de plus en plus virulentes (1). Après dix de ces inoculations graduées l'immunité est acquise. Depuis le mois d'août 1885, un grand nombre d'inoculations préventives ont été ainsi pratiquées sur l'homme et, bien que le temps écoulé ne soit pas encore suffisant à cause des inoculations de durée exceptionnelle pour dire que tous les individus sont définitivement à l'abri de la rage, ce qui s'est passé depuis plus de quatre mois paraît promettre des résultats aussi bons chez l'homme que ceux précédemment obtenus sur les chiens.

Nous n'avons pas à discuter ici comment agissent les virus rabiques atténués injectés par M. Pasteur, virus dont on ne connaît pas le microbe d'une façon certaine, et qui ne paraissent provoquer chez ceux qui les reçoivent aucun malaise, même léger. Nous n'avons pas à rechercher si l'immunité est conférée par un microbe atténué ou, comme M. Pasteur incline à le penser ou par une substance spéciale qui accompagne le virus rabique et qui subsiste même après que celui-ci a cessé de vivre. Ce que nous devons examiner, c'est si la méthode d'inoculations préventives que nous venons de décrire constitue une médication abortive de la rage. Nous n'hésiterions pas à répondre affirmativement si les travaux du laboratoire de M. Pasteur ne nous avaient pas appris la manière dont se produit la rage.

(1) Pasteur. Méthode pour prévenir la rage après morsure. Acad. des sciences, oct. 1886, et Acad. de méd., id.

Le traitement est mis en œuvre après que l'inoculation du virus est faite, pendant la période même d'incubation, ce qui est bien la condition d'une médication abortive ; mais les inoculations antirabiques de M. Pasteur n'arrêtent pas une maladie déjà commencée, elles empêchent un mal menaçant de se déclarer. La rage, en effet, n'apparaît pas toujours après l'inoculation du virus rabique, son incubation n'a pas une durée fixe comme celle des autres maladies virulentes, elle peut varier dans des limites si étendues que cela seul suffirait pour donner à la rage un caractère spécial parmi les maladies à virus. Un individu qui a reçu du virus rabique sous la peau n'est pas un enragé, il se peut très bien qu'il ne le devienne jamais. Les travaux, que nous rappelions tout à l'heure, nous ont appris qu'il n'y a rage chez un sujet inoculé qu'à partir du moment où le virus a atteint les centres nerveux, son véritable milieu de culture. Un homme qui a du virus rabique dans un muscle, dans le sang est encore un homme bien portant, il ne sera enragé que lorsque son encéphale ou sa moëlle épinière auront reçu le virus et que celui-ci aura commencé à s'y développer. Toutes les circonstances qui arrêtent le transport du virus à la matière nerveuse empêchent la rage d'éclater. Lorsque le virus est arrivé à la substance nerveuse et qu'il s'y est développé, en un mot lorsque la rage existe, nous savons que la mort est fatale. A proprement parler, il n'y a pas encore de médication abortive de la rage.

Il en serait tout autrement si M. Pasteur était arrivé à donner l'immunité contre la rage à un animal, après qu'il a reçu le virus rabique, non plus sous la peau, mais à la surface du cerveau. La rage est alors certaine et dans un laps très court. Si M. Pasteur pouvait rendre réfractaire à la rage un chien inoculé sous la dure-mère avec du virus mort dans les douze jours qui s'écoulent avant l'apparition des premiers symptômes, il aurait réalisé les conditions de

la médication abortive qui doit nous occuper ici. Dans ce cas, en effet, le virus est porté d'emblée dans son milieu de culture et l'incubation de la rage devient aussi régulière que celle de la rougeole et de la scarlatine. M. Pasteur arrivera peut-être un jour à réaliser ce tour de force en fait de préservation et sa méthode, de préventive qu'elle est, deviendra une véritable médication abortive de la rage. Nous pouvons dire cependant que, dans des expériences inédites, ce résultat a été atteint plusieurs fois par le procédé que nous avons décrit, sur des chiens que l'on a pu rendre réfractaires à la rage après qu'ils ont été inoculés à la surface du cerveau (1). L'expérience ne réussit pas d'une façon constante, dans ces conditions, tous les animaux ne sont pas préservés. Toutefois cela suffit à montrer combien il est difficile, dans l'espèce, d'établir une distinction entre une médication préventive et une médication abortive. Le traitement préventif de M. Pasteur contre la rage pourrait donc, dans certains cas, être très justement regardé comme abortif.

(1) Communication orale.

ERYSIPÈLE

L'idée de faire avorter l'érysipèle devait naturellement se présenter à l'esprit des médecins. Cette maladie, toute locale en apparence, dont les manifestations extérieures ont une marche serpiginieuse, qui ne cause guère d'accidents graves qu'après avoir duré un certain temps, semblait devoir être particulièrement accessible aux médications topiques destinées à l'arrêter sur place.

Nous verrons que la question est plus complexe qu'elle n'en a l'air et que, malgré de très nombreuses tentatives, la médication abortive de l'érysipèle n'est pas encore trouvée. Cependant la question présente un intérêt d'autant plus considérable que, pour l'érysipèle comme pour un certain nombre d'autres maladies infectieuses, la démonstration de l'existence d'un agent pathogène vivant est venue raviver les espérances de la médication abortive.

Lorsque vers 1777, Lorry, émit l'idée que l'érysipèle était contagieux, il ne fut guère écouté : longtemps encore l'érysipèle continua à être considéré comme une phlegmasie banale : partant, longtemps encore, on lui appliqua le traitement antiphlogistique; et même, comme dans l'esprit de certains médecins, les phlegmasies étaient susceptibles d'être jugulées, on chercha à faire avorter l'érysipèle considéré comme une inflammation simple. C'est dans ce but que Petit (1), chirurgien de Lyon, avait, au commencement du siècle, appliqué des vésicatoires sur la plaque érysipélateuse.

(1) Rodamel. Thèse de Montpellier.

Nous ignorons les résultats d'une pareille médication, si contraire aux doctrines actuelles.

Quoiqu'il en soit, en 1834, Piorry entrevit nettement la nature de l'érysipèle qu'il appelait une septico-dermite; puis vint Velpeau qui admit un principe septique venu du dehors, ou formé dans l'économie. On sait le rôle prépondérant qui revient à Trousseau dans la démonstration de la contagiosité érysipélateuse; l'insistance avec laquelle il affirme qu'une solution de continuité est toujours la porte d'entrée de l'érysipèle, fait définitivement admettre que cette affection est due à la pénétration dans le derme d'un principe venu du dehors.

En 1868, Nepveu aperçoit des bactériidies dans les humeurs des érysipélateux; en 1869, Hueter les décrit; plus tard Wilde, Orth, Pitoy, Lukowski, Bouchard, Doléris constatent et étudient les micro-organismes de l'érysipèle. Mais la nature microbienne de l'érysipèle n'est définitivement démontrée que par Fehleisen.

Les résultats de ses travaux ont été confirmés par Koch, Cornil et Babès, par Denucé (1) dans une excellente thèse à laquelle nous empruntons les détails suivants : « La bactérie décrite par Fehleisen est un micrococcus, rarement isolé, quelquefois associé deux par deux (deplococcus), en général disposé en chaînettes de cinq à quinze grains (streptococcus), plus ou moins sinueuses, remarquables par l'égalité et la régularité des individus qui la constituent : chacun des cocci a une forme parfaitement ronde et un diamètre de $0\mu,3$. » — Fehleisen affirmait que le streptococcus érysipélateux ne passe jamais dans le sang. M. Denucé semble aussi avoir démontré que sur ce point Fehleisen avait commis une erreur : pour lui la marche de l'érysipèle paraît être la suivante. Le streptococcus erysipelatus, développé sur un point de derme, peut che-

(1) Denucé. Pathogénie et anatomie pathologique de l'érysipèle. Th. de Bordeaux, 1885.

miner non seulement par les lymphatiques de la peau (érysipèle par propagation à la peau voisine ou aux muqueuses) : il peut aussi pénétrer dans le sang et déterminer des altérations viscérales très graves.

Broca avait déjà été plus loin : dans la thèse de Darlau (1) qui nous expose ses idées, nous lisons que le germe de l'érysipèle après avoir donné naissance à une lésion dermique primitive pénètre dans la circulation : les nouvelles plaques cutanées qui apparaissent sont sous la dépendance de l'infection générale et ne surviennent pas par propagation : pour ce motif le mot d'érysipèle ambulante lui paraît mauvais et il préfère le nom d'érysipèle à déterminations multiples.

D'après la conception de l'érysipèle exposée par M. Denucé, on doit conclure que cette affection est accessible à la médication abortive. Lorsqu'une plaque d'érysipèle a germé sur la peau, il faut autant que possible chercher à l'éteindre sur place pour empêcher soit la propagation par continuité, soit le passage du streptococcus dans le sang.

Or il est remarquable que, bien avant les théories microbiennes, par une sorte de claire intuition de la vérité, de nombreux médecins aient tenté de trouver la médication abortive de l'érysipèle à l'aide de substances dont la science moderne reconnaît le pouvoir antibactérien. Nous indiquerons sommairement et en suivant l'ordre chronologique quelques-unes de ces tentatives.

En 1831, Ricord employe avec grand succès l'*onguent napolitain*.

« Le lendemain de la première application, dit-il, ce qui annonce que l'érysipèle s'améliore, ce sont les rides qui se forment sur l'épiderme, le gonflement ayant diminué : si cette diminution n'a pas lieu, on fait une nouvelle

(1) Th. Paris, 1880.

onction. Il est rare qu'on soit obligé d'en faire plus de six pour vaincre les érysipèles les plus rebelles(1) ».

M. le Prof. Bouchard emploie encore l'onguent napolitain dans l'érysipèle mais sans en faire un abortif.

Peu de temps après Tanchou (2) préconisait le *nitrate d'argent*: il crayonnait la surface érysipélateuse ou la lotionnait avec une solution concentrée: et l'inflammation tombait très rapidement. Piorry, Alibert, J. Higginbortom affirmèrent qu'ils s'étaient fort bien trouvés du moyen indiqué par Tanchou.

En 1832, Malgaigne (3) déclare avoir obtenu d'excellents résultats par les applications de *camphre* mouillé.

En 1833, Gouzee (4) préconise les fomentations *alcooliques* réfrigérantes: dans son esprit, la réfrigération était opposée à la phlegmasie; aujourd'hui, nous pouvons voir dans les succès de l'alcool un effet de ses propriétés antiseptiques.

En 1836, Boudin (5) emploie, d'après les préceptes de Larrey (cliniques), le *cautère actuel*, pour circonscrire l'érysipèle: il déclare que la plaque érysipélateuse avorte sûrement avec ce moyen et il reste convaincu qu'il a ainsi sauvé la vie à plusieurs malades.

En 1869, Lucke (6) emploie les onctions d'*huile de thérebentine*: les succès qu'il aurait ainsi obtenus auraient été merveilleux.

La même année, Schutzemberger et Lurott (7) vantent les *scarifications* faites aux limites de la plaque érysipélateuse.

(1) Lancette française, p. 109.

(2) Tanchou. Lancette française, 1831.

(3) Gaz. méd., p. 382.

(4) Gouzee. Gazette méd., 1833.

(5) Revue de méd. et de pharm. militaire.

(6) Berliner klin. Woch.

(7) Gazette médicale de Strasbourg, p. 75.

Une médication abortive sur laquelle nous insisterons un peu plus est celle qui consiste à circonscrire l'érysipèle avec le *collodion*. L'usage de ce médicament semble remonter à l'année 1853 : c'est Robert de Latour qui l'employa le premier. Presque simultanément, Aran, Trousseau, Nélaton, Rouget (1) s'en servirent et en vantèrent l'usage. Puis la nouvelle médication fut critiquée par les uns, exaltée par les autres.

On a pu supposer que cette médication n'avait pas été appliquée suivant les préceptes de Broca et que c'est pour cette raison qu'on lui a reproché tant d'insuccès. Voici ce que dit Broca : « Le moyen est simple et d'une application facile : il consiste en l'application sur la peau d'une couche de collodion au-dessus de la partie malade : le collodion doit être étendu sur les limites de l'érysipèle, *mais sur la peau saine* ; la bande doit avoir 6 ou 8 centimètres de large ; elle doit former une *enceinte continue*, une cravate qui sépare la partie atteinte du reste de la surface cutanée : une compression circulaire, douce, est ainsi exercée ; il faut examiner la couche de collodion une ou deux fois par jour et *réparer les fissures* qui s'y seraient produites ; il est nécessaire d'user de collodion médicinal pur, sans addition d'aucune huile (2). »

En 1875, Lubansky et Calvy (de Toulon) obtinrent aussi de beaux succès avec le collodion employé suivant les préceptes de Broca (3).

Nous voici arrivés à l'époque des doctrines microbiennes : les substances employées pour la médication abortive vont un peu changer et les essais seront d'abord timides : mais on verra avec quelle rapidité ils deviennent plus hardis.

(1) Thèse de Strasbourg, 1854.

(2) Broca. Journ. de méd. et chir. prat., 1872 et thèse de Darlay, 1880.

(3) Union méd., 1875.

En 1881, M. Hallopeau emploie le salicylate de soude intus et extra : des compresses imbibées d'une solution de ce sel neutre à 1/20 sont appliquées sur la partie malade recouverte d'un taffetas gommé et fréquemment renouvelées : à l'intérieur le malade prend 4 grammes de salicylate de soude dans les vingt-quatre heures : sous l'influence de ce traitement, déclare M. Hallopeau, la température s'abaisse tout de suite et la durée de la maladie semble très abrégée. M. Hallopeau rejette ce traitement en cas de dyspnée ou d'accidents cérébraux.

Ce que M. Hallopeau a obtenu avec le salicylate de soude, Zenifan l'aurait obtenu avec le *perchlorure de fer* intus et extra.

En 1882, Bogusch et Skibnessky (1) prétendent arrêter la marche de l'érysipèle par les injections hypodermiques de *résorcine*. Avec une solution aqueuse à 5/100, ils font des piqûres au pourtour de la plaque, à un centimètre et demi les unes des autres : l'aiguille doit être dirigée obliquement vers le centre de la plaque. Après cette opération, la température tombe et l'érysipèle disparaît.

La même année, Turbin a employé le *bichlorhydrate de quinine carbamidé* (sel de Drygin) en injections hypodermiques : avec une solution aqueuse à 60 pour 65, on pratique des piqûres successives : chaque piqûre injecte 0,50 centigrammes de cette solution : une ou deux injections ont suffi quelquefois à faire avorter l'érysipèle. Mais notons avec soin que Turbin a employé concurremment des badigeonnages avec de l'huile camphrée et de l'huile phéniquée : et ajoutons que la Société de médecine caucasique s'est prononcée contre les injections hypodermiques de sel de Drygin (2).

Le Dr Dianine ayant avancé que le *trichlorophénol* est une substance éminemment antiseptique et antibacté-

(1) Medyc. Oleogr. Février-décembre 1882.

(2) Revue des sc. méd., 1882.

rienne, Yurinski (1) eut l'idée de l'employer pour faire avorter l'érysipèle. Voici comment il procède : deux fois par jour il badigeonne la surface affectée avec une solution à 5 pour 100 ou 10 pour 100 de trichlorophénol dans la glycérine : on recouvre avec une couche d'ouate et l'on maintient le tout avec une bande. Avec ce traitement, on voit d'abord la température s'abaisser, puis le gonflement diminue et l'érysipèle disparaît.

En terminant cette énumération forcément incomplète, mais qui pourra servir du moins à donner une idée des procédés employés pour faire avorter l'érysipèle, il nous est bien difficile de nous prononcer sur la valeur des tentatives que nous avons signalées.

Aucun des remèdes vantés n'a donné de résultats incontestables ; si l'un d'eux avait été héroïque, il serait resté dans la thérapeutique courante et il aurait été adopté généralement.

Néanmoins, les recherches faites pour éteindre l'érysipèle sur place seront probablement reprises, car théoriquement l'érysipèle ou plutôt les érysipèles sont justiciables de la médication abortive.

Où est le danger de l'érysipèle ? Il réside dans les altérations viscérales multiples qui se présentent rarement dans les érysipèles de la face, mais qui sont fréquentes dans les érysipèles chirurgicaux. Ces altérations, attribuées depuis longtemps par les chirurgiens à « l'introduction dans le sang de matériaux septiques (2), » sont très probablement dues à des embolies coccifères, parties de la lésion cutanée primitive. Détruire sur place cette lésion avant qu'elle n'ait infecté l'économie tout entière serait comme pour la pustule maligne le procédé le plus rationnel de traitement.

(1) Yurinski. Traitement de l'érysipèle par le trichlorophénol. *Jejened. klin. Gazeta*, n° 51, 1883.

(2) Gosselin. Art. Erysip. chirurg., in *Dict. de méd. et chir. prat.*, t. XIV, p. 16.

PNEUMONIE.

La pneumonie est une des maladies qui ont été l'objet des tentatives les plus répétées et les plus hardies de jugulation. Au point de vue historique, elle aurait le droit d'occuper une des premières places parmi les affections justiciables de la médication abortive. Mais il faut avouer que les procédés anciens, étant peu à peu tombés dans l'oubli en même temps que les idées doctrinales qui leur avaient donné naissance, la pensée d'arrêter la pneumonie dans son cours régulier a presque disparu de la thérapeutique actuelle.

Nous croyons cependant qu'il y a grand intérêt à examiner rapidement ce qui a été fait pour juguler la pneumonie. L'évolution de cette question nous permettra de suivre celle de la médication abortive elle-même.

Quelques remarques sont nécessaires si l'on veut porter un jugement impartial sur la valeur des nombreuses tentatives qui ont été faites pour trancher le cours de la pneumonie aiguë.

C'est une maladie qui se révèle dès le début par des symptômes tellement caractéristiques et par des signes tellement précis que l'erreur n'est guère possible. Il est certain qu'un homme qui est pris subitement d'un point de côté et d'un frisson avec élévation considérable de la température, chez lequel on constate en un point limité de la poitrine quelques bouffées de râles crépitants et qui a une expectoration fibrino-sanguinolente, est un pneu-

monique. Il n'y a pas ici les mêmes incertitudes de diagnostic qu'au début de la fièvre typhoïde ou même de la variole et la médication peut intervenir dès le premier moment, sans qu'on puisse lui reprocher après coup d'avoir fait fausse route et d'avoir combattu un ennemi imaginaire. A ce point de vue, la pneumonie offrait donc un terrain éminemment favorable aux tentatives de médication abortive dont elle a été l'objet.

Mais si le début de la pneumonie est toujours net et caractéristique, nous ne voulons parler bien entendu que de la pneumonie aiguë franche, si sa terminaison est également tranchée, le moment, où a lieu la défervescence, est loin d'être toujours le même. Il y a des pneumonies qui se résolvent spontanément et prématurément. Ces pneumonies, qui évoluent en moins de cinq jours, se rencontrent à tout âge. M. le Prof. Charcot les a observées chez des vieillards et leur a donné le nom de pneumonies abortives. Wunderlich, Woillez, Hébert, Bernheim, Marrotte, les ont décrites chez l'adulte. Dans certaines épidémies, elles paraissent être particulièrement fréquentes. Il est certain que ces cas bénins dans lesquels la maladie avorte d'elle-même rendent très difficile l'appréciation des résultats obtenus par la thérapeutique. Si les faits ne sont pas suffisamment nombreux et démonstratifs, on pourra toujours dire que la résolution prématurée, obtenue avec la médication, aurait pu se produire sans elle et que l'abortion est le fait de la nature de la maladie et non du traitement. Cette objection que nous avons déjà signalée et avec laquelle doit toujours compter la médication abortive ne constitue pas cependant un obstacle insurmontable à l'appréciation des résultats obtenus par une intervention active.

De tous temps, la majorité des médecins a cru s'attaquer à la nature intime de la pneumonie, à son essence même, et sans remonter à l'époque où faute de moyens

d'exploration précis, le diagnostic n'offrait pas une sécurité suffisante, on peut dire qu'il y a eu deux grandes médications de cette maladie. La saignée et le tartre stibié.

Suivant les uns, la saignée débarrassait l'organisme des humeurs peccantes fixées dans le poumon ; suivant les autres, elle enlevait au sang les matériaux de la phlogose et amenait ainsi l'extinction, faute d'aliments de l'inflammation pulmonaire. Le tartre stibié devait en déprimant l'organisme, en appauvrissant ses ressources, le transformer momentanément en un terrain infécond où la maladie ne pouvait se développer et s'étendre. Dans les deux cas, comme on le voit, l'idée dominante était de supprimer la maladie en agissant sur l'organisme de manière à faire avorter le processus commencé. Un rapide aperçu historique est ici nécessaire.

Saignée. — L'origine de la saignée est antérieure à Hippocrate (1). Celui-ci non seulement la connaissait et l'employait dans les inflammations du poumon, mais il en précisait les indications avec une remarquable sagacité. Il recommande la saignée si la fièvre est forte, s'il y a de la douleur dans un côté de la poitrine ou dans les deux ; si le malade souffre pendant l'expiration, s'il tousse, si les crachats sont rouillés ou livides ou ténus, spumeux et d'un rouge de sang ; enfin s'ils présentent quelque différence avec les crachats de bonne nature ; si la douleur s'étend vers la clavicule ou vers la veine et le bras, on ouvrira la veine brachiale interne du côté malade. La quantité de sang sera proportionnelle à la constitution du corps, la saison, l'âge, l'état général du malade ; si la douleur est aiguë on poussera hardiment la saignée jusqu'à la défaillance.

(1) Hippocrate. Œuvres trad. Littré, t. II, p. 259.

Asclépiade (1), Celse (2), Arétée (3), Galien (4) surtout saignent abondamment, mais leur but est plutôt d'obtenir un dégorgement rapide du poulmon que d'interrompre à proprement parler le cours de la maladie. L'École Arabe suit les mêmes errements. Les médecins du moyen âge et de la Renaissance se perdent en discussions sur l'interprétation littérale du texte d'Hippocrate et Brissot (5) est persécuté pour avoir préconisé la saignée, *larga manu*, du côté malade et non le plus loin possible du lieu affecté; néanmoins sa pratique finit par triompher. L'idée dominante pour ceux qui ouvraient une veine éloignée paraît être d'opérer une révulsion et pour ceux qui saignent le plus près de la douleur d'obtenir une dérivation.

Les grands médecins des XVII^e et XVIII^e siècle se dégagent de tous ces raisonnements métaphysiques. Ils emploient la saignée dans la pneumonie, mais en habiles observateurs il cherchent à en fixer les indications et contre-indications. Sydenham (6) faisait tirer 400 gr. de sang le matin et 400 gr. le soir pour recommencer le lendemain matin de sorte qu'il enlevait au malade 1,200 grammes de sang. Stoll (7) n'emploie la saignée que si elle est indiquée par la forme de l'affection, les symptômes, la constitution du sujet. J. P. Franck (8) conseille de la répéter à intervalles assez rapprochés pour que les effets de la pre-

(1) Asclepiade in *Ætius*. De cognoscendis et curandis morbis, inséré par Henri Estienne dans les *Artis medicæ principes*.

(2) Celse. De re medica.

(3) Arétée. De morbis acutis, edente. Boerhaave. Lugduni Batavorum, liber III.

(4) De usu partium. De ven. section. Adversus Eristratum liber. De curandi ratione per venæ sectionem.

(5) Brissot. Apologetica dissertatio. Parisiis, 1525.

(6) Sydenham medic. practica. Genevæ, t. I.

(7) Stoll. Aphorismes, traduits par Mahon. Paris.

(8) Franck (J.-P.). Traité de méd. pratique. Paris, 1842.

mière ne soient pas détruits par la seconde. Son fils Joseph rapporte qu'il lui a vu faire à la clinique de Pavie douze, quinze et même un plus grand nombre de saignées. Huxham (1) étudie et discute l'utilité de la saignée suivant les cas. Cullen (2) est partisan comme lui d'une action énergique; il saigne dès le début et règle la quantité du sang que l'on doit tirer par la diminution de la douleur et par la liberté de respirer que le malade éprouve pendant la saignée.

Enfin Broussais (3) pousse l'abus de la saignée jusqu'à ses dernières limites; il n'est plus guidé comme ses prédécesseurs par les indications tirées de l'état du malade ou les caractères particuliers de la maladie, mais, par une idée théorique dont il déduit toutes les conséquences avec une rigueur impitoyable. Toute maladie est due à l'inflammation, or de tous « les débilitants propres à arrêter les inflammations, la saignée est le plus efficace de tous » (proposition CCLXIV); il faut donc saigner abondamment et dans tous les cas. La saignée a une action directe non pas contre tel ou tel symptôme, mais contre le fond même de la maladie, contre l'inflammation qu'elle arrête dans sa marche. Bouillaud (4) déclare encore plus nettement qu'il est possible d'arrêter la pneumonie dans son cours au moyen de sa méthode jugulante. Cette pratique est ainsi résumée dans le traité de pathologie de MM. Hardy et Béhier (5): « S'il s'agit d'un sujet adulte

(1) Dissertation sur les pleurésies et les pneumonies. In Opera medica.

(2) Cullen. Méd. prat., trad. par Bosquillon. Paris, 1789.

(3) Broussais. Cours de pathol. et therap. générale. Paris, 1825. Hist. des phlegm. ou inflammations clin. Paris, 1838, t. II.

(4) Bouillaud. Art. Pneumonie, du Dict. de med. et chir. prat. Paris, 1835, t. XIII.

(5) Hardy et Béhier. Traité de pathologie interne. Art. Pneumonie.

d'une force et d'une constitution ordinaires, le premier jour on pratique une saignée du bras de quatre palettes, une seconde le soir de trois ou quatre palettes, dans l'intervalle des deux saignées on appliquera sur le côté douloureux trente sangsues ou des ventouses scarifiées de manière à obtenir par cette saignée locale trois ou quatre palettes de sang environ.

« Le second jour, on fait une saignée de même quantité que les deux premières, et si la douleur de côté persiste, on réitère l'application des sangsues ou des ventouses. Le troisième jour du traitement, la plupart des pneumonies sont arrêtées; mais si la maladie résiste encore, on doit sans hésiter pratiquer une quatrième saignée au bras de trois ou quatre palettes. La pneumonie, même parvenue au second degré, résiste rarement au delà du quatrième jour. Dans le cas où il en est ainsi, on peut pratiquer encore une nouvelle saignée, mais le plus ordinairement il est mieux d'y renoncer et d'appliquer un large vésicatoire sur le côté malade. En règle générale, on ne doit renoncer aux émissions sanguines que du moment où la réaction fébrile est nulle ou presque nulle, ou que la douleur et la dyspnée ont à peu près complètement cessé. Les cinquième et sixième jours, il ne s'agit plus que de surveiller attentivement l'état du malade. Dans les cas les plus ordinaires, la révolution s'opère rapidement et déjà l'appétit commence à se faire sentir. Dans quelques cas exceptionnels, une réaction, une sorte de recrudescence peut se manifester, et l'on doit alors revenir avec plus de réserve aux émissions sanguines.

« On peut évaluer à quatre ou cinq litres la quantité de sang que l'on retire dans les cas de moyenne gravité, et qui doit être enlevée dans l'espace de trois jours environ. »

Bouillaud croyait avoir démontré que l'on peut juguler la pneumonie par la saignée et que, toutes choses égales d'ailleurs, les chances d'en interrompre le cours sont

d'autant plus grandes que l'on commence le traitement plus près du début. L'idée de faire de la saignée une médication abortive est donc formulée de la façon la plus nette et la plus péremptoire.

Nous ne nous arrêterons pas à la discuter. La méthode des saignées coup sur coup a péri par son exagération même ; elle n'a plus aujourd'hui qu'une valeur historique et ne paraît pas destinée à se relever jamais du discrédit dans lequel elle est tombée. Peu à peu la saignée, même réduite aux proportions beaucoup plus modestes d'une médication symptomatique applicable à certains cas seulement, est tombée en désuétude et a cessé d'être employée. Les avantages et les inconvénients qu'elle peut avoir sont exposés et discutés de la manière la plus lucide dans l'article *Pneumonie* de M. le Prof. Lépine.

« Les adversaires systématiques de la saignée accordent qu'elle n'est pas sans utilité tant que l'exsudat n'est pas formé (Bennet). Or, l'exsudat d'une pneumonie ne se fait pas tout d'un coup ; une vaste hépatisation ne s'opère pas tout d'un bloc, mais par poussées ; donc, une saignée faite le troisième, et quelquefois même le quatrième jour, n'arriverait pas trop tardivement pour exercer une influence sur le processus de l'exsudation. Malgré l'avantage probable qui, à cet égard, serait le résultat de cette pratique, la plupart des praticiens ne saignent pas actuellement les pneumoniques, alors même qu'ils sont appelés au début de la maladie. On fait valoir en faveur de l'abstention des émissions sanguines qu'elles ont le défaut d'appauvrir le sang d'une manière irrémédiable, non seulement en matériaux plastiques, ce qui, dit-on, nuit à la convalescence mais en hémoglobine, laquelle est, comme on sait, le porteur d'oxygène, ce qui, prétend-on, accroît la menace d'asphyxie et augmente le surmènement du cœur.

Je ne suis touché, je l'avoue, que dans une certaine mesure, par l'argument qu'on tire de l'appauvrissement du

sang en matériaux plastiques ; car, avant d'avoir souci de la convalescence, il faut songer à la cure, et, quant au prétendu surménagement du cœur qui doit être la conséquence de la diminution de l'oxygène du sang, je fais quelques réserves, car rien ne démontre qu'après une saignée amenant la détente dont je parlais tout à l'heure, les tissus réclament la *même* quantité d'oxygène que pendant la fièvre. Quant à la diminution de l'oxygène du sang, après une saignée copieuse, je la crois incontestable ; elle est démontrée directement par l'expérience suivante de Jurgensen et Hüfner : ils enlèvent par la fémorale, à un chien à jeun, le quart de son sang. 100 volumes de ce sang renfermaient 24 volumes d'oxygène. 12 heures après, pendant lesquelles le chien avait continué de jeûner, ils font à l'animal une deuxième saignée, 100 volumes de sang ne renferment alors que 12,8 d'oxygène. Mais c'est gratuitement qu'on suppose qu'une soustraction d'oxygène est pernicieuse à un fébricitant. Rien ne le démontre et, même les idées nouvelles de Pasteur, que je lis au moment où l'on imprime cet article, autorisent à en douter. Les belles recherches de P. Bert ont déjà prouvé que l'oxygène est loin d'être un agent inoffensif, puisque des accidents d'intoxication terribles surviennent chez un animal en santé à un certain degré de sursaturation du sang. Aussi l'idée qu'une certaine soustraction d'oxygène dans le cas de phlegmasie agisse d'une manière favorable, comme antiphlogistique, ne me paraît avoir à priori rien d'irrationnel.

« Ce qui me touche, au contraire, c'est l'argument parfaitement exposé par Jaccoud (Clin. méd. à Lariboisière), à savoir qu'une profonde atteinte à l'organisme du pneumonique, augmente les chances qu'a la phlegmasie de passer à l'état d'hépatisation grise. S'il en est ainsi chez la plupart des sujets, la saignée va contre le but qu'on se propose.

« Ainsi la saignée est une arme à deux tranchants et qui blesse mortellement, si elle n'est pas bien maniée. Elle ne peut donc être considérée comme méthode générale de traitement de la pneumonie commune, mais seulement comme un moyen de nécessité et dont l'indication principale est la congestion pulmonaire. Je renvoie, à ce sujet, à la clinique médicale de Jaccoud, où cette indication est posée d'une manière magistrale.

« Pour ma part, j'ai eu deux fois, dans ma pratique, l'occasion de saigner des pneumonies suffocantes au troisième jour ; dans un cas, j'ai fait retirer plus de 600 grammes de sang. L'effet a été merveilleux ; dans les deux cas, la température est restée abaissée trente-six heures, puis elle est remontée pour tomber de nouveau par crise légitime, le septième jour » (1).

Ce jugement motivé est du reste conforme à celui de Grisolle, qui, bien que partisan résolu de la saignée, déclarait que « jamais la pneumonie ne peut-être jugulée par les émissions sanguines faites le plus largement possible ». (2).

On peut donc dire que la saignée, quelle que soit son utilité dans certains cas déterminés, ne constitue pas une médication abortive dans la pneumonie et que si elle doit être employée, ce n'est pas pour en interrompre brusquement le cours, mais pour en combattre tel ou tel symptôme incommode ou dangereux. Nous n'en avons parlé aussi longuement que parce que son histoire est intimement liée à celle des doctrines médicales et montre combien l'idée que l'on se fait de la nature de la maladie influe sur les procédés qu'on emploie pour la combattre et sur l'opinion qu'on a de leur action.

(1) Dict. de méd. et chir. pratique. Art. Pneumonie, par R. Lépine, p. 503.

(2) Grisolle. Traité de la pneumonie, p. 542.

Tartre stibié. — La seconde des grandes médications de la pneumonie, la médication stibiée, eut les débuts modestes. L'émétique, dont on connaissait les propriétés vomitives, fut d'abord employé à titre d'évacuant. Stoll et ses contemporains en tiraient de grands avantages, mais ils ne le considéraient pas comme un médicament destiné à combattre le fond même de la maladie. Rasori (1), ressuscitant l'irritabilité de Brown sous le nom de diathèse de stimulus, fit du tartre stibié l'agent principal de sa médication. Convaincu de l'existence dans toutes les maladies aiguës de la diathèse de stimulus, il s'efforçait d'en atténuer les conséquences en provoquant une dépression artificielle au moyen de l'émétique donné à doses massives. Le contro-stimulus devait évidemment dans la théorie rasorienne arrêter la maladie en lui retirant le terrain naturel de son évolution, mais l'idée de la juguler n'est nulle part clairement exprimée. Laënnec, grand partisan de l'émétique dans la pneumonie, dit que :

« Au bout de 24 à 48 heures au plus, souvent même au bout de deux ou trois heures, on obtient par cette méthode une amélioration notable de tous les symptômes » (2) ; suivant Trousseau et Pidoux « les antimoniaux employés à l'exclusion de tout autre moyen amènent plus vite la cessation des phénomènes fébriles que lorsqu'on saigne le malade préalablement et concurremment » ; enfin Grisolles résume ainsi son opinion : « les faits qui précèdent ne permettent d'élever aucun doute sur l'heureuse influence que l'émétique donné à haute dose exerce sur la terminaison, sur la marche et sur la durée de la pneumonie ».

Quelque favorables que soient ces jugements, on voit

(1) Rasori. Sur l'emploi de l'émétique à haute dose dans le traitement de la péripneumonie inflammatoire, par Bayle dans sa biblioth. de therap. Paris, t. I.

(2) Laënnec (R.-T.-H.). Traité de l'auscultation médiate, etc. Paris, 1879. Edit. de la Faculté, p. 327.

qu'ils ne concluent pas à une action abortive de l'émétique sur la pneumonie. En réalité, quand les coups portés par les partisans de l'expectation pure et simple à la doctrine de Broussais et de Bouillaud eurent montré les inconvénients et les dangers des médications théoriques et excessives, on examina de plus près le mode d'action de l'émétique. On s'appliqua à préciser ses indications et surtout ses contre-indications. On reconnut que s'il pouvait rendre des services c'était dans un petit nombre de cas seulement. Aujourd'hui il en est du tartre stibié comme de la saignée ; ceux qui s'en servent ne l'emploient plus qu'avec modération et dans des conditions déterminées.

Les autres moyens employés contre la pneumonie n'ont jamais été sérieusement considérés comme de nature à juguler la maladie, ils n'appartiennent pas à l'histoire de la médication abortive, aussi ne ferons-nous que les mentionner.

Alcool. — L'alcool préconisé en Angleterre par Tood, introduit en France par Béhier, fut donné d'abord en vertu d'idées diamétralement opposées à celles qui avaient cours à cette époque. On déprimait l'organisme pour couper les vivres à la maladie ; on exalta les forces du malade pour lui permettre de résister à son mal. Il ne s'agissait plus d'interrompre ou de raccourcir une évolution commencée mais de soutenir le patient pendant que la maladie suivait son cours naturel. Plus tard on étudia de plus près le mode d'action de l'alcool ; les uns admirent qu'il est un médicament antipyrétique, d'autres qu'il agit comme un aliment facilement assimilable même pendant la fièvre. L'expérimentation ne jeta pas sur la question d'aussi vives lumières qu'on l'avait espéré et la médication alcoolique fut réduite à un certain nombre d'indications cliniques sans aucune idée de faire avorter l'évolution morbide commencée.

Digitale. — La digitale, employée d'abord par Traube, vantée par Hirtz, Saucerotte, Coblentz (1), aurait, suivant ces auteurs, une influence manifeste sur la marche de la maladie. « Dès que la digitale produit son effet sur le pouls et la température, on remarque un arrêt dans la marche de l'affection locale, suivi d'une rapide convalescence. » Mais l'existence de cette crise digitalique est fort hypothétique; les partisans de la digitale sont bientôt devenus de plus en plus rares et ceux qui l'emploient la considèrent simplement comme un antipyrétique et restreignent ses indications à certains cas déterminés. M. le Prof. Lépine, la réserve aux cas où le pouls est particulièrement fréquent.

Vératrine. — La vératrine, dont l'action contre la pneumonie fut signalée par Aran, n'est plus guère employée; son action est très problématique et ses inconvénients plus considérables que ceux de la digitale.

Quinine. — La quinine a été recommandée dans la pneumonie comme dans toutes les maladies hyperpyrétiques pour combattre les températures élevées; elle a sur la digitale l'avantage de pouvoir être prolongée longtemps et de ne pas produire de collapsus. Suivant M. le Prof. Lépine, elle pourrait peut-être « dans une certaine mesure mettre obstacle à la tendance à la suppuration qui existe chez beaucoup de pneumonies même communes ».

Médicaments divers. — Nous nous bornerons à signaler l'ergot de seigle, l'aconit, les alcalins à haute dose, le salicylate de soude, qui ont également été préconisés dans la pneumonie; tous ces médicaments ont été dirigés comme les précédents contre tel ou tel symptôme, telle ou telle variété de la pneumonie, mais non contre le fond même de la maladie.

(1) Coblentz. De l'emploi de la digitale comme agent thérapeut. Th. Strasbourg, 1862, n° 623.

Bains froids. — Le bain froid a été peu employé en France contre la pneumonie, mais en Allemagne il compte de nombreux partisans. Liebermeister le prescrit dans tous les cas, quel que soit l'âge du malade. Thomas, Ziemssen sont partisans, chez l'enfant surtout, du bain graduellement refroidi et non de l'immersion brusque dans l'eau froide, à laquelle ils reconnaissent des dangers. Jurgensen (1), beaucoup plus absolu, donne des bains à 16° et si la température du malade remonte trop vite après cette intervention, il abaisse celle du bain jusqu'à 5 ou 6° cent. Ces recherches ont été poursuivies de divers côtés. Brugnattelli (2) rapporte onze observations dans lesquelles ce traitement a été suivi avec succès. Ses malades ont bien supporté les bains qui ont amené un abaissement temporaire de la température centrale et une sédation marquée des symptômes généraux; chez deux malades, la résolution s'établit le sixième jour; chez deux autres, le septième.

Kisseleff (3) a tenté de résoudre par une étude comparative la question de l'utilité des bains froids. Il a traité 23 malades par ce procédé, tandis que 21 autres ne prenaient pas de bains. Toutes les autres conditions de régime et de traitement étaient d'ailleurs les mêmes dans les deux séries d'observations.

Le malade entrait dans un bain de 28 à 29° R., on le refroidissait peu à peu jusqu'à 12 à 16° et sa durée totale était de dix à quinze minutes. Les bains étaient donnés le soir et continués jusqu'à l'apparition de la crise. Cette

(1) Jurgensen. Grundsätze für die Behandlung der croup. Pneumonie. Sammlung Klinischer Vorträge, 1877, n° 45, et Ziemssen Handbuch der speciellen Path. u. Therap. Leipzig, 1877.

(2) Du trait. de la pneumonie par les bains froids, par Brugnattelli. Rev. med. dell' Instituto lombardo, juillet 1883.

(3) Kisseleff. Du trait. de la Pn. croup, Wratsh., 1883, n° 7 et 8. In Rev. des sc. méd., 1884.

thérapeutique avait, suivant Kisseleff, un effet favorable très marqué sur les douleurs, les symptômes cérébraux et le sommeil des malades. Son influence sur la marche de la maladie est appréciée dans les conclusions suivantes qui terminent son étude :

« La mortalité dans le traitement hydriatique est moindre que dans la méthode expectante.

« Les tracés de la température du pouls et de la respiration sont à peu près les mêmes dans les deux groupes, mais chez les malades traités par l'expectation, une haute température s'observait sans discontinuation pendant plusieurs jours, tandis que chez les malades qui prenaient des bains, la fièvre diminuait chaque jour de 1°,5 à 3°, pendant la durée de 4 à 5 heures, et en même temps le pouls et la respiration devenaient moins fréquents.

« La crise dans la méthode hydriatique paraît survenir plus tôt que dans le traitement expectatif.

« Les bains n'influent pas sur la fréquence des complications, mais ces derniers évoluent plus favorablement sous l'influence du traitement hydriatique.

« La convalescence est plus rapide quand les malades sont traités par les bains ».

On voit par ces exemples que les partisans les plus résolus des bains froids dans la pneumonie ne prétendent plus arrêter le cours normal de la maladie. Cependant ils espèrent obtenir une crise plus hâtive. L'utilité d'une intervention aussi active est encore plus problématique chez les enfants que chez les adultes. « Pour ceux-ci, dit M. le Prof. Damaschino (1), la pneumonie est une maladie très bénigne qui se termine presque toujours par la guérison. » Barthez, Picot, d'Espine, M. Cadet de Gassicourt, partagent le même avis. Aussi ne faut-il pas trop se targuer des succès obtenus chez eux.

(1) Damaschino. Pneumonie aiguë chez les enfants. Th. Paris, 1867.

La conclusion à laquelle nous amène cette étude rapide, sur les entreprises thérapeutiques tentées contre une des maladies que l'on a le plus hautement manifesté la prétention de faire avorter, est à peu près la même que celle de M. Hanot. « La pneumonie, dit-il, est une maladie cyclique dont nulle médication ne peut suspendre le cours. Considérée dans son type le plus régulier, dans sa forme la plus favorable, abandonnée à sa seule impulsion, elle débute brusquement, finit de même sans convalescence sérieuse dans un espace de temps qui varie de cinq à neuf jours. Il arrive même quelquefois qu'elle avorte spontanément avant le cinquième jour. »

« Il est certain que ce rapide retour à la santé a été souvent attribué à la médication et qu'il a plus fait pour l'émétique que Rasori et que Broussais pour la saignée. Il n'y a point de médication qui jugule, qui coupe la pneumonie aiguë, qui lui soit ce que la quinine est à la fièvre intermittente » (1).

Cette condamnation des anciennes méthodes doit être acceptée dans son ensemble; cependant elle comporte quelques tempéraments. Les statistiques des partisans les plus résolus de l'expectation dans la pneumonie, Skoda, Wunderlich, Leudet, n'ont pas toujours été aussi favorables que celles de Dietl qui n'avait qu'une mortalité de 7,4 0/0, tandis qu'elle était de 20 0/0 chez les malades soumis au traitement par la saignée ou par le tartre stibié. Suivant la judicieuse remarque de M. le Prof. Lépine, l'observation des médecins les moins systématiques montre que, abandonnée à elle-même, la pneumonie se termine plus souvent par suppuration que par crise. Elle semble même indiquer qu'il y a une grande utilité à instituer le traitement dès le début. Grisolle avait une mortalité moitié moindre chez les malades entrés à l'hôpital dans les trois

(1) J. Hanot. Du traitement de la pneumonie aiguë. Th. agrég., 1880.

premiers jours que chez ceux qu'il n'avait commencé à traiter que dans les trois jours suivants, et sa thérapeutique était des plus actives.

Le fatalisme, le naturisme pur ne sont donc pas de mise ici, puisqu'on peut non seulement supprimer certains symptômes fâcheux ou incommodes de la pneumonie, mais peut-être en raccourcir un peu la durée et supprimer la partie terminale de son évolution qui seule crée un danger pour le malade. Ce n'est pas de la jugulation, mais c'est au moins la démonstration que nous ne sommes pas aussi impuissants que l'on a bien voulu le dire, contre la marche fatale d'une maladie à évolution cyclique.

Les recherches récentes dont la pneumonie a été l'objet permettent d'espérer que la thérapeutique saura trouver des armes encore plus efficaces contre cette affection.

La pneumonie, considérée autrefois comme le type des affections inflammatoires a frigore, est rangée maintenant par un grand nombre de pathologistes parmi les maladies infectieuses. Les recherches de Friedländer, de Talamon, d'Afanasiew, de Babès, ont montré que l'on trouve toujours dans les exsudats pneumoniques des microcoques caractéristiques. L'inoculation des cultures de ces microcoques a été faite et a donné lieu chez la souris et le cobaye à des affections analogues à la pneumonie fibrineuse. On a rappelé que l'expérimentation la plus variée n'avait rien donné de semblable en faisant agir le froid sur les animaux. On a fait ressortir tous les traits de ressemblance clinique qui rapprochent la pneumonie des maladies infectieuses les plus authentiques. Enfin on a répondu à ceux qui objectaient qu'elle n'est pas contagieuse comme le sont ces maladies, que si la contagion directe est douteuse, il n'en est pas de même de l'apparition simultanée de la pneumonie chez plusieurs personnes vivant dans un même appartement, dans une même maison, dans la même

salle d'un asile de vieillards, dans la même caserne ou la même infirmerie.

L'aptitude de l'économie à recevoir le germe de cette affection serait plus limitée que pour les fièvres éruptives par exemple ; il faudrait des conditions spéciales, créées peut-être par le refroidissement si longtemps accusé d'être l'auteur principal du mal et réduit maintenant à l'état de complice, mais le véritable agent pathogène serait analogue dans les deux cas. Ces théories ne sont pas du reste aussi neuves qu'on pourrait le penser. Sans chercher bien loin, ne trouvons-nous pas dans Laënnec un passage où ce grand homme, dont les vues profondes ont si souvent devancé son temps, indique clairement qu'il croit à l'origine miasmatique de la pneumonie ? « Le poison des serpents, et particulièrement celui du serpent à sonnettes, dit-il, détermine fréquemment des pneumonies. Diverses substances médicamenteuses injectées dans les veines dans les expériences physiologiques, produisent le même effet. Il est probable que souvent les pneumonies qui règnent épidémiquement sont dues à une cause analogue, c'est-à-dire à des miasmes délétères qui ont pénétré dans l'économie à l'aide de l'absorption cutanée ou pulmonaire ; car rien n'est plus commun que de rencontrer des pneumonies auxquelles on ne saurait assigner aucune cause occasionnelle. Combien d'hommes en sont atteints au coin de leur feu et malgré tous les soins qu'ils prennent de leur santé ! (1) »

Les idées nouvelles ont été admises sans conteste par un certain nombre de cliniciens. Jürgensen, Mendelssohn, Purjesz, Germain Sée. Elles ont été repoussées par d'autres et M. le Prof. Hardy, dans une leçon faite à l'hôpital de la Charité, rassemblant avec sa netteté habi-

(1) Laënnec (R.-T.-H.). Traité de l'auscultation médiate et des mal. du poumon et du cœur. Paris, 1879, édit. de la Faculté, p. 290.

tuelle toutes les objections qui peuvent être faites à l'opinion nouvelle, a cru pouvoir nier le rôle des micro-organismes dans la pathogénie de la pneumonie aiguë franche.

Entre ces deux opinions opposées, on a cherché une transaction. Leichenstein et Liebermeister décrivent deux formes de pneumonie fibrineuse ; la première succédant à un refroidissement et non infectieuse ; la seconde, qu'ils nomment pneumo-typhus, qui est infectieuse et spécifique. M. le Prof. Hayem adopte cette opinion mixte, mais d'après MM. Cornil et Babès : « La différence qui sépare ces faits de pneumonie d'apparence infectieuse, d'avec la pneumonie franche qui guérit, paraît tenir uniquement à la quantité de micro-organismes et à la réceptivité morbide du sujet qui en est envahi ; entre ces deux catégories d'observations, il n'y a qu'une différence de degré, différence plus spécieuse que réelle et il s'agit d'une seule et même maladie plus ou moins intense. Plusieurs maladies d'origine bactérienne nous offrent des exemples du même genre. Ainsi la tuberculose est tantôt rapide et galopante, lorsque les lésions sont très étendues, tantôt lente dans son évolution et même curable quand elle est locale. On ne dira cependant pas que la phtisie aiguë est une maladie infectieuse et non la tuberculose locale, car ces deux formes, bien que distinctes, sont sous la dépendance du même microbe. Leur mode d'évolution différent tient surtout à des conditions individuelles des malades. Nous croyons en somme que l'identité du même organisme qu'on trouve dans ces deux formes admises par certains cliniciens démontre l'unité de la pneumonie aiguë, et nous la considérons toujours comme une maladie infectieuse (1). »

Si ces expériences sont confirmées, si la nature infec-

(1) Cornil et Babès, p. 360.

tieuse de la pneumonie ou au moins d'un certain nombre de pneumonies est définitivement démontrée, il ne faut pas désespérer de l'enrayer dans sa marche. Théoriquement, il suffirait pour cela de trouver un moyen de supprimer l'organisme pathogène ou de modifier le terrain sur lequel il évolue de manière à empêcher son développement et surtout sa généralisation. La question ainsi posée ne peut être résolue que par la clinique ; il faut découvrir l'agent qui empêchera le microbe de se développer, démontrer qu'en arrêtant le développement des germes pathogènes il ne nuit pas au malade ; enfin trouver le moyen de le faire parvenir au point où il doit agir.

Une tentative très neuve et très hardie de traitement topique de la pneumonie est due à M. le Prof. R. Lépine. Il a imaginé d'injecter au milieu même du foyer pneumonique une solution parasiticide au moyen d'une aiguille capillaire. Dans une note présentée à l'Institut par M. Marey (1), il rapporte que l'injection d'une solution de 20 à 25 centimètres cubes d'une solution aqueuse de bichlorure à 1 pour 40,000 lui a, dans plusieurs cas, permis de constater les faits suivants :

« Immédiatement après l'injection, diminution ou disparition des râles crépitants ou du souffle (phénomène physique dû à la production d'un œdème pulmonaire au niveau de la partie qui a reçu l'injection). Quelques heures plus tard, exacerbation passagère de la température centrale (fait non constant).

« Peu après, ou le lendemain, amendement notable de tous les symptômes généraux et notamment abaissement de la température centrale ; quelquefois même défervescence précoce et définitive.

« Ultérieurement, résolution, toujours séparée de la défervescence et du début de la convalescence par un intervalle de plusieurs jours. »

(1) Académie des sciences, séance du 10 août 1885.

M. le Prof. Lépine vient encore de publier un fait du même genre. Au lieu d'injecter une solution de bichlorure de mercure, il a employé une solution d'iodure de sodium. Après avoir rappelé les faits précédents et avoir rapporté succinctement l'histoire du malade, il en discute les points les plus intéressants dans des réflexions que nous croyons devoir reproduire (1).

« En résumé, il s'agit d'un homme dans de mauvaises conditions de santé, catarrheux et cachectique, dont la pneumonie datait de cinquante heures au moment où l'on a injecté 25 c.c. d'une solution d'iodure de sodium à la partie supérieure de l'hépatisation. Cette injection, soit qu'elle ait été insuffisante comme masse, soit plutôt qu'elle n'ait pas atteint l'hépatisation elle-même, n'a eu qu'un minime résultat; la température a baissé d'une manière insignifiante et l'hépatisation a progressé. Vingt-quatre heures plus tard, encouragé cependant par le bien-être subjectif qu'avait éprouvé le malade, j'ai agi avec plus d'énergie et j'ai injecté, cette fois en plein foyer pneumonique, 60 c.c. renfermant près de 4 grammes d'iodure. Après une légère exacerbation de la température, phénomène que je considère comme une procrise artificielle, la défervescence a eu lieu, moins de quatre jours après le début de la pneumonie, et l'urine a cessé d'être albumineuse (2).

(1) Revue de médecine, 1885, n° 12. Pneumonie grave, injection intra-parenchymateuse d'une solution d'iodure de sodium; défervescence précoce, par R. Lépine.

(2) Je considère le retour de la fièvre, le lendemain de ce jour, dû à la congestion du poumon droit. C'est en effet à ce moment que le malade a souffert d'un point de côté à droite. L'état général qui n'a cessé d'être bon depuis la défervescence provoquée par la deuxième injection, ne permet pas de rapporter cette fièvre, d'ailleurs légère, à la persistance présumée de la pneumonie gauche. Elle s'explique au contraire fort bien par les congestion pneumonique à droite. (Note de M. Lépine.)

« Mais, ainsi que je l'ai constaté dans tous les cas jusqu'à ce jour, le défervescence ne s'est pas accompagnée de la résolution, laquelle a commencé seulement trois jours plus tard (huitième jour de la maladie) et s'est faite d'une manière trainante, comme on devait s'y attendre, eu égard à la mauvaise constitution du sujet.

« Une solution aussi concentrée que celle que j'ai employée la seconde fois était-elle nécessaire? Je ne le pense pas aujourd'hui, et j'estime que j'aurais atteint aussi bien le but avec une solution de 1 p. 25, mais en quantité suffisante. J'ai, depuis, constaté, sur des chiens, que l'injection d'une solution d'iodure au vingtième, dans le poumon sain, produit un noyau hémorrhagique, lésion qu'il faudrait autant que possible éviter dans la partie hépatisée.

« Ce noyau est d'ailleurs beaucoup moins volumineux que la masse de liquide injecté. Ayant poussé dans le poumon sain d'un chien 30 c. c. de la solution précitée, à la même place, j'ai constaté en sacrifiant l'animal deux jours plus tard la présence d'un noyau de 4 c. c. seulement.

« Il est donc certain qu'à une faible distance de l'extrémité de la canule le liquide injecté cesse d'être irritant pour le tissu pulmonaire. D'autre part, il est nécessaire d'en injecter une assez grande quantité; autrement la zone de diffusion serait trop peu étendue; ayant sur le cadavre piqué des poumons hépatisés avec une aiguille à peu près semblable à celle qui me sert sur le vivant et ayant injecté 2 à 3 c. c. de bleu de Prusse soluble, j'ai constaté avec le D^r L. Blanc que le noyau bleu était à peine de 4 c. c. A l'examen histologique du poumon durci, nous avons vu que l'injection occupait surtout l'intérieur des alvéoles, laissant l'exsudat fibrineux au centre de ceux-ci (1).

(1) Les deux pneumoniques sur lesquels cette injection post mortem a été faite étaient arrivés mourants au neuvième

J'ai employé l'iodure de sodium et non l'iodure de potassium à cause de la crainte d'une syncope, d'autant plus à redouter que le cœur était faible et irrégulier. Y aurait-il avantage à ajouter à la solution quelques gouttes de teinture d'iode? Je ne sais; mais l'iode a une action si irritante sur les tissus que j'avoue ne pas être, pour le moment, disposé à le tenter. Je trouve même, pour dire toute ma pensée, la solution d'iodure au vingt-cinquième encore trop irritante, et je suis décidé, quand l'occasion s'en présentera, à diminuer la concentration, quitte à augmenter la masse de liquide à injecter (1).

« En terminant, je noterai que le Dr Schwartz (2) a prétendu que l'iode (ou l'iodure de potassium) administré par la bouche dans les trente-six premières heures d'une pneumonie, la fait avorter. J'ai autrefois employé l'iodure également par la bouche à la dose de 4 grammes chez des pneumoniques, qui m'arrivaient à une période, à la vérité plus avancée, je n'ai pas observé de résultats avantageux. »

Il est impossible de porter un jugement définitif sur une méthode aussi nouvelle et aussi en dehors des habitudes anciennes de la thérapeutique que le sont les injections interstitielles dans les foyers d'hépatisation pneumonique. Bien que M. le Prof. Lépine reste dans une réserve prudente et ne veuille émettre aucune théorie sur le mode d'action du procédé qu'il a employé et dont il rapporte les résultats, il est évident qu'il a été guidé par l'idée de détruire sur place l'agent pathogène de la pneu-

jour de la maladie, et avaient succombé presque dès leur arrivée dans le service, sans avoir été soumis à aucun traitement. (Note de M. Lépine.)

(1) Je suis d'ailleurs disposé à essayer une solution de benzoate de soude, qui, même assez concentrée, n'irrite pas le poumon, ainsi que je m'en suis assuré chez le chien.

(2) Deutsche medic. Wochensch., n° 2, p. 13.

monie ou du moins d'en empêcher le développement. C'est donc bien un essai de médication abortive.

Cette tentative, inspirée par les acquisitions récentes de la bactériologie médicale, n'est nullement contraire aux enseignements de la clinique. Si l'on veut aller au fond des choses, on voit en effet que la pneumonie n'a pas une marche aussi fatale, aussi cyclique qu'on l'a dit, quand, dégoûté des agressions thérapeutiques violentes et exclusives, on a voulu faire de l'expectation la règle de la prudence médicale dans le traitement de la pneumonie.

Sans doute cette maladie a une évolution rapide, une marche réglée et, au bout d'un temps connu, elle se termine par résolution ou par suppuration; mais que d'irrégularités peuvent survenir dans son cours! Si dans les cas heureux elle se termine spontanément du cinquième au neuvième jour, cette variation est déjà assez considérable relativement à la durée de la maladie. Dans les cas malheureux, les différences sont bien plus grandes encore et il est difficile d'indiquer le moment précis du passage de l'hépatisation rouge à l'hépatisation grise. Enfin, il faut tenir compte des pneumonies à durée prolongée, des pneumonies migratrices dans lesquelles il se fait une série de foyers successifs dont les uns entrent en résolution au moment où de nouvelles parties sont atteintes. Dans la forme commune même, le foyer n'a pas d'emblée toute son étendue. Limité au début, il grandit les jours suivants et rien n'est moins rare que de voir le maximum du souffle se déplacer d'un jour à l'autre.

La marche des lésions locales de la pneumonie peut donc être comparée légitimement à celle des lésions de l'érysipèle par exemple; cette comparaison est même beaucoup plus juste que le rapprochement si souvent fait entre la pneumonie et les fièvres éruptives. Rien n'est plus légitime que de diriger un traitement local contre une

affection de ce genre et d'essayer d'en faire avorter les manifestations à leur début.

Quel que soit du reste le mode d'action des injections interstitielles, les résultats obtenus sont des plus remarquables; il y a toujours eu un amendement notable de tous les symptômes et souvent une défervescence précoce et définitive, une véritable crise marquant la fin de la maladie.

Si les médications anciennes ont été abandonnées; si, renonçant à l'idée de juguler la pneumonie, on s'est borné pendant longtemps à surveiller le malade et à faire le traitement des indications, on peut espérer que cette règle de conduite, manifestement insuffisante dans les cas graves, sera à son tour modifiée.

Les idées nouvelles sur la nature et l'origine de la pneumonie susciteront des méthodes de traitement plus directes et plus sûres, et l'on arrivera peut-être à enrayer son évolution et à constituer une médication véritablement abortive de cette maladie. C'est un espoir légitime dont nous sommes redevables aux acquisitions récentes qu'a fait la pathogénie des maladies infectieuses: espoir que devra confirmer l'observation rigoureuse du malade.

Quant aux difficultés pratiques, elles sont considérables. Ce que nous avons dit du traitement de l'érysipèle, maladie bien plus accessible en apparence que la pneumonie à une médication abortive topique, suffirait à le démontrer.

FIÈVRE TYPHOÏDE.

La fièvre typhoïde vient se placer naturellement à côté de la pneumonie, dans cette étude. Elle a été l'objet des mêmes entreprises thérapeutiques. Les moyens par lesquels on a tenté de la juguler ont été de même tour à tour appliqués avec une exagération évidente, puis complètement abandonnés. Enfin, comme la pneumonie, la dothiéntérie a des formes abortives qui montrent qu'elle peut s'arrêter dans sa marche et indiquent au médecin le but qu'il doit atteindre, mais qui rendent en même temps fort difficile l'appréciation des résultats du traitement.

La fièvre typhoïde appartient manifestement au groupe des maladies infectieuses. Ses symptômes, son évolution, ses complications le démontrent. Nous n'avons pas à examiner les opinions diverses qui ont été émises et qui ont cours encore sur sa pathogénie. Nous nous contenterons de dire que si la nature bactérienne de cette maladie n'est pas encore absolument indiscutable, la démonstration de l'existence d'un agent animé, producteur du typhus abdominal, est au moins très avancée. Eberth, Klebs, Gaffky ont décrit des bacilles qu'ils considèrent comme propres à cette affection et qu'ils ont rencontrés dans la rate, les ganglions mésentériques, l'intestin, etc. (1). M. le Prof. Bouchard poursuit depuis cinq années l'étude d'un bacille qu'il a trouvé dans toutes les humeurs pathologiques de la fièvre typhoïde, à l'exception des sudamina. Il le soupçonne d'être l'agent pathogène de cette maladie, mais je ne puis lui « attribuer, dit-il, un tel rôle avec certitude,

(1) Voyez Cornil et Babès. Les bactéries. Paris, 1883, p. 131.

puisque l'agent introduit dans le tube digestif, dans le tissu cellulaire et dans le sang chez le cobaye, chez le lapin, chez le chien et chez le cochon, je n'ai jamais réussi à provoquer une maladie comparable à la fièvre typhoïde, et puisque les états morbides que j'ai provoqués n'ont pas conféré l'immunité aux animaux » (1).

M. Tayon (2) aurait été plus heureux : il aurait réussi à inoculer des chiens, des cobayes et des lapins en injectant dans le péritoine des cultures pures du microbe typhique. Il aurait déterminé ainsi une maladie dont les symptômes reproduisent tous ceux de la fièvre typhoïde, y compris les taches rosées lenticulaires qu'il a observées sur la peau de l'abdomen et du pli de la cuisse chez les chiens; les lésions anatomiques seraient également caractéristiques. Seule l'immunité conférée par une première inoculation n'aurait pas été obtenue.

Il y a donc encore quelques réserves à faire, mais on peut dire qu'il est légitime de chercher à atteindre ce microbe, cet agent pathogène qui semble envahir l'organisme d'une manière progressive et d'arrêter ainsi la maladie dès le début.

Le traitement symptomatique, le traitement des indications est sans doute digne de toute notre attention et nous n'aurions garde de médire des immenses services qu'il a rendus, mais enfin, rien ne nous montre que nous ne devions pas chercher à arrêter la maladie en détruisant sa cause intime. En un mot, il est raisonnable de vouloir appliquer au typhus abdominal la médication abortive. Cette médication est-elle trouvée? C'est ce que nous allons examiner.

(1) Ch. Bouchard. Trait. antisept. des mal. aiguës. Mém. présenté au Cong. méd. de Copenhague, 14 août 1884, reproduit in Rev. de méd., 1884, p. 847.

(2) Tayon. Comptes rendus de l'Acad. des sc., 18 août 1884 et 9 février 1885. Notes présentées par M. Bouley.

Les traitements, proposés autrefois comme abortifs, ont été en général inspirés par les idées théoriques alors en cours sur la nature intime de la fièvre typhoïde. On s'est successivement attaqué à tel ou tel symptôme qu'on pensait être l'élément prédominant, caractéristique, essentiel de l'affection.

C'est ainsi que l'emploi des émissions sanguines, la médication stibiée, les évacuants, ont été considérés comme des traitements spécifiques.

Plus tard, on a voulu faire tomber la fièvre en modérant l'hyperthermie par un double procédé : la médication hydriatique d'une part, les médicaments antipyrétiques de l'autre.

Enfin, de tout temps, on a espéré atteindre l'affection dans son germe lui-même, sans limiter ses efforts à telle ou telle manifestation.

A proprement parler, cette dernière médication aurait seule le droit de passer pour abortive. Mais souvent les remèdes proposés ont un double but. C'est ainsi que la plupart des antipyrétiques sont aussi des antiseptiques. Il est donc aussi difficile d'établir une limite exacte entre ces différents modes de traitement que d'éviter des omissions dans leur énumération.

Nous passerons très-rapidement sur les médications anciennes, déjà indiquées à propos de la pneumonie.

Emissions sanguines. — A l'époque où la théorie de Broussais avait le plus de crédit, la médication anti-phlogistique fut appliquée à la fièvre typhoïde et fut considérée comme le traitement abortif de cette affection.

Avant Broussais, Botal (1) et Chirac (2) avaient abusé des saignées dans le traitement de la fièvre typhoïde

(1) Botal. Opera omnia. Leyde, 1660.

(2) Chirac. Traité des fièvres malignes et des fièvres pestilentielles qui ont régné à Rochefort en 1694.

comme le fait remarquer Grisolle (1). Plus tard, Bouillaud systématisa l'usage des évacuations sanguines. Il faisait plusieurs saignées, répétées à courts intervalles, et complétait ce traitement par l'emploi des sangsues et des ventouses. Il formulait son opinion de la manière suivante : « Nous professons formellement que les émissions sanguines, employées à notre manière, peuvent souvent éteindre et éteignent réellement, dans l'espace de quatre à sept jours, le mouvement fébrile qui accompagne l'affection typhoïde bien caractérisée, pourvu que les émissions sanguines soient employées dans le premier septenaire (2). »

Bouillaud prétendait donc bien juguler la maladie, il affirmait aussi que les guérisons étaient plus fréquentes par ce procédé que par tout autre moyen.

Chomel et Louis étaient également partisans de la saignée, mais ils ne lui attribuaient pas une aussi heureuse influence. Andral étudia la question et appliqua le traitement de Bouillaud à 74 typhiques. Sur ces 74 malades, 35 moururent et la saignée parut avoir une influence peu favorable dans 21 cas. Mais les autres malades guérèrent et 13 furent immédiatement soulagés ; la marche de la maladie parut enrayée comme intensité et peut-être comme durée.

Sur 26 autres cas de guérison, la saignée ne parut pas influencer l'évolution habituelle de l'affection (3).

Emissions sanguines et eau. — Le docteur Leroy de Béthune (4) préconisa aussi les évacuations sanguines

(1) Traité de pathol. interne.

(2) Traité des fièvres, 1826, p. 388. Cité dans l'article du Dict. de Jaccoud.

(3) Vinay. Thèse agrég. Paris, 1880.

(4) Leroy de Béthune. Mém. sur le trait. de la f. typh. par les évac. sang. au début et par l'eau froide intra et extra pend. toute

mais en les combinant avec l'usage de l'eau (intus et extra). De l'avis de l'auteur lui-même, les saignées ne peuvent réussir que pendant le premier septenaire.

D'ailleurs, Leroy saignait beaucoup moins souvent et beaucoup moins copieusement que Bouillaud. Il n'aurait eu, par cette méthode, que 6 morts sur 124 cas. Ce résultat fort brillant ne fut pas confirmé par les recherches de Valleix (1).

L'emploi de la saignée n'a donc pas donné les succès qu'avaient annoncés les promoteurs de cette méthode.

« Il convient, dit Grisolle, d'être sobre d'émissions sanguines dans la fièvre typhoïde qui atteint les jeunes gens et les adultes ; à plus forte raison, il doit en être de même aux autres périodes de la vie. On devra s'abstenir de ce moyen chez les enfants (2). »

Emétique. — A côté de la médication par les émissions sanguines, il faut placer et citer le traitement par la médication contro-stimulante au moyen de l'émétique.

Conseillée par Rasori, qui aurait obtenu des succès dans une épidémie à Gènes, condamnée par Grisolle (3) cette méthode est plus favorablement jugée par Murchinson (4).

Il rappelle que l'émétique a été de tout temps recommandé dans le traitement de la fièvre typhoïde, et rapporte que « James Jackson, en comparant les nombreux cas qu'il a traités avec et sans émétique, a tâché de prou-

la durée de la maladie, par le Dr Leroy de Béthune. Union méd., 1852, n° 129 et suiv.

(1) Valleix. Relation de l'épid. de f. typh. actuelle et résultats comparatifs du traitem. par la saignée initiale et l'eau froide intus et extra. Union méd., 1853. n° 64 et suivants.

(2) Grisolle. Path. interne.

(3) Idem, p. 53.

(4) Murchinson. La fièvre typh., traduction française du Dr Lutaud, p. 270.

ver qu'il réduit la durée aussi bien que la gravité et par suite la mortalité de la maladie. »

Murchinson lui-même dit qu'il a administré plusieurs fois l'émétique et qu'il a obtenu, lorsque le traitement avait été institué de bonne heure, une véritable jugulation. Cependant il fait remarquer que le typhus abdominal peut spontanément revêtir la forme abortive.

Donc, sans avoir jamais été proposé catégoriquement comme abortif, l'émétique a cependant passé aux yeux de certains médecins pour avoir eu quelquefois le pouvoir d'arrêter le développement de la fièvre typhoïde.

A la saignée et à l'émétique employés avec plus ou moins de confiance pendant cette première période il faudrait joindre la médication évacuante si nous voulions suivre l'ordre chronologique ; mais cette dernière sera mieux placée plus loin.

Antithermiques. — Bouillaud, tout en prétendant juguler la maladie, s'attaquait en réalité à l'expression principale de l'affection, à la fièvre. Abandonnée pendant un certain temps, l'idée de guérir la fièvre typhoïde en empêchant l'élévation thermique a été reprise et deux procédés ont été indiqués pour obtenir ce résultat. L'un demande ses armes à l'hydrothérapie, l'autre s'adresse aux différents médicaments qui jouissent de propriétés antithermiques.

Bains froids. — La méthode hydriatique a été surtout préconisée en Allemagne par Brand qui l'a donnée comme spécifique et en France par M. F. Glenard qui a appliqué à Lyon la méthode du Prof. de Stettin.

Employée déjà par différents auteurs dans certains cas particuliers, la balnéation avait été proposée par Currie. Mais c'est en 1861 que Brand (1) fit connaître sa méthode

(1) Brand. Hydrothérapie des typhus. Stettin, 1861.

et annonça les résultats qu'il avait obtenus. L'abaissement thermique, produit par les bains, enrayerait selon lui le développement des plaques, et tout malade, traité dès le cinquième jour du premier septenaire, guérirait nécessairement.

Voici comment procède Brand : une grande baignoire placée parallèlement au lit du malade, à un mètre de distance, est remplie d'eau dont la température peut varier de 10 à 20° environ, suivant certaines indications tirées de l'état du malade. Celui-ci y est porté et doit y être assis de telle façon que les épaules soient au-dessous du niveau de l'eau. Le bain doit avoir une durée de dix minutes au moins, sauf dans quelques cas exceptionnels. Au commencement, au milieu et à la fin du séjour dans l'eau, on fait doucement et lentement une affusion sur la tête du malade avec deux litres d'eau glacée. On doit pratiquer en outre quelques frictions sur le corps après l'affusion froide. Après que le malade a bu une petite quantité d'eau froide, il est remis au lit, le corps essuyé, couvert seulement de sa chemise, les pieds enveloppés de couvertures et réchauffés au besoin.

M. Glénard et les médecins de l'école de Lyon qui ont adopté pleinement la méthode de Brand n'ont fait subir à ce manuel opératoire que des modifications de détail.

S'il faut en croire ses partisans, les effets de ce mode de traitement sont des plus remarquables. « Tous les symptômes, dit Brand, sont atténués, il n'y a pas d'aspect typhoïde, ni stupeur ; les phénomènes cérébraux sont presque nuls ; la douleur iliaque, le météorisme, la diarrhée, sont à peines marqués ; le dicrotisme du pouls est très rare ; les taches rosées peuvent manquer. Le typhique ne se croit pas malade, demande à manger et n'était la température, on pourrait le croire guéri. »

Les bons effets de la balnéation ont d'ailleurs été vantés presque dans les mêmes termes par Béhier. « Les cen-

tres nerveux sont les premiers et les plus heureusement influencés, le délire se dissipe, la torpeur intellectuelle s'efface, le malade revient à lui et s'intéresse à ce qui l'entoure; en même temps disparaissent la carphologie, les soubresauts des tendons et tous les autres indices d'une perturbation nerveuse profonde. Le centre respiratoire, lui aussi participe à cette modification remarquable, les inspirations deviennent plus profondes, plus lentes, plus énergiques; l'hématose s'opère plus complètement, et les bronches, en reprenant leur contractilité, expulsent les produits de sécrétion qui les obstruaient. La peau reprend son ton et sa souplesse; le sang, lancé par le cœur en ondées plus fortes et plus régulières, y circule plus activement etc. »

D'après M. Glénard comme d'après Brand, la mortalité serait diminuée dans des proportions considérables, elle tomberait à 9 pour 100. De nombreuses statistiques ont été publiées à l'appui de cette opinion. Celle dans laquelle sont comparées la mortalité observée dans l'armée allemande où la méthode de Brand est universellement adoptée, et la mortalité obtenue dans l'armée française par l'emploi des anciennes méthodes est particulièrement saisissante (1). Nous ne pouvons nous arrêter à l'examen de ces documents; les faits n'y sont examinés qu'au point de vue du résultat définitif. Ils ne contiennent souvent aucun renseignement précis sur l'influence exercée par les bains froids sur la durée de la fièvre typhoïde.

M. Cowpland, médecin du Middlesex hospital à Londres, a réuni 8,000 cas traités par la méthode de Brand et a obtenu une mortalité moyenne de 7, 4 pour 100, chiffre des plus favorables.

Tous les partisans de ce procédé disent que la maladie

(1) Voyez Glénard. Revue scientifique du 20 jany. 1883.

s'arrête souvent dès le 1^{er} ou le 2^e septenaire. Brand donne les chiffres suivants : la durée moyenne de la fièvre est de trente jours, mais quand le traitement a été appliqué dès le début, elle tombe à seize ou dix-sept jours. Celle de la convalescence est de douze à treize jours. La méthode aurait donc quand elle intervient de bonne heure un effet abortif sur le typhus abdominal.

En dehors de la méthode de Brand pure, la balnéation a été souvent employée dans la fièvre typhoïde. On a donné des bains froids de différentes manières ; des bains frais, des bains continus ; enfin, on a proposé des bains graduellement refroidis, méthode appliquée aujourd'hui par M. le Prof. Bouchard et sur laquelle nous reviendrons.

Le plus souvent, la médication hydriatique a été associée à d'autres modes de traitement. Ce sont ces méthodes que l'on peut qualifier de traitements mixtes et que nous aurons à apprécier en dernier lieu.

Médicaments antithermiques. — Nombre de médicaments jouissent de la propriété d'abaisser la température comme les bains froids : ce sont en même temps des antiseptiques locaux ou généraux. Leur action est donc complexe et par conséquent plus difficile à étudier.

Parmi tous les antithermiques, la quinine et ses sels ont été le plus souvent employés.

Le sulfate de quinine avait déjà été utilisée dans le traitement de la fièvre typhoïde par Broqua de Mirande, puis par Briquet et Blache (1842), par Rillet et Barthez. Son emploi fut systématisé par Liebermeister (1) qui institua un traitement méthodique à l'hôpital de Bâle.

L'action du sulfate de quinine est évidente, mais à condition que les doses soient assez considérables. Alors la

(1) Liebermeister. Bericht über die Resultate der Behandlung der abdominal Typhus. Arch. für klin. Medicin, 1868.

température baisse de 1 à 2 ou 3 degrés et le nombre des pulsations artérielles diminue. De plus, le sulfate de quinine agit sur la diarrhée de la fièvre typhoïde; son action est dans ce cas semblable à celle qu'il produit dans certaines diarrhées chroniques, comme l'a démontré M. le Prof. Potain. Liebermeister commence le traitement par une dose de 1 gr. 50 et atteint bientôt celle de 2 ou 3 grammes. Il cesse l'usage du médicament lorsque la température rectale est descendue à 37°. Il ne l'administre jamais deux jours de suite.

M. le Prof. R. Lépine, en 1874, a expérimenté le sulfate de quinine à la dose de 1 gr. 50 à 2 gr. 50 par jour et il n'a pas obtenu d'abaissement de température de plus de 1 degré. M. Joffroy a donné sous nos yeux la quinine à des doses encore plus élevées; il a atteint 3 à 4 grammes par jour, sans diminuer notablement la durée de la maladie.

M. Hérard avait déjà prescrit des doses très élevées et Monneret était allé jusqu'à donner 5 gr. par jour, mais ces tentatives étaient restées isolées.

L'acide salicylique a été administré en nature et à l'état de salicylate de soude ou de bismuth. Il jouit de propriétés antithermiques remarquables, puisque contrairement au sulfate de quinine, il abaisse la température chez l'homme et les animaux sains ainsi que l'ont démontré Kohler, Riess, Fischer, etc. Il y a par contre des réserves à faire sur les propriétés antiseptiques générales qui lui ont été attribuées. D'après Salkowski et Fleischer, il passe dans le sang à l'état de salicylate de soude, quelle que soit la forme sous laquelle il a été ingéré et, suivant Rosbach et Nothnagel, ce sel n'a aucune valeur comme antifermentescible et antiputride (1).

(1) Rosbach et Nothnagel. *Eléments de mat. méd. et therap.* Traduction franç. Paris, 1880, p. 435 et suiv.

M. le Prof. Vulpian donne environ 6 grammes par jour, par fractions de 50 centigrammes de demi-heure en demi-heure. Riegel a été jusqu'à prescrire 10 grammes d'acide salicylique sans accidents, mais aussi sans avantages marqués.

M. le Prof. Jaccoud, l'emploie par séries de deux à trois jours, aux doses de 1 gr. 50 à 2 grammes, le premier jour et 50 centigrammes le deuxième et le troisième jour; il laisse un intervalle de quarante-huit heures entre deux séries consécutives. Il obtient ainsi un effet antithermique réel avec des doses peu élevées. Dans tous les cas, la température seule est diminuée; les autres symptômes sont à peine modifiés et la durée de la maladie n'est pas abrégée. (1)

Antipyrine. — Filehne, Guttman, Falkenheim, etc. en Allemagne ont donné l'antipyrine dans la fièvre typhoïde aux doses de 4 à 6 grammes (2). En Suisse, May, Rapin et Secretan (3) l'ont employée. M. Huchard (4) l'a étudiée; nous l'avons vu donner et nous l'avons prescrite nous-même d'une manière suivie dans le service de M. Siredey à Lariboisière. Elle abaisse rapidement la température, de telle sorte que l'on peut faire évoluer la dothiéntérie presque sans fièvre; elle est sans inconvénients pour le malade, mais ne diminue pas la durée de la maladie.

La *kairine* jouit aussi des mêmes propriétés, mais l'abaissement thermique qu'elle donne est moins persistant (5).

(1) Jaccoud. Traitem. de la fièvre typh. Cours de la Faculté, 1883.

(2) Deutsch. med. Woch., 1884, n° 24 et 25.

(3) Revue méd. de la Suisse Romande 1884, n° 11.

(4) Huchard. Recherch. therap. sur l'antipyr. Bulletin gén. de therap., 1884.

(5) Maragliano. Valore antepiretico della Kairina Italia medica, n° 2 et 3, 1884.

La *Thalline* a été l'objet d'intéressantes recherches de la part de M. le Prof. Jaccoud (1). Il estime qu'elle est le plus énergique des antipyrétiques et ne doit par conséquent être administrée qu'avec prudence : quant à ses effets sur la maladie ils sont nuls. Ce n'est encore qu'un antipyrétique et rien de plus. D'autres médicaments ont été employés comme antithermiques. La digitale, vantée par Wunderlich, Hirtz, Oulmont, Bernheim, la vératrine, l'aconit, l'ergot de seigle. Enfin l'acide phénique, qui a, comme l'acide salicylique, la propriété d'abaisser la température même en dehors de l'état fébrile, et plus récemment la résorcine.

Nous reviendrons plus tard sur ces derniers à cause de leurs propriétés antiseptiques.

La thérapeutique antithermique est donc riche en agents, mais l'expérience semble montrer qu'en abaissant la température, on n'atteint pas l'élément typhique et l'on ne fait pas par conséquent de la médication abortive.

Évacuants. — On a cherché depuis longtemps à éliminer ou à neutraliser le germe typhoïde lui-même. C'était le but principal de la médication évacuante qui fut en vogue pendant un certain temps.

Stoll, Baglivi, Huxham avaient déjà traité la fièvre typhoïde par les purgatifs. Lermina à Paris et Bretonneau à Tours les prescrivirent aussi. Mais personne avant De Larroque (2) ne fit reposer sur l'emploi des purgatifs une méthode de traitement de la fièvre typhoïde. Voici quelles étaient les idées théoriques qui lui firent instituer cette médication. Selon lui les liquides dégénérés, en contact avec le canal alimentaire, amenaient l'altération de ce canal, pénétraient dans l'organisme et produi-

(1) Jaccoud. Temp. fébr. et antipyr. La *Thalline*. Gaz. des hôp., 25 juin 1885.

(2) Acad. de méd., 1837, et Traité de la fièvre typh., 1847.

saient les symptômes typhiques. De Larroque donnait d'abord un vomitif puis des purgatifs répétés tous les jours jusqu'à complète disparition des phénomènes typhoïdes. Il recourait surtout à l'eau de sedlitz, à l'huile de ricin ou au calomel. La mortalité était de 10 0/0. Piedagnel (1) eut par le même traitement 14 décès 0/0 et Andral (2) arriva à 16,6 0/0 ; mais Louis, en 1855, n'en eut que 10 0/0 comme De Larroque.

L'idée de combattre les phénomènes d'autotypisation par les évacuants était évidemment rationnelle, et en fait, il est peu de médecins qui n'aient recours aux purgatifs dans le cours de la fièvre typhoïde, au moins à titre de médication symptomatique. Mais personne ne les considère plus comme ayant une valeur abortive. De plus, si la maladie a paru être abrégée dans un certain nombre de cas ainsi traités, l'emploi du calomel joue peut-être un rôle important dans ce résultat.

M. Netter (de Nancy) voulait, lui aussi, éliminer le poison typhogène, mais il se proposait de l'atteindre avant son absorption. Il pensait que ce poison pénètre par la bouche et par les fosses nasales, et que c'est en se propageant de proche en proche qu'il produit la bronchite, la diarrhée, etc. Il conseille donc de nettoyer constamment les premières voies et espère arriver ainsi à détruire l'élément pathogène et à faire avorter la fièvre typhoïde.

Antisepsie intestinale. — L'antisepsie intestinale cherche à atteindre le même but que la méthode évacuante par des moyens différents. Peu confiante dans l'efficacité du nettoyage de l'intestin, produit par les purgatifs, elle vise à introduire dans le tube digestif des agents propres à arrêter et à neutraliser toutes les fermentations qui peuvent s'y produire. Si l'on veut remplir cette indica-

(1) Piedagnel. *Communic. à l'Acad. de méd.*, 1835.

(2) *Rap. sur le mém. de De Larroque. Acad. de méd.*, 1838.

tion, il est nécessaire, pour deux raisons, de se servir d'une substance insoluble ou peu soluble. La première est que cette substance ne doit être ni absorbée, ni décomposée, afin d'avoir encore ses propriétés antiseptiques quand elle parvient à l'extrémité de l'intestin. La seconde est qu'elle ne doit pas être absorbable, afin de ne pas produire d'intoxication générale malgré l'élévation des doses employées.

M. le Prof. Bouchard obtient cette antiseptie par le charbon administré à hautes doses et associé à l'iodoforme et à la naphthaline; il obtient ainsi une désinfection complète des gardes-robes, qui n'ont plus aucune odeur désagréable. En même temps le nombre des microbes qu'elles renferment est très-notablement diminué et elles ne contiennent pour ainsi dire plus d'alcaloïdes. L'expérience directe prouve que la toxicité de ces matières est nulle. Tandis que 17 grammes de matières fécales normales par kilogramme d'animal, injectés dans les veines d'un lapin, produisent la mort par convulsions en moins d'une minute, on peut injecter au même animal l'extrait de 200 grammes de matières fécales d'un typhique traité par le charbon iodoformé, sans l'incommoder (1).

Au début, M. le Prof. Bouchard employait le charbon et l'iodoforme seulement, réduits à leur état de division maximum, de manière à présenter la plus grande surface d'action possible. Depuis quelque temps, il a ajouté la naphthaline; il espère arriver à se passer du charbon, gênant à cause de son volume et de l'encombrement intestinal auquel il peut donner lieu si l'on n'a pas soin de purger le malade de temps en temps.

Le *salicylate de bismuth*, préparation insoluble dont les propriétés sont si souvent utilisées dans les affections gastro-intestinales, accompagnées de fermentation ou

(1) Ch. Bouchard. Congrès méd. de Copenhague. In Rev. de méd., nov. 1884 et Cours de path. génér. de la Faculté en 1885.

d'hypersécrétion, a été également essayé dans la fièvre typhoïde.

M. Rathery la donnait à la dose de 6 grammes par jour. M. Desplats, qui s'en est servi à Lille, vante son action abortive, qu'il aurait observée 13 fois sur 22 cas. M. le Prof. Vulpian (1) a étudié les dérivés de l'acide salicylique et en particulier le salicylate de bismuth; voici comme il formule le résultat de ses recherches si intéressantes :

« L'influence du salicylate de bismuth sur les matières contenues dans l'intestin a été évidente, car, chez la plupart des malades, les selles avaient perdu presque toute fétidité; et il est probable que les substances typhogènes mêlées dans ces matières ont été détruites, en partie tout au moins. Cependant la durée de la maladie et sa gravité ne paraissent pas avoir été influencées par ce médicament. Il m'a paru légitime d'en conclure que l'intoxication typhique est accomplie lorsqu'on commence à soigner les malades atteints de fièvre typhoïde et qu'elle a lieu probablement du premier coup, dès la première absorption du poison typhogène et qu'elle doit dès lors parcourir toutes ses périodes, évoluer entièrement sans qu'il soit besoin pour cela d'une nouvelle absorption du poison.

« C'est donc dans le sang et dans les divers organes où il a déjà pénétré qu'il faudrait atteindre l'agent pathogène du typhus abdominal. »

L'antisepsie intestinale arrive généralement trop tard pour qu'il lui soit permis d'avoir l'espoir de faire avorter la maladie. En supposant que l'infection typhique se fasse par l'intestin, et que son agent actif soit localisé dans le

(1) Vulpian. Journal de pharm. et de chim., avril et mai 1882. Comm. sur le trait. de la fièvre typh. par l'acide salic. Acad. de méd., 8 mai 1882.

tube digestif avant de pénétrer dans la circulation, il faut bien avouer qu'au moment où les malades se décident à se faire soigner, ils sont manifestement sous le coup d'une maladie générale. Il est trop tard pour se borner à une action locale. D'autre part, les premiers signes de la fièvre typhoïde sont trop vagues pour permettre un diagnostic certain. Si l'on compte comme des succès les cas dans lesquels la maladie, datant de vingt-quatre ou de quarante-huit heures seulement, a été brusquement arrêtée, on sera accusé d'avoir pris pour des dothiériennes de simples indispositions qui auraient guéri d'elles-mêmes. Ce sont là des difficultés pratiques contre lesquelles se heurtera longtemps la médication abortive appliquée à cette maladie.

Puisque le diagnostic est si difficile dès le début, gardons-nous de trop nous prévaloir de cas douteux, mais souvenons-nous seulement qu'il sera bon de traiter rigoureusement toutes les indispositions gastro-intestinales suspectes, et espérons qu'en procédant ainsi, nous ferons avorter un certain nombre de cas d'iléo-typhus à l'état naissant.

Quand la maladie est confirmée, l'antiseptie intestinale est encore utile pour empêcher que l'infection primitive ne s'aggrave par l'absorption de nouvelles quantités de poison. Elle est nécessaire pour opposer une barrière aux infections et aux intoxications secondaires que peut produire la putridité du contenu de l'intestin, mais elle ne peut plus être une médication abortive.

Antiseptiques généraux. — Nous avons déjà dit que l'acide salicylique, qui a des propriétés antipyrétiques remarquables, ne passe dans la circulation qu'à l'état de salicylate de soude, combinaison qui lui enlève presque toute influence antizymotique. Il serait donc incapable d'enrayer la marche de la maladie quand l'infection géné-

rale est un mal accompli, aussi nous n'y reviendrons pas à propos des antiseptiques généraux.

Un grand nombre d'antiseptiques à la fois locaux et généraux ont été proposés pour combattre la fièvre typhoïde. Nous nous bornerons à citer : l'acide sulfureux (Wilks), les sulfites, les hyposulfites, l'acide sulfurique, le chlorure de sodium, l'essence de térébenthine, la créosote (Pécholier), le créosolinate de soude (Büss), l'acide benzoïque (Klebs), l'acide borique (Vulpian), le sulfate de fer, le chlorure de manganèse, le permanganate de potasse, le silicate de soude, le cuivre, à qui on a attribué en outre un rôle prophylactique dans plusieurs maladies infectieuses (Bureq).

L'iode enfin qui a un pouvoir antiseptique considérable et qui est recommandé par Sauer, Régis, Magouty, Willebrand et surtout par Liebermeister.

Widemayer a préconisé l'iodure de potassium. Jelenski a attribué à ce médicament une action véritablement abortive. Il fonde son opinion sur l'observation d'une vingtaine de cas (1).

Ces résultats n'ont pas été confirmés, et si ces divers agents ont le pouvoir de neutraliser une partie du poison typhique contenu dans l'organisme, aucun ne paraît l'atteindre d'une façon assez sûre ni assez générale pour juguler la maladie. Jusqu'à nouvel ordre, ils doivent donc rester au second plan.

Il n'en est pas de même de l'acide phénique et du mercure. Ces deux médicaments ne réalisent pas sans doute les conditions idéales de l'antisepsie typhique, mais ils ont sur la marche et la durée du typhus abdominal une action qui mérite d'être étudiée de plus près.

Acide phénique. — L'acide phénique a été préconisé dans le traitement de la fièvre typhoïde, tantôt comme

(1) Berliner klinis. Wo 5, 983.

antiseptique, tantôt comme antithermique. Stephen Steiner (1873), Pécholier (1874) et Tempesti (1877) le considéraient surtout comme antiseptique. En 1880, Desplats donnait l'acide phénique aux typhiques à doses élevées pour combattre l'hyperthermie.

MM. Van Oye et Maquard exposèrent dans leurs thèses les résultats qu'ils avaient obtenus. Claudot (de Lyon), comparant le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids et par l'acide phénique, donne la préférence à ce dernier. Rondot (de Bordeaux), MM. Bouchard, Vulpian, Raynaud, Siredey, Raymond, à Paris, expérimentèrent l'acide phénique et tous constatèrent son action antithermique.

Donné à doses suffisantes, l'acide phénique fait tomber la température de un ou de plusieurs degrés, même chez l'homme sain. Mais, outre l'hypothermie, il détermine d'autres symptômes qui, s'ils s'accroissent, peuvent devenir inquiétants. Il provoque le ralentissement du pouls et de la respiration, des sueurs abondantes, des coliques, de la diarrhée, des complications pulmonaires. L'abaissement thermique ne persiste pas et l'ascension reprend bientôt, précédée d'un grand frisson. Dans d'autres cas, le collapsus s'est produit à la suite de l'ingestion de fortes doses et la mort subite est survenue.

Ces différents accidents sont ceux d'une véritable intoxication qui doivent inspirer une grande réserve dans l'emploi de ce médicament.

Suivant M. le Prof. Vulpian (1), l'acide phénique ne peut être prescrit à haute dose. Il est absorbé à l'état de phénate de soude, sel doué de propriétés antiseptiques puissantes, mais trop toxique pour que l'on puisse en faire pénétrer dans la circulation une quantité capable de détruire dans le sang ou dans les organes les ferments qui

(1) Vulpian. Acad. de méd., 8 mai 1882.

s'y trouvent. Il pense que si l'acide phénique et les autres substances antizymotiques ont une action réelle et utile dans la fièvre typhoïde, ce n'est pas comme antiseptiques directs. Pour lui « il est probable que ces substances agissent sur la substance organisée des éléments anatomiques en modifiant son impressionnabilité et en diminuant par suite l'intensité de la déviation morbide des phénomènes physico-chimiques qui s'y accomplissent incessamment. »

M. le Prof. Bouchard est à peu près du même avis. Il pense que l'acide phénique est surtout un antithermique et que son influence dépend plutôt de son action physiologique sur l'organisme du malade que de son effet délétère sur l'agent infectieux.

Mais il ne s'arrête pas à cette interprétation exclusive... « Cependant, ajoute-t-il, cette influence délétère sur l'agent typhogène est une réalité... D'après une statistique personnelle, sur 233 guérisons obtenues par l'usage interne de ce médicament, j'ai vu vingt-deux fois seulement la maladie durer moins de deux septenaires : de neuf à treize jours. C'est une proportion de 9 à 10 0/0 ; la durée moyenne a été de vingt-trois jours. Mais dans un cas, l'action abortive du phénol a été évidente. Il s'agit d'un jeune garçon qui, au seizième jour d'une fièvre typhoïde, reçut par une méprise 48 grammes d'acide phénique en un lavement qui heureusement fut rapidement expulsé. En une demi-heure, il y eut collapsus et coma, la température tomba de 40° à 35°,5. Le lendemain, la température rectale était de 37°, et, à partir de ce moment, elle n'atteignit pas 38° ; l'euphorie reparut ; le processus typhique était arrêté. Je ne cite pas ce fait comme un exemple à imiter » (1).

Sans doute ces diverses observations ne permettent pas

(1) Ch. Bouchard. *Revue de méd.*, 10 nov. 1884, p. 844 et 845.

de constituer une méthode de traitement du typhus abdominal. Elles montrent que l'acide phénique, généralement insuffisant à doses moyennes, n'est abortif qu'à dose toxique; mais, enfin, elles indiquent la possibilité d'interrompre le cours de la maladie par une intervention thérapeutique active; en outre, elles sont un encouragement pour les tentatives de la médication abortive.

Mercuriaux. — Le mercure sous diverses formes est un des agents thérapeutiques qui ont été le plus souvent opposés à la fièvre typhoïde. C'est aussi un de ceux dont les propriétés curatives semblent le plus nettement démontrées, aussi convient-il de nous y arrêter un peu plus.

On l'administre comme médicament général destiné à combattre la maladie dans son ensemble et comme médicament local dirigé contre un symptôme ou une lésion. Dans ce dernier cas on cherche soit à utiliser l'action purgative de certaines préparations comme le calomel, soit à agir directement sur les lésions de la muqueuse intestinale. Nous avons dit que c'est peut-être à l'emploi du calomel que la médication évacuante est redevable d'une part de ses succès.

Les mercuriaux ont été proposés comme traitement systématique de la fièvre typhoïde par Serres (1). Il pensait résoudre l'altération des plaques de Peyer et arrêter leur développement. Il administrait les composés mercuriels par la voie cutanée et par la voie gastro-intestinale. Tous les matins il faisait faire des frictions sur l'abdomen avec 8 ou 10 grammes d'onguent mercuriel double et il faisait prendre 1 gramme à 1 gr. 50 de sulfure noir de mercure. Becquerel prescrivit aussi les mercuriaux et il reconnut de grands avantages à cette médication. Serres

(1) Bull. de l'Acad. des sciences, 1847, 19 juil. et 10 août.

et Becquerel n'arrêtaient le traitement que lorsqu'ils avaient obtenu la salivation.

Trousseau et Grisolle, au contraire, émirent des doutes sur la valeur de cette méthode. « J'ai expérimenté, dit Grisolle, le traitement par les mercuriaux sur plus de 100 malades et je l'ai abandonné après avoir reconnu son impuissance. Il a été en effet incapable de diminuer le chiffre de la mortalité et jamais il n'a pu faire avorter la maladie. Je regarde les mercuriaux comme pouvant quelquefois entraîner des dangers... » (1)

Le calomel, employé déjà par Widemayer en 1813, avait aussi été recommandé par Mullenbeck et Weber, en 1834. Nous savons que De Larroque le donnait comme purgatif. Mais c'est surtout en Allemagne et en Suisse qu'il fut employé à ce titre.

Lombard et Fauconnet (2) le mettent au premier rang; d'après eux la mortalité serait réduite grâce à lui à 9 0/0. Sicherer, à l'hôpital de Heilbronn, prescrivait aussi le calomel à ses typhiques et sa statistique qui porte sur 640 cas n'accuse que 19 décès.

Tauflieb donnait 50 centig. à 1 gramme de calomel par jour et il n'aurait perdu que 60 malades sur 518 cas. De plus il aurait ainsi arrêté la marche de la maladie dès les premiers jours dans 305 cas (3). Grisolle, qui rapporte ces différentes assertions, a expérimenté la méthode de Tauflieb, il a même doublé les doses qu'il indiquait sans obtenir de résultats aussi satisfaisants.

Citons encore parmi les auteurs qui ont essayé le calomel à titre de purgatif ou d'altérant, Hufeland, Schronlein, Traube et Griesinger.

Wunderlich (4) employait aussi le calomel dès l'année

(1) Grisolle. Traité de path. int., t. I, p. 54.

(2) Cités par Grisolle sans indications.

(3) Bulletin gén. de thérapeutique, t. XI, p. 117.

(4) Wunderlich. La tempér. dans les maladies, 1872.

1850. Il avait obtenu par ce moyen une diminution de la durée de l'affection ; il donne même des tracés de fièvres typhoïdes, coupées par le calomel.

En Suisse, Liebermeister (1) donne le calomel dans le cours de la première semaine ; il prescrit trois ou quatre doses de 0 gr. 50 par vingt-quatre heures et quelquefois deux autres doses le lendemain. Le calomel lui paraît diminuer la mortalité et abrégé la durée de la maladie.

Sur 377 malades traités sans calomel, il a eu 69 décès ; soit 18 pour 100. Sur 223 traités avec le calomel, il n'y a eu que 26 morts ; soit 11,7 pour 100. Si on élimine les cas de mort survenus dans les premiers jours du traitement, c'est-à-dire, avant que la saturation ait été obtenue, le résultat est encore plus brillant ; on n'a plus que 8,8 décès pour 100.

Pour juger de l'influence de ce médicament sur la durée de la maladie, Liebermeister a comparé deux séries de 50 malades, traités les uns sans calomel et les autres avec calomel. Dans quatre cas, appartenant à la première série, la fièvre tomba dès le onzième jour, tandis que ce résultat fut obtenu neuf fois dans la seconde série. Bien qu'ils ne soient pas très-démonstratifs, ces chiffres plaident cependant en faveur du calomel. Ajoutons que la stomatite, provoquée par le traitement, n'eut jamais de gravité.

Plus récemment en France, M. Salet (2) (de Saint-Germain-en-Laye) préconisa l'emploi du calomel à la dose de 1 centigr. toutes les heures combiné avec l'ingestion de boissons salées et avec des frictions mercurielles. Dans tous les cas de fièvre typhoïde où la gingivite spéciale s'est développée, la guérison, dit l'auteur de la méthode,

(1) Art. Typh. abdom., in Handbuch der Pathol. und Therap. de Ziemsen, Bd. II, 1874.

(2) Salet. Note commun., in art. Fièvre typh. Dict. de méd. et de chir. prat., par Dreyfous, t. XXXVI, p. 803.

fut immédiate et l'amélioration était d'autant plus rapide et plus complète que la gingivite s'était établie plus vite et s'était plus rapidement généralisée.

M. le Prof. Bouchard, qui depuis plusieurs années poursuit l'étude méthodique des divers modes de traitement de la fièvre typhoïde, a aussi expérimenté le calomel. Il a suivi la méthode de M. Salet. 31 malades ont été traités de cette façon (1) ; 2 sont morts, ce qui donne une mortalité moyenne de 6 pour 100. Chez les malades guéris, la durée moyenne de la maladie a été de 20 jours. Les deux tiers ont guéri en 3 semaines ou moins de 3 semaines ; dans un dixième des cas seulement, la maladie a duré plus de 25 jours. Voici du reste le détail exact de cette série d'observations ; nous devons à la bienveillance de M. le Prof. Bouchard de pouvoir le reproduire ici :

3 cas ont guéri en 13 jours.			
1	—	—	14
3	—	—	15
2	—	—	16
1	—	—	17
2	—	—	18
3	—	—	19
3	—	—	20
1	—	—	21
2	—	—	22
2	—	—	23
2	—	—	24
1	—	—	25
1	—	—	27
1	—	—	28
1	—	—	44

La guérison a été considérée comme confirmée le jour où, les symptômes généraux s'étant amendés, la température est définitivement descendue au-dessous de 37°5.

(1) Rev. de méd., 10 nov. 1884, p. 845.

La stomatite s'est produite dix-huit fois après une moyenne de neuf jours de traitement. Elle a manqué chez treize malades seulement et chez eux le traitement a duré dix jours en moyenne. Du reste elle a toujours été légère et n'a jamais manqué de céder au traitement approprié.

Les deux malades qui sont morts n'ont pris de calomel que pendant sept jours en moyenne, de sorte que le mercure ne peut être accusé de leur avoir nui.

Au contraire les guérisons rapides, celles qui sont survenues en moins de trois semaines, ont été, toute proportion gardée, deux fois plus fréquentes chez les malades qui ont eu de la stomatite que chez ceux qui ne sont pas arrivés à saturation. « Il semble donc, ajoute M. le Prof. Bouchard que, suivant l'opinion plusieurs fois exprimée par les médecins qui ont employé autrefois les mercuriaux dans le traitement de la fièvre typhoïde en France, en Allemagne, en Angleterre, le calomel exerce une action spécifique, qu'il neutralise l'agent infectieux. »

Afin de mieux préciser l'action des préparations mercurielles et surtout pour séparer ce qui est dû à son action topique de ce qu'il faut attribuer à son action générale, M. le Prof. Bouchard a fait usage sur une autre série de malades des injections sous-cutanées de biiodure et de bichlorure de mercure. Les résultats ont été à peu près les mêmes. Sous cette forme comme avec la méthode de M. Salet, le mercure a eu manifestement le pouvoir d'abréger la durée de la maladie chez les typhiques arrivés à saturation, mais il a semblé donner lieu à des complications plus fréquentes.

Le traitement mercuriel doit-il donc constituer la médication abortive de la fièvre typhoïde? La réponse serait affirmative si l'on ne pouvait faire un certain nombre d'objections sérieuses à son emploi.

Les observations de M. le Prof. Bouchard lui ont démontré que si le mercure n'est pas nuisible pendant

l'évolution de la fièvre, s'il en abrège la durée d'une manière manifeste, il abaisse la vitalité du malade. La convalescence est longue, l'anémie consécutive persistante, les forces ne reviennent que lentement. Il a noté la fréquence des hémorrhagies intestinales et des évacuations dysentériques pendant la période fébrile. Après la guérison, il a vu survenir des épistaxis, de la diarrhée et quand il employait les injections sous cutanées de sels mercuriels, la pneumonie, l'endocardite végétante.

Ces accidents l'ont empêché de suivre cette voie sans restriction et il a adopté provisoirement un traitement mixte que nous ferons connaître plus loin.

Le traitement abortif de la fièvre typhoïde n'est donc pas encore trouvé; nous ne sommes pas en mesure d'en donner la formule, mais nous savons du moins qu'en essayant de la réaliser, on ne poursuit pas un but chimérique.

La saignée et l'émétique à hautes doses sont abandonnées d'un commun accord; nous n'y reviendrons pas. Mais les antithermiques, les évacuants, les antiseptiques généraux locaux ont donné des résultats remarquables. Sans doute en s'attaquant à un ordre de symptômes considérés comme prédominants, ils ne jugulent pas la maladie, mais ils n'en rendent pas moins d'utiles services. Les tentatives de la médication abortive ont donc doté le traitement de la fièvre typhoïde de moyens d'action puissants, qui, pour ne pas avoir toute la valeur qu'on leur a attribué, n'en sont pas moins précieux.

Si, en abaissant la température fébrile par les bains froids ou la quinine, on ne coupe pas la maladie, on rend du moins service au malade en le délivrant des dangers de l'hyperthermie.

De même en faisant l'antiseptie intestinale, alors que la maladie est confirmée, on ne chasse pas l'agent infec-

tieux de manière à faire avorter la dothiéntérie, mais on supprime les infections et les intoxications secondaires et on fait disparaître les symptômes gastro-intestinaux souvent si pénibles.

Enfin certains médicaments qui ont été essayés comme antiseptiques généraux, l'acide phénique et surtout lemercure, peuvent réellement arrêter le typhus abdominal dans son évolution. Leur valeur comme médicaments exclusifs est contestable parce qu'ils provoquent des accidents dont il faut tenir compte, mais ceux-ci sont loin d'être constants et ils sont souvent moins redoutables que la maladie elle-même. De plus, tous les agents anti septiques n'ont pas été essayés. Il ne s'agit peut-être que de trouver une substance, un mode d'administration, une forme médicamenteuse, qui permette d'utiliser leurs avantages sans subir leurs inconvénients. Loin de nous décourager, l'examen des faits doit donc nous donner confiance dans l'avenir.

Il n'est pas nécessaire du reste que la solution du problème soit donnée par l'emploi d'un agent unique ; et il est indiqué au contraire de réunir et de combiner tous les moyens propres à améliorer l'état du typhique. Ici, comme toujours, la médication abortive n'est nullement l'ennemie de la médication symptomatique.

Méthodes mixtes. — Provisoirement, si l'on veut diminuer à la fois les chances de mort du malade et la durée de la maladie, si l'on veut se rapprocher le plus possible de la médication abortive, il faut recourir à un traitement mixte. C'est là la conclusion de Liebermeister qui associe au calomel le sulfate de quinine, les bains tièdes et même la digitale, de M. Hallopeau (1) qui donne d'abord le calomel puis alternativement le salicylate de soude et le sul-

(1) Hallopeau. Soc. méd. des hôp., 1881.

fate de quinine, de M. Sorel (1), qui administre en même temps le sulfate de quinine et le salicylate de soude, de M. le Prof. Jaccoud, qui emploie dès le début les toniques, le bromhydrate de quinine et l'acide salicylique, donnés par séries alternées, de manière à éviter les doses élevées, de M. le Prof. G. Sée qui se sert des toniques et de la quinine ; enfin de M. le Prof. Bouchard dont nous croyons devoir indiquer la méthode actuelle.

M. le Prof. Bouchard se propose de réaliser à la fois l'antiseptie générale dans les limites où elle est praticable sans danger, l'antithermie et l'antiseptie intestinale, sans négliger bien entendu de soutenir les forces du malade, de l'alimenter et de parer aux indications accessoires qui pourraient se présenter.

Pour l'antiseptie générale, il donne, au début, pendant quatre jours seulement, le mercure à l'intérieur : le malade prend chaque jour 20 pilules de calomel de 2 centigrammes chaque.

Pour l'antisepsie intestinale, il administre aux typhiques huit cuillerées, de deux heures en deux heures, d'un mélange ainsi préparé : un gramme d'iodoforme est dissous dans 100 cent. cubes d'éther ; cette solution est mélangée à 100 grammes de poudre de charbon végétal. Puis l'éther est évaporé. On obtient ainsi un charbon iodoformé dans lequel l'iodoforme est à un état de division extrême ; ce charbon est mélangé à 200 grammes de glycérine. On y incorpore 50 grammes de peptones secs, en poudre, chaque cuillerée est donnée dans un verre de boisson. De plus, M. le Prof. Bouchard prescrit pendant toute la durée du traitement, la naphthaline, soit incorporée au mélange ci-dessus, soit en paquets ainsi préparés : Naphthaline et sucre en poudre, de chaque 5 grammes, essence de bergamotte 1 goutte ; divisez en 20 paquets, à prendre dans la journée.

(1) Sorel. Union méd., 20 et 24 fév. 1882.

L'antiseptie intestinale est complétée par l'administration de deux verres d'eau de Sedlitz, tous les trois jours; lorsque le traitement est interrompu, on administre toujours immédiatement après un purgatif. Enfin on donne deux lavements phéniqués par jour, de 0 gr. 50 pour 100 grammes d'eau.

L'antithermie est réalisée par une méthode spéciale fort bien décrite dans une thèse récente (1). Elle consiste dans l'emploi des bains non pas froids, mais tièdes et graduellement refroidis. Le malade est mis dans un bain dont la chaleur est de 2 degrés inférieure à sa température rectale. Toutes les 10 minutes on abaisse la température du bain jusqu'à ce qu'elle atteigne 30°. Le thermomètre arrivé à ce degré, on laisse le malade dix minutes dans le bain, puis on le retire. La durée des bains est donc variable. Leur nombre est de 8 par 24 heures; ils sont continués sans interruption sauf pendant quatre heures de nuit.

On les donne dès les premiers jours du traitement et ils ne sont suspendus que quand la température rectale du malade ne dépasse pas 37°5.

Lorsque malgré l'emploi des bains, l'hyperthermie persiste, M. Bouchard prescrit le sulfate de quinine. Voici les règles qui procèdent à l'administration de ce médicament. Lorsque la température rectale du malade atteint ou dépasse 40° le matin, et 41° le soir, il donne :

2 grammes de sulfate de quinine dans le 1 ^{er} septenaire	
»	2
1 gr. 50	3
1 gr.	4

et les suivants.

(1) Skinner. Sur une nouvelle méthode balnéothérapique réfrigérante spécialement employée dans le traitement de la fièvre typh. Th. Paris, 1885.

Ce traitement est systématique. Dès que le diagnostic est certain ou très probable, il est commencé et poursuivi rigoureusement.

Pendant toute sa durée, les malades ne prennent aucun aliment proprement dit. La glycérine et les peptones mélangés au charbon iodoformé les nourrissent et ces substances données en quantité suffisante pour soutenir leurs forces ont l'avantage de pouvoir être absorbées telles quelles, sans être obligées de subir une élaboration digestive toujours très problématique chez les fébricitants. Ils reçoivent en outre deux rations de vin de Bagnole et ont à leur disposition deux litres de limonade. Leur alimentation est donc égale sinon supérieure à celle qu'ils reçoivent quand on leur donne du lait, du bouillon, etc., et son absorption est bien plus certaine.

Ce traitement peut être complété par les soins que réclament les complications. Mais il est applicable à presque tous les cas. Certains accidents seulement, les hémorragies intestinales par exemple, commandent de tenir le malade au repos et de suspendre les bains pendant quelques jours.

Il remplit d'une manière efficace les principales indications, emprunte aux meilleures méthodes leurs agents les plus actifs et est aussi éloigné des témérités prématurées des méthodes exclusives que de l'impuissante timidité de l'expectation.

La valeur de cette méthode est du reste indiquée par l'aspect des malades qui y sont soumis et par les résultats obtenus au point de vue de la mortalité et de la durée de la maladie.

Nous avons bien souvent remarqué que les typhiques ainsi traités ont un facies tout-à-fait particulier. La coloration de leur peau est claire au lieu d'être terreuse ; leurs traits sont reposés ; ils ont peu de délire, peu de somnolence, ne sont pas hébétés comme les typhiques ordi-

naires ; leur langue reste humide et nette pendant toute la durée de la maladie ; les eschares sacrées sont extrêmement rares. En un mot, ils ont beaucoup moins l'aspect typhoïde et s'il ne fallait s'en rapporter qu'à une impression d'ensemble, ils paraissent beaucoup moins malades. L'influence de ce traitement sur la mortalité paraît très-favorable puisque, d'après les chiffres publiés par M. Skinner il y a eu, en comprenant tous les cas ; 18 décès sur 180 cas traités, c'est-à-dire une mortalité de 10 pour 100 seulement.

Enfin, et c'est là le point qui nous intéresse le plus, il agit aussi sur la durée de la maladie. M. Skinner compare les résultats obtenus dans le service de M. le Prof. Bouchard, pendant une année où le traitement complet a été employé, à ceux qui étaient donnés dans le même service par une autre méthode également antiseptique, mais dans laquelle n'entrait pas la balnéation. Les chiffres sont tout à l'avantage de la pratique actuelle.

Dans la première période, c'est-à-dire avant l'emploi des bains, sur 133 cas guéris, la durée moyenne fut de 23 jours. Chez la moitié de ces malades, elle fut inférieure à trois semaines.

C'était déjà un progrès considérable. Si l'on admet en effet, que la durée la plus courte de la fièvre typhoïde est de trois semaines et la durée moyenne de un mois, on voit que, dans plus de la moitié des cas, elle est réduite à être inférieure au minimum normal.

L'adjonction des bains et les dernières modifications faites à la méthode, vinrent encore améliorer les résultats. Sur 44 cas traités par l'ensemble des moyens que nous avons indiqués la durée moyenne a été de 19 jours. 70 malades sur 100 ont guéris avant le vingt-et-unième jour (1).

Les observations ultérieures de M. Bouchard, sont abso-

(1) Skinner. Thèse Paris, 1885.

lument confirmatives des précédentes comme le démontrent les chiffres de la statistique générale, que M. le Prof. Bouchard est en train de réunir en ce moment.

La durée de la fièvre typhoïde est donc abrégée d'une façon notable par ce traitement; dans plus des deux tiers des cas, elle est rendue inférieure au minimum de 21 jours.

Est-ce à dire qu'il doive être considéré comme abortif? Nous aurions presque le droit de le dire, si nous voulions nous borner à l'examen des chiffres. mais nous ne voulons pas aller aussi loin. En réalité, la fièvre typhoïde n'est pas arrêtée dans sa marche; elle continue son évolution, mais celle-ci se fait plus régulièrement et plus rapidement. Les symptômes persistent mais ils sont atténués; quelques-uns même comme la sécheresse de la langue et l'hébétude disparaissent complètement. Elle se trouve ramenée au type du typhus abortif dont elle ne dépasse pas la durée dans un certain nombre de cas, mais enfin, on ne peut pas dire qu'elle soit jugulée.

Les effets du traitement peuvent se résumer de la façon suivante :

Diminution de la mortalité; abrégement notable de la durée de la maladie; disparition d'un certain nombre de symptômes ou de complications douloureuses ou menaçantes.

Nous devons nous en contenter pour le moment, mais ils ne doivent pas nous faire abandonner l'espoir de trouver un agent qui combatte la fièvre typhoïde encore plus sûrement en la frappant dans sa cause intime.

Nous pressentons ce que pourra être la médication abortive dans cette maladie et, dès à présent, les moyens curatifs dont nous avons indiqué les effets, sont certes plus près d'elle que de l'expectation pure.

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

Comme la pneumonie et la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire aigu a été combattu par un grand nombre de médications systématiques, aujourd'hui tombées dans l'oubli. Plus heureux que ces maladies, il a rencontré dans l'acide salicylique et le salicylate de soude des médicaments si puissants et si particulièrement actifs qu'ils sont considérés comme de véritables spécifiques.

Nous nous bornerons à indiquer parmi les médications abortives anciennes, la saignée recommandée par Sydenham et rejetée par Cullen, puis appliquée systématiquement par Broussais et Bouillaud, et le tartre stibié vanté par Rasori, Bayle et par Dance. Ces deux méthodes instituées en vertu d'idées théoriques que nous avons déjà fait connaître à propos de la pneumonie et de la fièvre typhoïde, sont aujourd'hui abandonnées au point de vue spécial qui nous occupe. Nous passerons aussi très-rapidement sur quelques autres médicaments auxquels on a cru pouvoir attribuer le pouvoir de juguler le rhumatisme, pour arriver de suite au salicylate de soude.

Le quinquina avait été donné autrefois contre le rhumatisme. Briquet (1) reprit cette idée et employa le sulfate de quinine à haute dose. Il prescrivit d'abord 5 à 6 grammes par jour, puis 2 ou 3 grammes seulement et crut qu'il parvenait ainsi à couper le rhumatisme. Cette opinion ne fut pas confirmée, mais le sulfate de quinine n'en garda pas moins une place importante dans la thérapeutique du rhumatisme. C'était un agent modérateur et

(1) Briquet. Bull. de l'Acad. de méd., 1842.

régularisateur des plus utiles, dont l'action peut s'expliquer soit par ses propriétés antipyrétiques, soit par son action tonique et névrosthénique.

La colchique et la colchicine, le veratrum viride, les cyanures, proposés aussi comme abortifs furent abandonnés. Les alcalins furent administrés pour combattre la dyscrasie acide que l'on supposait être la cause du rhumatisme par Garrod, par Martin Solon, par Senator, par Béhier. Ils ne produisirent pas non plus les résultats qu'on en attendait.

En 1856, un médecin russe, Avenarius (1), essaya un produit retiré de l'huile de foie de morue et de la saumure de harengs. M. Dujardin-Beaumetz (2) reprit ces recherches en substituant à la propylamine la triméthylamine qui semble avoir donné des résultats comparables à ceux du sulfate de quinine, mais qui n'est pas restée dans la thérapeutique.

Arrivons donc à l'acide salicylique. Il fut étudié pour la première fois au point de vue physiologique, par Bergatini, en 1855. Après une longue période d'oubli, il attira l'attention de Kolbe, qui, en 1874, découvrit ses analogies avec l'acide phénique et fit connaître ses propriétés antiseptiques. Essayé en Allemagne dans toutes les maladies septiques ou zymotiques, il fut employé comme antirhumatismal par Stricker (1). Büss l'avait déjà donné dans le rhumatisme articulaire aigu, mais comme antipyrétique. Rappelons que depuis une époque indéterminée, la médecine empirique avait employé l'écorce de saule contre la fièvre et contre le rhumatisme et que, vers 1827, M. Leroux, pharmacien à Vitry-le-Français, cherchant un succédané de la quinine, avait

(1) Avenarius. Schmidt's Jahrb., 1858.

(2) Dujardin-Beaumetz. Gaz. des hôp., 10 janv. 1873, et Gaz. hebdomadaire, 1873.

(3) Stricker. Berlin. klin. Wochens., 1876.

découvert dans cette écorce la salicine. En 1831, Pagenstecher avait trouvé l'hydrure de salicyle dans les fleurs de la reine-des-prés. La salicine avait été utilisée contre le rhumatisme par Maclagan et par un certain nombre de médecins anglais. En Allemagne, Senator la considérait en 1877 comme un spécifique du rhumatisme.

Les succès de l'acide salicylique firent oublier ces essais. Büss donnait de 12 à 15 grammes par jour ; l'amélioration était rapide, mais il y avait des phénomènes toxiques. Stricker donnait de 0 gr. 50 à 1 gramme toutes les heures. L'administration du médicament était continuée pendant la nuit, tant que le malade ne dormait pas. Dans 14 cas ainsi traités, la guérison fut rapide : en moins de quarante-huit heures, la douleur avait cessé et la température était revenue au chiffre normal.

La médication nouvelle, expérimentée en Allemagne, en Angleterre, en Amérique avec un égal succès, fut introduite en France par M. le Prof. G. Sée (1) qui en fit ressortir l'action merveilleuse. Les résultats obtenus par Büss et Stricker furent bientôt confirmés d'une manière si générale et si éclatante que l'acide salicylique ne tarda pas à être universellement considérée comme le meilleur médicament à opposer au rhumatisme articulaire aigu.

Au bout de peu de temps, il est vrai, on lui substitua le salicylate de soude qui a l'avantage d'être beaucoup plus soluble et de n'avoir pas les mêmes effets irritants sur la muqueuse du tube digestif. Ses propriétés antirhumatismales sont égales ; seulement il faut donner des doses un peu plus élevées ; ainsi, tandis que la dose maximum d'acide salicylique est de 8 grammes, celle de salicylate de soude est de 12 grammes. En général, 4, 6 ou 8 grammes par vingt-quatre heures suffisent pour obtenir une guérison rapide sans avoir de phénomènes toxiques.

(1) Bullet. Ac. med., 1877.

De Beurmann.

Il est inutile d'insister sur des faits que chacun a pu observer et nous pourrions nous borner à reproduire le jugement porté en 1880 par M. le Prof. Vulpian. « En apaisant les douleurs, dit-il, le salicylate de soude rend le sommeil au malade; les phénomènes fluxionnaires et la fièvre cèdent après la douleur, les sueurs disparaissent, le gonflement des jointures s'efface. En trois ou quatre jours ordinairement, la douleur a cessé, les mouvements sont libres, la température est normale ou très-peu supérieure à 37°,5. L'appétit renaît. Au bout de très-peu de temps, le malade recouvre la santé (1). »

Rosbach et Nothnagel sont encore plus affirmatifs s'il est possible. Pour eux « les effets de l'acide salicylique et du salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu sont en quelque sorte « spécifiques ». On peut les comparer à ceux produits par le quinine dans le traitement des fièvres intermittentes. Aussi tous les autres moyens de traitement du rhumatisme articulaire aigu sont-ils aujourd'hui rejetés au second plan... On dirait que le remède exerce une action directe sur l'essence ou la cause de la maladie, action aussi inconnue que cette cause elle-même. En tous cas, l'effet curatif ne semble pas dépendre de l'abaissement de la température. Ce qui surprend surtout, c'est la rapidité de l'amélioration, parfois les phénomènes morbides disparaissent au bout de vingt-quatre heures; très-souvent après deux ou trois fois vingt-quatre heures. Il est rare de les voir persister huit jours ou d'avantage. Ces effets rapides et positifs sont une preuve directe de l'influence du traitement ».

Ainsi nous possédons un spécifique du rhumatisme articulaire aigu. Ce spécifique est en même temps un abor-

(1) Vulpian. Du mode d'act. du sal. de soude dans le Rh. art. aig. Journ. de pharm. et de chir., 1880 et 1881.

(2) Rosbach et Nothnagel. Elém. de mat. méd. et therap. Trad. française. Paris, 1880.

tif de premier ordre? Nul ne songe ici à invoquer la variabilité de la durée de la maladie, à mettre en avant les cas dans lesquels elle se termine brusquement par une résolution spontanée, les succès sont trop constants et trop rapides pour que l'objection soit valable. Il ne peut être question non plus de séries heureuses; l'expérimentation a été faite sur une trop grande échelle, le salicylate de soude a été adopté d'une manière trop générale pour que toutes les erreurs de détail n'aient pas disparu avec la masse des observations accumulées. Les adversaires les plus résolus de la médecine agissante doivent ici se rendre à l'évidence, et il est bon d'insister sur un fait aussi encourageant pour l'avenir de la médication abortive.

L'abréviation de la maladie sous l'influence du salicylate de soude est incontestable, dit M. le Prof. Vulpian, car la guérison a lieu du deuxième au quatrième jour et il est exceptionnel qu'elle tarde au delà du cinquième quand le médicament a été pris aux doses convenables. La durée normale du rhumatisme est de deux ou trois septenaires pour les cas moyens, et elle peut atteindre trois mois dans les cas graves traités par l'expectation pure comme l'a vu M. le Prof. Lépine (1) dans le service de Lorain qui pratiquait l'abstention systématique. L'influence exercée par le salicylate de soude sur la durée du rhumatisme est donc évidente.

Nous ajouterons que, comme le disait déjà Stricker, son action est d'autant plus rapide que le cas est plus récent, mais qu'elle continue à s'exercer pendant toute la durée de la maladie. On l'observe à tous les âges, dans toutes les conditions quand il s'agit d'un rhumatisme articulaire aigu vrai. Certains rhumatismes secondaires, comme le rhumatisme scarlatineux, en sont également justiciables,

(1) Communication orale.

mais la plupart de ces faux rhumatismes, les rhumatismes blennorrhagique et infectieux en particulier, sont peu influencés par le salicylate de soude. Il a pu donner aussi de bons résultats dans le rhumatisme subaigu, et même dans un certain nombre d'affections douloureuses de nature toute différente, mais si l'on veut juger de sa valeur, il ne faut pas sortir des limites du rhumatisme aigu vrai. La première condition pour apprécier la valeur d'un spécifique est de bien déterminer les conditions dans lesquelles il doit être administré.

On a dit que le salicylate de soude ne combattait qu'un des éléments du rhumatisme, qu'en supprimant les manifestations articulaires, il laissait la maladie entière quoique latente. Il suffit d'avoir vu des rhumatisants renaître pour ainsi dire à la vie, demander au bout de deux ou trois jours avec instance à se lever, à quitter l'hôpital, reprendre leur appétit, leurs forces, leurs occupations, pour abandonner une pareille opinion.

Que peut-on donc invoquer contre la salicylate de soude pour refuser d'en faire un médicament abortif du rhumatisme articulaire aigu ?

On s'est demandé si son heureuse influence s'étendait aux complications viscérales, cardiaques ou autres, du rhumatisme articulaire aigu. Deux opinions absolument opposées ont été émises sur cette question. Tandis que les faits publiés par Brown et Senator semblaient démontrer que les affections cardiaques sont moins fréquentes chez les malades traités par la salicylate que chez les autres, on a, d'autre part, rendu cette médication responsable de toutes les complications particulièrement cardiaques et cérébrales du rhumatisme.

Écartons d'abord l'accusation de produire des accidents cérébraux. Elle tient à ce que le salicylate provoque souvent l'obtusion de l'ouïe, des bourdonnements d'oreilles, des maux de tête qui peuvent devenir très-

pénibles si la dose est trop élevée. Mais ces accidents n'ont rien de commun avec l'encéphalopathie rhumatismale. En réalité, cette complication est toujours rare et sa fréquence n'a nullement augmenté depuis que l'emploi du salicylate de soude est devenu universel. Cette simple constatation suffit pour absoudre la médication salicylée.

En réalité, ce médicament ne semble pas avoir d'action, tout au moins directe, sur les manifestations viscérales. Il est impuissant contre les manifestations cardiaques (1), « car, étant donné un rhumatisant chez lequel on a reconnu avant le début du traitement une endocardite, une péricardite, ou une endopéricardite, souvent au bout de deux, trois, quatre jours de traitement salicylé, ces manifestations seules persistent, les phénomènes articulaires ayant disparu. Dans d'autres cas, on ne trouve rien au cœur, au début, ou tout au plus un peu de douleur précordiale. On donne le salicylate; le rhumatisme disparaît en tant que manifestations articulaires, mais la cardiopathie se déclare et évolue en dépit du traitement. Chez d'autres rhumatisants dont le cœur est manifestement indemne, on institue le traitement : les arthrites rhumatismales disparaissent rapidement, la guérison semble assurée, cependant, un, deux, trois jours après la libération complète des jointures et sans même que l'emploi du salicylate ait été interrompu, le cœur se prend et l'endocardite évolue comme dans les autres cas ». M. le Prof. Jaccoud (2), qui a comparé à ce point de vue les chiffres d'un grand nombre de statistiques avant et depuis l'usage du salicylate de soude, trouve que les complications cardiaques paraissent être au moins aussi fréquentes depuis que ce médicament a été adopté. Aussi

(1) Vulpian. Loc. cit.

(2) Clin. méd. de la Pitié, 1885.

sépare-t-il d'une manière complète le traitement du rhumatisme articulaire de celui du rhumatisme viscéral. Contre le premier il prescrit le salicylate de soude, contre le second il donne la tartre stibié.

Cependant M. le Prof. Vulpian, résumant son opinion à ce sujet, conclut en disant : « en un mot, le salicylate diminue le nombre proportionnel des complications viscérales du rhumatisme. » Il nous semble que les rhumatismes traités activement dès le début échappent le plus souvent aux cardiopathies et nous nous demandons si le salicylate de soude, qui n'a pas d'action suspensive contre les complications cardiaques, n'a pas contre elle une action préventive. C'est aussi l'opinion de M. le Prof. Potain, qui pense qu'un rhumatisant traité dès le début et avec succès par le salicylate de soude a moins de chances qu'un autre d'avoir une endopéricardite (1). La question reste donc en litige. Peut-être la tranchera-t-on en tenant compte du moment auquel la médication salicylée a été appliquée ou de quelqu'autre condition encore à déterminer. Mais pour nous borner au point de vue qui doit nous occuper, il faut avouer que le salicylate de soude n'a pas de valeur abortive contre les complications viscérales du rhumatisme.

Est-ce une raison suffisante pour le rejeter de notre cadre : nous ne le pensons pas.

L'action abortive du salicylate de soude étant démontrée, nous devons nous demander si le mécanisme de cette action est connu.

M. le Prof. Vulpian, dans l'important travail que nous avons déjà cité, examine toutes les opinions qui ont été émises sur ce point. Il montre que le salicylate ne peut être considéré, ni comme un anesthésique général, ni comme un anesthésique local, ni comme un médicament vaso-

(1) Communication orale.

moteur, ni comme un antipyrétique; il n'agit pas non plus comme diurétique, ni comme dénutritif. Il suppose en définitive que le salicylate de soude « agit d'une façon particulière sur les éléments anatomiques des tissus articulaires, c'est-à-dire sur ceux de ces éléments qui sont atteints en premier lieu dans une attaque de rhumatisme articulaire aigu et dont l'irritation inflammatoire joue le principal rôle dans cette maladie.

« La substance organisée et vivante de ces éléments est modifiée par le salicylate, de telle sorte que l'irritation qui caractérise l'arthrite rhumatismale aiguë n'y peut pas naître, et que, si elle y existe déjà, non seulement son évolution est arrêtée, mais encore elle y disparaît avec rapidité. »

Cette hypothèse, comme le fait remarquer son auteur, ne saurait être ébranlée par la résistance des complications viscérales du rhumatisme articulaire aigu à l'action du salicylate. « Le médicament pénètre sans doute aussi bien dans le péricarde, l'endocarde et les plèvres que dans les éléments anatomiques des synoviales articulaires. Mais il doit y avoir, et il existe certainement des différences notables entre les synoviales d'une part et les séreuses viscérales d'autre part, du moins au point de vue de la constitution physico-chimique de leur substance organisée. On comprend dès lors que les modifications produites dans les éléments des séreuses viscérales par le salicylate ne les mettent pas à l'abri des attaques du rhumatisme ou ne les aident pas à se débarrasser rapidement de ses attaques s'ils sont déjà envahis. »

On pourrait se demander aussi si le salicylate de soude, qui est un puissant agent d'élimination, comme l'ont démontré les recherches de MM. Bouchard, Byasson, Lecorché et Talamon, n'a pas pour effet de chasser des humeurs des rhumatisants une substance nocive dont la soustraction amènerait la fin des accidents. Ou bien encore s'il

n'agit pas en vertu de ses propriétés antizymotiques. Mais on sait que la valeur de ce sel comme antiseptique est nulle ou au moins très-faible et de plus la nature zymotique du rhumatisme articulaire est encore loin d'être démontrée.

Il faut donc abandonner, jusqu'à nouvel ordre, ces hypothèses et se borner à dire que le salicylate de soude a une action spécifique contre le rhumatisme articulaire aigu et que, malgré son impuissance relative ou absolue contre ses applications viscérales, la médication salicylée est abortive dans cette maladie.

FIÈVRE INTERMITTENTE.

Au point de vue de la thérapeutique générale, la fièvre intermittente pourrait être placée entre la syphilis et le rhumatisme articulaire aigu. Elle fait partie du petit groupe des maladies auxquelles on peut opposer un médicament d'un effet rapide et certain, en un mot, un spécifique.

S'il est une action médicamenteuse incontestable, c'est celle du quinquina et de la quinine dans les diverses formes du paludisme. Aussi, nous ne reviendrons pas sur des faits bien connus, dont on trouvera l'exposé dans tous les traités classiques. Nous nous demanderons seulement si le quinquina peut être considéré comme un médicament abortif.

Tout le monde admet que la quinine coupe la fièvre intermittente, c'est-à-dire en fait rapidement disparaître les accès périodiques. Chacun accorde que cette action est aussi manifeste lorsque les accès revêtent la forme pernicieuse. En pareil cas, la quinine sauve le malade en faisant avorter l'accès à venir. A ce point de vue limité, elle est certainement un abortif des plus sûrs et des plus puissants. Mais son action se borne-t-elle à supprimer les manifestations extérieures de l'infection palustre sans atteindre la maladie dans son essence ? En ce cas, elle n'est qu'un palliatif, un médicament symptomatique ou au moins un abortif incomplet.

Deux opinions sont en présence. Pour les uns, le quinquina et ses dérivés combattent directement l'élément pathogène de la fièvre palustre, pour les autres, ils n'a-

gissent qu'en vertu de leur action physiologique sur les tissus et en particulier sur les centres nerveux.

La première opinion est celle de Torti et des anciens, elle a été reprise récemment en Allemagne et en Italie et a trouvé dans les recherches bactériologiques actuelles de puissants appuis.

La seconde est l'opinion classique; elle est exposée dans presque tous les travaux français sur la question. « Le traitement rationnel de la fièvre paludéenne, comme celui de toutes les maladies infectieuses, dit M. Hirtz, devrait avoir pour but et caractère la neutralisation de la cause infectieuse. Ce moyen, nous ne le possédons pas (1). » Il est impossible de refuser plus nettement à la quinine toute propriété antimiasmatique. Pour les auteurs qui admettent cette manière de voir, et ils sont nombreux, depuis Briquet (2) jusqu'à M. L. Colin (3) l'utilité du sulfate de quinine « consiste à arrêter le mouvement fébrile au centre même de son mécanisme. C'est évidemment sur la fièvre et non sur l'impaludisme qu'agit le précieux spécifique. »

Il est certain que les études fort intéressantes et fort nombreuses qui ont été poursuivies sur l'action des sels de quinine rendent compte d'une partie de ses propriétés thérapeutiques, mais elles sont loin de tout expliquer. Si la quinine n'est qu'un antipyrétique, pourquoi agit-elle si mal dans les fièvres intermittentes symptomatiques? Pourquoi supprime-t-elle définitivement l'élévation

(1) Hirtz. Art. Fièvres intermit. In Dict. de méd. et chir. prat., t. XIX, p. 216.

(2) Briquet. Recherch. expér. sur les propr. du quinquina et de ses composés. Paris, 1855. Réflexions théoriques et prat. sur le mode d'administr. des sels de quinine. Bull. de thérap., 1872, p. 289 et 337.

(3) Collin. Etude sur les sels de quinine, etc. Bull. gén. de thér., 1872.

thermique qui caractérise l'accès paludéen, tandis qu'elle n'arrive que péniblement à abaisser pendant quelques heures la température dans les fièvres continues? C'est ce que ne peut faire comprendre son action physiologique; aussi les auteurs qui acceptent de la manière la plus entière ces explications sont-ils obligés, en définitive, de prononcer le mot d'action « spécifique » qui est en contradiction flagrante avec leurs théories.

Ce qui démontre cette action élective, c'est que les antithermiques, et il en est, comme nous l'avons vu à propos de la fièvre typhoïde, de plus puissants que la quinine, n'agissent nullement comme elle dans la fièvre intermittente.

Il faut donc bien admettre que, à côté de son action physiologique si souvent utilisée dans une foule de maladies, ce médicament « possède des propriétés particulières spécifiques, contre l'empoisonnement par la malaria, contre toutes les formes morbides dépendant de cet empoisonnement. » (1)

On sait en effet que toutes les formes, tous les modes d'expression si variés de la malaria sont soumis à la puissance curative de la quinine comme l'accès intermittent lui-même. Les tuméfactions du foie et de la rate, quand elles ne sont pas trop anciennes, disparaissent sous son influence. Les phénomènes si nombreux qui caractérisent les formes larvées, telles que les névralgies, les congestions intermittentes, etc., en sont justiciables au même titre. Les accidents du paludisme chronique eux-mêmes sont loin d'échapper complètement à son action, bien qu'elle soit alors beaucoup moins évidente.

On a voulu voir dans cette impuissance relative du quinquina contre la cachexie palustre une preuve de son

(1) Rosbach et Nothnagel. *Éléments de mat. med. et therap.* Paris, 1880, p. 543 (trad. franç.).

peu d'action sur la cause miasmatique de la malaria. Ce raisonnement nous paraît avoir bien peu de valeur. Nul n'ignore qu'en pathologie, une cause temporaire peut avoir des effets très prolongés ; la cachexie est sans doute le résultat de lésions déterminées par la présence de l'agent pathogène de la fièvre intermittente, mais rien n'indique qu'au moment où elle est constituée, cet agent existe encore à l'état vivant dans le sang ou dans les organes. Disons-nous que le soufre est sans action sur la gale parce qu'il ne fait pas disparaître les éruptions consécutives à la présence de l'acare aussi bien que l'acare lui-même. Disons-nous que les moyens employés contre le favus n'atteignent pas l'achorion parce qu'ils sont impuissants contre l'alopecie que détermine la présence prolongée du parasite ? Il est tout aussi injuste de refuser à la quinine toute action contre la cause intime de la malaria parce qu'elle est souvent incapable de guérir le paludisme chronique.

Est-il donc démontré que la quinine agisse sur la cause même de la fièvre intermittente ? Non, pas d'une manière absolue, mais c'est cette théorie qui nous paraît devoir triompher. « Ce qu'il y a de plus probable, disent MM. Rosbach et Nothnagel, c'est qu'elle exerce une action directe sur le poison miasmatique ; il est difficile dans l'état actuel de la science de pouvoir admettre une autre opinion. » C'est l'avis des cliniciens exerçant dans les pays à fièvres ; ils pensent que pour le paludisme comme pour la syphilis, le traitement est la pierre de touche du diagnostic, et ils ne manquent pas de considérer comme de nature paludique les accidents qui cèdent facilement à la quinine.

Que le quinquina agisse comme fébrifuge, comme sédatif ou comme tonique et hypersthénisant, il faut toujours avouer qu'il agit beaucoup mieux dans le paludisme que dans tout autre cas et par conséquent admettre son

action spécifique. Ce seul mot vient, comme nous l'avons dit, infirmer les explications les plus ingénieuses.

La théorie antimiasmatique a été reprise et défendue par Binz (1); pour cet auteur, la quinine neutralise la cause de la fièvre, « soit que cette cause réside dans un micro-organisme, qui sort périodiquement comme génération nouvelle de son lieu d'inoculation, des organes lymphatiques, de la rate, pour aller, par une irritation vaso-motrice, faire naître la série des phénomènes qui constituent la fièvre; soit que cette cause consiste en un poison chimiquement dissous qui, en accumulant les irritations, donne lieu à des décharges nerveuses périodiques, à une désassimilation plus active de l'albumine organisée et à une élévation de température. » Nous ne pouvons discuter les expériences, contestées d'ailleurs, sur lesquelles Binz fonde son opinion.

Mais les recherches les plus récentes sur la pathogénie de la fièvre palustre ont apporté un nouvel appui à la théorie anti-parasitaire.

Il n'entre pas dans notre programme d'exposer le résultat de ces recherches encore trop peu avancées et trop contradictoires pour être convaincantes. Les descriptions de Klebs, de Thomas Crudeli, de Marchiafava, et celles de Laveran (2) ont abouti à la description d'organismes, forts différents les uns des autres. Les cultures du sol paludéen et des humeurs des fiévreux n'ont pas encore donné des résultats assez constants et les inoculations faites aux animaux ne sont pas non plus assez démonstratives pour cela. L'insuccès de ces dernières n'est pas du reste éton-

(1) C. Binz. Das Chinin nach den neueren pharm. Arbeiten dargestellt. Berlin, 1875, et Zur Salicylsäure und Chininwirkung. Arch. für Exp. Path. u. Pharm. Leipzig, 1877.

(2) Voyez Cornil et Babès. Les Bactéries. Paris, 1885, et Laveran, Traité des fièvres palustres. Paris, 1884.

nant, si l'on songe que les animaux échappent à la malaria même dans les pays qui en sont le plus infectés.

Notons cependant que Gerhardt (1) aurait réussi à inoculer deux fois la fièvre intermittente chez l'homme sain. Il s'est servi du sang pris à un malade pendant l'accès et a obtenu, après quelques oscillations, une fièvre reproduisant le type qu'elle avait chez le sujet sur lequel on avait emprunté le sang inoculé. La fièvre ainsi produite fut coupée par une dose massive de sulfate de quinine. Ces faits, malgré leur petit nombre, ont une grande importance.

Il est clair que si la pathogénie de la malaria était connue, on aurait bien des chances de savoir d'une manière précise si son traitement pathogénique et par conséquent abortif, est possible; mais ce ne sont encore que les pierres d'attente d'un édifice difficile à construire. Aussi devons-nous passer outre, malgré l'intérêt évident de ces recherches.

L'objection la plus forte qu'on ait faite à l'action antizymotique de la quinine dans la fièvre intermittente, est la fréquence des rechûtes chez les sujets traités et l'impuissance de ce médicament comme agent prophylactique.

Il est certain que les rechûtes ne sont pas rares, mais cela ne prouve nullement que la quinine n'agisse pas sur l'agent pathogène de la fièvre intermittente ou sur les produits toxiques qu'il émet à certaines périodes. Sans doute il ne tue pas le miasme comme on le disait autrefois, mais il le met dans l'impossibilité de nuire, chaque fois qu'il manifeste son action, et après une série de traitements bien dirigés il en diminue tellement la puissance

(1) Gerhardt. Ueber interm. Impfungen. Zeitsch. für klin. med. Bd VII, p. 372. An. Debove, in Revue d. sc. med., t. XXVI, p. 535.

que le malade peut être considéré comme guéri, à moins que l'intoxication initiale n'ait déterminé des lésions irrémediables.

L'action préventive de la quinine contre les accès ultérieurs d'une série qu'il vient interrompre, a fait penser qu'il pourrait prévenir l'intoxication paludique elle-même. L'administration de ce médicament comme prophylactique est rejetée, naturellement, par les auteurs qui ne veulent pas admettre qu'il ait une action directe sur l'agent infectieux.

Hirtz pense : « que son action préservatrice est d'autant plus douteuse que selon toute probabilité son efficacité spécifique contre la fièvre est tout entière dans son action sur la moëlle épinière, point de départ physiologique de celle-ci, et qu'elle n'a rien de commun avec une neutralisation anti-miasmatique quelconque. » C'est juger la question *a priori*; aussi est-il obligé d'ajouter que, dans quelques circonstances, l'influence préservatrice du sulfate de quinine paraît avoir quelque utilité. Cette action est du reste admise par M. L. Colin et par un grand nombre d'observateurs. Ce que nous en savons est clairement résumé dans la phrase suivante du traité de Rosbach et Nothnagel : « Dans les régions marécageuses, par exemple sur la côte ouest de l'Afrique, dans le Nord des Etats-Unis, la quinine a été employée avec succès comme prophylactique contre l'intoxication par la malaria. Ce fait est appuyé sur tant d'observations concordantes que nous pouvons le considérer comme incontestable » (1).

Tout nous porte donc à admettre que la quinine agit sur l'agent pathogène de la malaria; s'il en est ainsi, nous avons le droit de la considérer comme un médicament véritablement abortif.

On peut nous faire sans doute ici les mêmes objections que pour le salicylate de soude dans le rhumatisme et le

(1) Rosbach et Nothnagel. Loc. cit.

mercure dans la syphilis. Notre réponse sera aussi la même. Tout dépend du sens que l'on donne au mot abortif. Si la médication abortive est celle qui s'attaque à la cause même de la maladie, qui en jugule les manifestations, qui en supprime les effets nuisibles et peut même en préserver l'homme qui s'expose à la contagion ; la quinine est abortive. Si on exige que cette action soit immédiate, certaine, définitive, qu'elle anéantisse à jamais le germe morbide et n'en laisse aucune trace, la quinine, pas plus qu'aucun autre médicament actif, curatif, n'est abortive. Bien plus, la médication abortive ainsi entendue est irréalisable dans les maladies infectieuses ou toxiques arrivées à leur période de généralisation, car on ne peut admettre qu'un médicament puisse d'emblée modifier la composition des humeurs ou des solides au point d'y détruire partout à la fois l'élément pathogène.

Nous avons laissé de côté les succédanés du quinquina ; leur action réservée à certains cas spéciaux est, comme leur nom même l'indique, inférieure en principe à celle de la quinine.

Cependant on a attribué aux injections hypodermiques d'acide phénique une valeur toute particulière. Elles ont été préconisées par Jessier, en 1868, par Desclat, en 1873, par Motta qui les préfère au sulfate de quinine, par M. Dieulafoy (1) qui les a vues réussir dans 2 cas mieux que ce médicament, par Narich (2) dans un cas rebelle qui guérit sans récurrence. Ce serait donc un traitement abortif. Il est permis de croire que l'acide phénique arrivera difficilement à battre en brèche la vieille réputation du sulfate de quinine, mais il faut retenir que ces deux médicaments sont l'un et l'autre des antiseptiques.

Quant aux moyens hygiéniques et adjuvants du traitement, ils ne rentrent évidemment pas dans notre sujet.

(1) Soc. méd. hôp., 24 oct. 1884.

(2) Progr. méd., 30 janv. 1886.

VARIOLE.

On a maintes fois essayé d'enrayer la marche des différentes fièvres éruptives, mais tous les traitements préconisés dans ce but ont été abandonnés les uns après les autres. Aujourd'hui, tout le monde admet à peu près sans réserves que dans les formes régulières, l'expectation simple suffit, et que, le rôle du médecin consiste à aider le malade, à mener à bonne fin le travail qui lui incombe. Le traitement purement symptomatique est réservé aux complications et aux formes anormales.

Médication éthérée-opiacée. — Cependant M. Du Castel a proposé récemment de combattre la variole par une série de moyens qu'il réunit sous le nom de médication éthérée-opiacée et auxquels il attribue le pouvoir de faire avorter la maladie.

Ce traitement qui, jusqu'à présent, a donné de bons résultats rentre donc bien dans notre cadre. Mais avant de le faire connaître, il importe de bien préciser les conditions dans lesquelles il doit intervenir.

Remarquons d'abord que la variole offre un champ particulièrement favorable pour étudier l'influence des médications qu'on lui oppose : c'est une affection commune, à évolution réglée et bien connue, à marche facile à suivre, puisque le développement en est lent et progressif, puisque les manifestations en sont extérieures et constatables de visu. Rien n'est donc plus aisé que de suivre l'influence du traitement sur l'évolution de l'éruption.

Il faut cependant se rappeler qu'elle se présente actuel-

lement dans deux conditions absolument différentes, suivant qu'elle survient chez des sujets non vaccinés ou chez des sujets anciennement vaccinés : dans le premier cas, elle a l'évolution régulière que nous ont enseignée les maîtres anciens; dans le second cas, sa marche présente de grandes variations individuelles. L'observation des dernières épidémies a montré, que, si l'influence bienfaisante de la vaccine peut se conserver chez certains individus pendant toute la durée de l'existence, il est beaucoup plus ordinaire que ses bons effets aillent, en s'affaiblissant avec une rapidité variable suivant les sujets et puissent même devenir à un moment donné, inappréciables. Il semble que la variole reprenne ses droits au fur et à mesure que la vaccine perd les siens. Chez l'individu encore influencé d'une façon notable par le vaccin, la variole sera une affection légère, donnant lieu à une éruption peu abondante, dont le développement sera rapide et incomplet : chez celui pour lequel l'influence vaccinale est épuisée, la variole reparaitra avec une intensité telle qu'il n'y aura plus aucune différence appréciable entre l'ancien vacciné et le non vacciné.

Cependant un médecin exercé et habitué à l'observation des varioleux pourra prévoir, dès les premiers jours de l'affection, d'après la violence des phénomènes généraux, d'après la confluence de l'éruption, quelle sera la gravité de la maladie, et l'abondance de la suppuration. Il sera donc possible, facile même dans cette variole modifiée, de savoir si une médication exerce une action véritable sur le développement de la maladie, à la condition toutefois que cette action soit très accusée, et qu'elle se produise dans la grande majorité des cas. Voyons si la médication éthérée-opiacée présente ces conditions.

Elle repose sur l'emploi simultané de l'éther et de l'opium à haute dose; souvent on administre le perchlorure de fer en même temps que ces deux médicaments.

Voici en quels termes M. Du Castel (1) expose sa méthode :

« Des injections d'éther sont pratiquées deux fois par jour, une le matin, une le soir; on injecte chaque fois une pleine seringue de Pravaz. Les injections doivent être poussées lentement et profondément dans le tissu cellulaire sous-cutané.

« L'opium est donné sous forme d'extrait thébaïque, à la dose de 15 à 20 centigrammes dans une potion de 125 grammes; chez les femmes, la dose est ordinairement de 15 centigrammes; chez les hommes, de 20 centigrammes; dans un cas suivi de guérison rapide, elle fut de 30 centigrammes, mais le délire était très intense et le malade fortement alcoolique.

« Le perchlorure de fer peut être administré à la dose de vingt gouttes dans une potion de 125 grammes. L'opium et le perchlorure de fer sont donnés alternativement d'heure en heure jusqu'à épuisement des potions.

« Les malades reçoivent dans le courant de la journée une assez haute dose d'alcool (1). »

« Dans le but d'éviter les inconvénients des piqûres d'éther, M. Du Castel a donné l'éther à l'intérieur jusqu'à la dose de 4 grammes par jour; mais ce mode d'administration a été très infidèle et il pense qu'il ne faut en user que pour modérer les accidents des éruptions moyennes ou discrètes (2); nous verrons cependant tout-à-l'heure que M. Balzer donne l'éther par la voie stomacale dans la majorité des cas.

Des injections sous-cutanées faites avec l'éther phéniqué au millième n'ont pas produit une action plus avan-

(1) Du Castel. Traitement de la variole par la médication éthérée-opiacée. Bulletin de l'Acad. de médecine, 1881, et Bull. génér. de therap., septembre 1881.

(2) M. Dreyfus-Brisac a vu les doses élevées d'éther mal supportées par beaucoup de malades.

tageuse sur la marche de la maladie et ont occasionné une irritation locale plus violente.

Le traitement doit être commencé dès que l'intensité des phénomènes généraux où l'abondance de l'éruption permet de prévoir une forme grave; le plus tôt est le mieux.

Voici quelles seraient les modifications apportées à l'évolution de l'éruption et à la marche de la maladie dans les cas les plus favorables et quand le traitement a pu être commencé de bonne heure (1).

« Un certain nombre de papules s'arrêtent brusquement dans leur développement; d'autres se remplissent de sérosité, deviennent vésicules, mais en conservant toujours un très petit volume. Au bout de trois ou quatre jours de traitement, dans l'espace de vingt-quatre à quarante-huit heures, les vésicules de la face et du tronc, les vésicules des membres s'affaissent et se sèchent sans avoir suppuré, laissant à leur place de petites croûtes noirâtres, comme hémorrhagiques.

« Dans quelques cas, au moment de la dessiccation, on voit persister à la surface des membres, pendant deux ou trois jours, quelques vésicules absolument transparentes, qui semblent rester là, comme pour témoigner par leur transparence qu'il n'y a pas eu tendance à la suppuration.

« Souvent, au voisinage des ailes du nez et sur le front, quelques rares pustules se forment, mais extrêmement petites, acuminées, ressemblant à de l'acné miliaire; leur siège est tellement circonscrit, leur volume tellement petit, leur nombre si peu considérable relativement à celui des vésicules qui sèchent sans suppurer, qu'on ne peut vraiment pas encore dire qu'il y ait eu suppuration.

(1) Du Castel. — Bulletin général de thérapeutique, 30 sept. 1881, p. 243.

« La température, fort élevée (40 degrés environ) au moment où l'éruption se produit, s'abaisse progressivement jusqu'au chiffre normal dans les deux ou trois jours qui précèdent la dessication : il n'y a pas de fièvre de suppuration.

« La dysphagie, la salivation, le délire manquent le plus ordinairement ou sont peu intenses.

« La chute des croûtes, principalement sur la face, se fait rapidement ; en ce moment le visage, les membres sont recouverts d'une quantité considérable de petites papules, qui persisteront pendant un temps assez long.

« On voit ce qui caractérise l'influence du traitement dans cette forme de la maladie, c'est le manque de suppuration ; c'est l'arrêt de développement de l'éruption, la petitesse des papules et des vésicules.

« Cet arrêt de développement de l'éruption, après un début des plus menaçants, n'est pas un fait nouveau. M. Rigal, signalant à la Société médicale des hôpitaux un cas de ce genre dans lequel l'abondance de l'éruption et l'intensité des phénomènes généraux étaient telles « qu'on crut d'abord à une variole confluente », propose de dénommer des cas semblables : varioloïdes confluentes (Bull. de la Soc. méd. des Hôpitaux de Paris, 1879, p. 214). Mais de pareilles observations sont exceptionnelles et viennent de loin en loin surprendre le médecin : avec la médication éthérée-opiacée, elles semblent susceptibles de devenir un fait fréquent, presque la règle chez les anciens vaccinés (1), quand le traitement aura été institué de bonne heure.

« En dehors de ces cas où l'influence du traitement a été si masquée, dans ceux-mêmes où la suppuration s'est produite, l'action de la médication a paru souvent encore fort appréciable. En effet, chez certains malades, bon

(1) Atteints de variole grave.

nombre de vésicules n'ont pas suppuré et ont avorté, les pustules qui se sont produites sont restées petites, comme étaient petites les papules et les vésicules dans la forme précédente; on ne saurait mieux comparer l'aspect de l'éruption en pareil cas, qu'à celui offert par l'éruption artificielle que provoquent l'application d'un emplâtre de thapsia ou des frictions à l'huile de croton.

« Dans les cas où la suppuration semble acquérir, ou peu s'en faut, tout son développement, ce qui arrive quand la médication a été commencée tardivement, la gravité de la maladie paraît souvent encore fort atténuée; la salivation fait défaut ou est peu abondante, la dysphagie manque ou reste très modérée, la bouffissure de la face et des mains est peu considérable, la prostration reste légère et les varioleux semblent mieux résister aux accidents de la suppuration. Ainsi, même dans ces cas, il y a atténuation des accidents les plus pénibles et gravité moindre de la maladie.

« En somme, il semble qu'on puisse résumer ainsi les effets observés à la suite de l'emploi de la médication éthérée-opiacée, chez des varioleux pour qui l'intensité des phénomènes généraux et l'abondance de l'éruption faisaient craindre une suppuration grave :

« Dans nombre de cas, arrêt de développement de l'éruption et manque de suppuration. Chez les malades qui ont suppuré, diminution de la suppuration et atténuation de ses accidents les plus pénibles. »

Les résultats obtenus seraient donc: atténuation constante et plus ou moins marquée de l'éruption; dans un certain nombre de cas, avortement complet, manque absolu de suppuration.

Ils dépendent en grande partie de deux facteurs qui sont l'existence ou l'absence d'une vaccination antérieure et l'époque plus ou moins tardive à laquelle le traitement est commencé.

M. Marotte dans le rapport qu'il présentait à l'Académie, huit jours après la communication de M. Du Castel, faisait les plus grandes réserves sur ces conclusions. Il prévoyait même l'insuccès de la méthode, croyant avec Sydenham que l'opium est un médicament plus apte à amener la suppuration qu'à en diminuer l'abondance.

Cependant quelques observateurs se décidèrent à essayer la médication éthérée-opiacée contre la variole.

M. Traill, dans sa thèse, expose les faits qu'il a observés dans le service de M. Hallez à Lille et arrive aux conclusions suivantes :

« L'éther en injections sous-cutanées semble agir efficacement contre la suppuration variolique qu'il atténue singulièrement quand il ne l'arrête pas. Son action se manifeste également sur les autres symptômes de cette période. La dysphagie est peu marquée, souvent nulle, la salivation et le gonflement des pieds et des mains font aussi défaut.

« Ces bons effets doivent être attribués à l'éther et rien qu'à l'éther...

« L'opium doit être administré principalement quand il y a du délire et la dose sera plus ou moins élevée selon l'intensité des accidents nerveux (1). »

Au mois d'août de la même année, M. Dreyfus-Brisac (2) écrivait : « C'est pas sans une certaine incrédulité que fut accueillie l'intéressante communication faite le 30 août 1881 à l'Académie de médecine par M. Du Castel, sur les effets d'une médication complexe, dite éthérée-opiacée, dans la variole. M. Marotte se fit l'écho de la pensée géné-

(1) Traill. Et, sur les inject. sous-cutanées d'éther sulfurique à la dose dite excito-stimulante, de leur applicat. au trait. de quelques maladies et principalement de la variole. Thèse de Lille, 1882.

(2) Dreyfus-Brisac. Note sur la médication éthérée-opiacée dans la variole. Gaz. hebd. de méd. et de chir., 1882, p. 527.

rale, lorsque, dans son rapport d'ailleurs fort élogieux, il demande un supplément d'information. Chargé, depuis le 1^{er} mai dernier, du service des varioleux à l'hôpital Saint-Antoine, nous avons employé pendant les trois derniers mois le traitement préconisé par M. Du Castel; aussi nous semble-t-il aujourd'hui permis de formuler des conclusions sur la valeur de cette méthode thérapeutique. Elles sont, je me hâte de le dire, conformes, sur bien des points, à celles de notre distingué collègue (1). » Médiocrement convaincu de l'utilité de la potion au perchlorure de fer qui complique le traitement et répugne souvent aux malades, M. Dreyfus-Brisac supprima ce médicament, sauf dans la variole hémorrhagique, pour s'en tenir à l'emploi simultané de l'opium, de l'éther et de l'alcool.

Les résultats qu'il obtint furent très concluants, « si l'on s'en tient aux cas où le traitement peut être employé dans toute sa teneur, dès le début de l'éruption jusqu'au début de la dessication (1). »

Dans les cas malins, lorsque la maladie évoluait sur un terrain défectueux, chez des alcooliques, des cachectiques, des femmes enceintes ou récemment accouchées, la médication se montra à peu près inefficace contre l'intoxication générale. Dans la variole noire, elle fut absolument insuffisante, comme l'avait déjà signalé M. Du Castel : aussi M. Dreyfus-Brisac ne saurait voir dans cette médication l'antidote du poison variolique ; mais son influence sur la marche de l'éruption lui paraît indéniable.

Les cas, où l'exanthème suit sa marche habituelle, malgré le traitement, sont exceptionnels ; M. Dreyfus-Brisac ne craindrait même pas d'affirmer que le processus éruptif est toujours plus ou moins modifié : voici du

(1) Dreyfus-Brisac. Loc. cit.

reste la description qu'il donne de la marche de l'éruption : Elle vise surtout le développement des papules et des pustules chez les sujets non vaccinés ; elle est donc particulièrement intéressante :

« Un individu non vacciné entre à l'hôpital au troisième jour de la maladie ; la face, les membres présentent déjà des papules cohérentes ; l'état général est grave ; le traitement est immédiatement institué.

« Le lendemain, les phénomènes généraux ne sont pas modifiés ; mais déjà l'éruption présente un aspect tout particulier. Si quelques papules se sont remplies de liquide pour passer à l'état vésiculeux, la plupart se sont affaissées, racornies en quelque sorte, donnant à la main une sensation comparable à celle du cuir de Russie. Les jours suivants, les vésicules, toujours peu nombreuses, se remplissent de pus et forment des pustules de petit volume, disséminées surtout sur les extrémités ou au pourtour du nez. Mais, partout ailleurs, la suppuration est à peine prononcée ; les papules se sont étalées, ont pris un aspect blanchâtre, sans qu'il se soit formé à leur niveau d'élevure pustuleuse. La fièvre a subi une légère recrudescence, elle dépasse rarement 39°, et oscille d'habitude entre 38° et 38°,5. Le gonflement des extrémités et de la face est peu accusé.

« Cet avortement de l'éruption est tout aussi sensible au moment de la dessiccation qui commence du quatrième au huitième jour de l'éruption. Au niveau des pustules clair-semées de la face se voient de petites croûtes jaunâtres, toujours moins épaisses, moins larges, moins humides que dans la variole légitime, et la face ne présente pas l'aspect hideux habituel ; la peau des extrémités se desquame par minces écailles grisâtres. Sur la presque totalité du corps, à la face en particulier, la dessiccation se fait d'une manière presque insensible. Les papules s'affaissent et s'indurent de plus en plus, et c'est à

peine si l'on constate à leur surface un enduit furfuracé. La peau conserve ainsi pendant longtemps, plusieurs semaines, une teinte brunâtre ou violacée, un aspect plus ou moins chagriné et les cicatrices sont toujours moins profondes que dans la variole vraie.

« Telle est la marche du processus cutané dans les varioles à exanthème intense ; dans les varioloïdes cohérentes, ou les varioles discrètes, la suppuration est encore moins accusée et l'induration des papules plus prononcée.

« Du côté des muqueuses, l'éruption évolue pari passu. Les papules de la bouche, de la gorge, avortent comme celles de la peau, les phénomènes fonctionnels correspondants, salivation, dysphagie, sont singulièrement atténués. Aussi, depuis que ce traitement est institué, les gargarismes, naguère si usités, ont-ils à peu près disparu de nos salles ; sauf dans deux cas, on n'eut à les prescrire que chez des malades non soumis à la médication.

« Le trait dominant de cette évolution à ce point caractéristique, que, à première vue, les malades traités se reconnaissent des autres, est, on le voit, le peu d'intensité de la suppuration. La variole, considérée au point de vue de l'éruption seule est, pour ainsi dire, transformée en varioloïde. Aussi les accidents si graves, propres à la dernière période de la maladie, font-ils défaut ; un seul de nos malades a succombé de leur fait (1). »

En résumé la médication éthérée-opiacée est un modificateur puissant de l'éruption variolique. Pour M. Dreyfus-Brisac, il paraît incontestable que l'opium joue un rôle beaucoup plus important que l'éther ; dans tous les cas où les malades refusèrent de prendre la potion ou la vomirent presque immédiatement, cas où le traitement se réduisit en réalité aux injections d'éther, on n'obtint qu'à un très faible degré les effets si satisfaisants de la médication mixte.

(1) Gazette hebdomadaire, 1884, p. 528.

A l'inverse de M. Trail il attribue donc l'influence bienfaisante du traitement à l'opium et non à l'éther.

M. Du Castel, dans sa réponse (1) à la note de M. Dreyfus-Brisac déclare que, pour lui, l'association de l'opium et de l'éther est nécessaire et qu'il ne saurait accorder à l'un de ces médicaments, à l'exclusion de l'autre, l'action bienfaisante de la médication.

« Avant d'arriver à la médication éthérée-opiacée, dit-il, j'avais employé l'éther et l'opium séparément.

« En administrant l'opium à haute dose, j'avais surtout eu pour but de combattre le délire suivant la méthode si efficace du Prof. Lasègue, et je n'avais pas remarqué de modification frappante de l'éruption. Quand je commençai à administrer l'éther, ce fut à titre de tonique et d'excitant ; je l'administrai d'abord au moment de la suppuration, alors que les malades commencent à s'intoxiquer ; l'effet heureux obtenu dans ces conditions fut incontestable, mais tout à fait insuffisant ; un bien-être général succédait aux injections, mais il était très passager, et le dénouement funeste était tout au plus retardé de quelques heures. En voyant l'insuffisance du médicament tardivement administré, l'idée me vint de l'employer dès le début de l'éruption, alors que le mal n'était, pour ainsi dire, pas encore maître de la place. Je choisis les malades les plus gravement atteints et leur fis faire les injections d'éther dès les premiers jours de l'éruption ; je comparai la marche de la maladie chez ces varioleux et chez ceux moins gravement atteints qui restaient soumis aux médications ordinaires : chez les premiers, l'état général se maintint meilleur, et c'est alors que j'observai ces soifs d'injections d'éther qu'on ne voit certainement pas à un degré aussi accusé chez les malades traités par la médication éthérée-opiacée. Un certain nombre des

(1) Voir Gaz. hebdomadaire, 1885, n° 35.

sujets soumis à la médication simplement éthérée guérissent, alors que leurs voisins moins gravement atteints qu'eux et traités par les méthodes ordinaires succombaient ; mais la suppuration restait toujours abondante ; elle était peut-être un peu, fort peu diminuée ; elle était surtout mieux supportée.

« Les choses en étaient là quand entra dans mes salles un malade présentant une éruption confluente légèrement hémorrhagique, en proie à un délire violent ; j'ordonnai l'opium à haute dose contre le délire, les injections d'éther à cause de l'abondance de l'éruption. Quatre ou cinq jours après son entrée, ce malade, dont la situation paraissait désespérée, était guéri ; le délire avait cessé ; l'éruption était desséchée. La pensée me vint que cette guérison si rapide et si imprévue n'était peut-être pas le résultat du hasard, mais l'effet de la médication employée, l'effet de l'action combinée de l'éther et de l'opium ; j'associâi, chez un certain nombre de varioleux atteints de varioles graves, l'emploi de ces deux médicaments, et j'obtins les résultats heureux que vous avez pu constater ; la médication éthérée-opiacée remplaça, dans mon service, la médication éthérée simple. Quant à l'association des deux médicaments, je la crois indispensable, puisque je n'avais jamais constaté aucun résultat appréciable, à l'époque où l'on employait isolément l'opium et l'éther (1). »

M. Buquet a publié dans sa thèse le résumé des observations recueillies jusqu'au mois de février 1883 par MM. Du Castel, Dréyfus-Brisac et Gombault. Dans une statistique très détaillée, il s'est efforcé de fixer l'influence qu'exercent sur la marche et la gravité de la maladie : l'absence ou l'existence d'une vaccination antérieure, l'époque plus ou moins tardive à laquelle le traitement

(1) Loc. cit., p. 576 et suivantes.

est commencé, l'abondance de l'éruption, la forme de la maladie.

Les chiffres qu'il a réunis font ressortir la fréquence de l'avortement de l'éruption sous l'influence du traitement. Une maladie longue et pénible serait transformée ainsi en une affection courte et bénigne.

Quant à l'influence du traitement sur la mortalité, elle est difficile à apprécier. M. Dreyfus-Brisac a eu 58 décès sur 166 cas traités et M. Du Castel 27 décès sur 76 cas. Ce sont des chiffres élevés, mais il faut remarquer qu'au début la médication éthérée-opiacée n'était appliquée qu'aux cas les plus graves. De plus le traitement n'a souvent été commencé que plusieurs jours après le début de la maladie. Il est probable que la statistique se fût beaucoup améliorée si on n'y eût fait entrer que les cas dans lesquels le traitement avait été commencé dans les trois premiers jours de l'éruption ; si, comme le dit M. Dreyfus-Brisac, le traitement avait pu être employé dans toute sa teneur, depuis le début de l'éruption jusqu'au début de la dessiccation.

Voici du reste les conclusions auxquelles une analyse détaillée des faits a conduit M. Buquet (1).

« L'effet de ce traitement est de modifier l'éruption variolique, de supprimer complètement la suppuration dans un certain nombre de cas, de l'atténuer toujours.

« L'effet du traitement est surtout marqué chez les varioleux qui ont été vaccinés autrefois. Chez les non-vaccinés, cet effet est incomplet.

« L'action du traitement varie suivant les formes cliniques de la variole.

« Dans les varioles discrètes et simplement cohérentes, chez les individus déjà vaccinés, la guérison sans suppuration est la règle.

(1) Buquet, th. Paris, 1882, p. 94.

« Dans les varioles cohérentes, confluentes même, les plus graves chez les sujets déjà vaccinés, la guérison sans suppuration, sous l'influence du traitement, est très fréquente; lorsque l'éruption suppure malgré le traitement, les accidents de la suppuration sont très atténués.

« Dans certains cas de varioles confluentes bien légitimes, mais chez des sujets vaccinés, il y a eu guérison sans suppuration ou avec une suppuration très atténuée.

« Chez les sujets non vaccinés, la guérison sans suppuration sous l'influence du traitement, quelles que soient les formes cliniques, est l'exception. La règle est que la suppuration ne soit qu'atténuée.

« Enfin, dans les varioles hémorrhagiques d'emblée, le traitement n'a absolument aucune action appréciable. Dans les varioles hémorrhagiques secondaires, son influence est presque nulle.

« Les varioleux soumis au traitement par la médication éthérée-opiacée échappent par le fait de la suppression de la suppuration à tous les accidents consécutifs à celle-ci, qui sont si souvent la cause de la mort. »

Au mois d'août 1883, M. Pécholier a publié un cas d'avortement de la variole au moyen de la médication éthérée-opiacée. « C'est du virus de varioloïde, écrit-il, que mon malade avait reçu de son frère et jamais éruption variolique ou varioloïque n'a ressemblé à celle que j'ai observée chez lui. Cette éruption a sûrement avorté et elle a avorté sous l'influence de la médication éthérée-opiacée (1). »

Au mois de juillet 1884, M. Tenesson publie aussi le résultat des observations qu'il a pu recueillir successivement dans les services de varioleux de l'hôpital Tenon et de l'hôpital Saint-Antoine; il insiste sur « le facies tout spécial, éléphantiasique, que les malades présentent

(1) Bull. gén. de therap., avril 1883.

au moment de la convalescence, facies qui n'a pas son pareil dans les varioles qui avortent spontanément ou, comme on dit, dans les varioloïdes (1). »

Frappé des faits qu'il a observés, M. Tenesson serait heureux de contribuer à ce qu'il regarde comme un progrès en thérapeutique.

M. Balzer écrivait plus récemment, à propos de la médication éthérée opiacée qu'il a eu l'occasion d'expérimenter pendant plusieurs années dans le service des varioleux de l'hôpital Saint-Louis : « Dans les varioles discrètes et même cohérentes, nous avons constaté des effets certains sur l'éruption : diminution et quelquefois même suppression presque complète de la suppuration, rapidité de la dessiccation, diminution considérable du gonflement et du ptyalisme ; en somme, tendance de la variole à affecter les allures de la varioloïde..... En résumé, l'association de l'éther et de l'opium dans le traitement de la variole nous a paru d'une incontestable utilité sans jamais présenter d'inconvénients sérieux. »

L'opinion des différents auteurs, que nous venons de citer et qui ont eu l'occasion d'étudier l'action de la médication éthérée-opiacée dans les services de varioleux dont ils avaient la direction, semble unanime à reconnaître qu'elle est capable d'atténuer, de faire avorter assez souvent la suppuration dans la variole.

Ce résultat s'obtient plus certainement, plus complètement chez les sujets anciennement vaccinés ; mais pour être plus atténué chez les sujets non vaccinés, il ne s'en produit pas moins manifestement chez eux.

On trouvera peut-être que nous avons trop insisté sur une médication encore à l'étude ; mais il nous a paru intéressant de voir, sur un terrain où l'observation est aussi

(1) Ibid., juillet 1884.

facile que dans la variole, une série de médecins distingués, habitués à l'observation des varioleux, s'entendent pour déclarer qu'il était possible dans nombre de cas de faire avorter cette maladie. Il est donc permis d'espérer qu'un jour peut-être viendra où nous ne serons pas réduits, comme on le craignait encore il y a quelques années, à un simple traitement palliatif des fièvres éruptives, mais où nous posséderons de véritables traitements abortifs. Il est difficile de dire à quelle cause serait due l'action salutaire de la médication éthérée-opiacée; nous n'entreprendrons pas de donner une explication que ne nous fournissent pas les observateurs qui ont le mieux étudié la question. En tous cas, elle ne semble guère pouvoir être attribuée à une action antiseptique comme la plupart de celles que nous avons examinées.

Vaccination post-variolique. — Nous signalerons, à propos du traitement de la variole, les tentatives qui ont été faites pour modifier la marche de cette maladie par la vaccine pratiquée pendant son évolution. Dans ce procédé, la médication abortive emprunte une fois de plus ses armes à la prophylaxie. Il a été très vanté notamment par un médecin anglais, M. Furley, dont les opinions sont combattues par Taylor (1). Cet auteur fait observer que si les sujets traités par la vaccination curative avaient déjà été vaccinés antérieurement, la modification de la variole pouvait aussi bien être attribuée à la première vaccination qu'à la seconde. Suivant lui, si la vaccination abortive avait été faite à la fin de l'incubation variolique et par conséquent si l'éruption précédait l'apparition des boutons de vaccine, la variole n'était nullement influencée et suivait sa marche habituelle.

(1) Dict. de méd. et chir. prat. Art. Variole.

(2) M. Taylor. The treatment of small-pox by vaccination. Lancet, 1^{er} fév. 1873.

Mais il accorde que si dans le cours d'une épidémie variolique on soumettait à la vaccination des sujets non vaccinés, l'incubation de la variole durant 14 jours environ et celle de la vaccine étant moins longue, il y aurait possibilité pour ces sujets, si les premiers boutons de vaccine se montraient avant l'éruption variolique, d'échapper au danger d'une variole grave et de ne plus présenter qu'une variole modifiée et bénigne. En un mot la vaccination faite pendant l'incubation pourrait transformer une variole maligne en une variole abortive.

Cette inoculation après contagion d'un virus préservé n'est-elle pas tout à fait comparable au procédé de M. Pasteur pour éviter la rage après morsure. En tous cas, la vaccination faite dans ces conditions n'ayant aucun inconvénient, ces tentatives intéressantes méritent d'être continuées. « Il y a là une chance qu'il ne faut pas négliger et il faut vacciner chaque fois qu'on redoute l'imminence d'une variole » (1).

Traitement topique de l'éruption. — Nous pourrions nous étendre longuement sur le traitement abortif et topique des pustules varioliques. Il a été très employé autrefois dans le but d'empêcher la formation des cicatrices consécutives. Les Arabes et les anciens auteurs, Senac, Borsieri, Stoll, ouvraient simplement les pustules et faisaient ensuite une onction d'huile. Bretonneau, Serres, Velpeau faisaient suivre l'ouverture d'une cautérisation au nitrate d'argent. Baillou, Zimmermann et plus récemment Révilliod et Weidenbaum ont vanté les applications d'onguent mercuriel ; ils ont prétendu obtenir ainsi l'avortement de l'éruption et l'atténuation des phénomènes généraux. Les auteurs du *Compendium* préconisèrent l'emplâtre de Vigo.

(1) Balzer. Art. Variole, in *Dict. de méd. et chir.*, t. XXXVII, p. 390.

Enfin on a essayé de la compression faite avec le caoutchouc dissous dans le chloroforme, qui aurait donné de bons résultats à Smart, ou avec le collodion. Mais en raison du gonflement des parties atteintes, ces derniers procédés donnent lieu à de vives douleurs et même à des accidents sérieux quand la suppuration continue sous l'enduît. Les badigeonnages à la teinture d'iode, au sublimé, ont également été essayés.

Nous avons employé l'huile phéniquée dans une petite épidémie dont nous avons été témoin à l'infirmerie centrale des prisons. Ce traitement nous parut exercer une influence très favorable sur l'éruption variolique de la face. Il avait déjà été appliqué notamment par Schwimmer qui aurait démontré que les liquides antiseptiques employés se retrouvent dans la pustule de variole et ont une influence parasiticide (1).

En somme, malgré leurs bons effets, ces différents moyens n'ont pas donné de résultats assez catégoriques pour être adoptés d'une manière générale, mais ils peuvent du moins être fort utiles dans certaines circonstances. C'est ainsi que s'il se développe une pustule variolique sur la conjonctive près de la cornée, on ne manquera pas de la cautériser de bonne heure au nitrate d'argent. Ces cautérisations faites avec précautions et suivies des soins que réclament les ulcérations de la cornée, feront le plus souvent avorter la pustule et pourront éviter des lésions oculaires irrémédiables.

(1) E. Schwimmer (de Buda-Pesth). Zur Therapie des Variola vom Standpunkte der micrococcus lehre. Deuts. Arch. für klin. med. Bd XXV, Heft 2 et 3, p. 178.

« Nous nous bornerons à ces brèves indications, car nous pensons que l'emploi de ces moyens topiques dans une maladie générale comme la variole, n'est que le petit côté de la médication abortive.

Nous pourrions poursuivre beaucoup plus longuement cette étude des maladies que l'on a tenté d'interrompre dans leur cours. Nous avons dit que nous nous bornerions à l'examen des principales médications qui ont pu être considérées comme abortives. Nous verrons s'il est possible de tirer de ces exemples quelques conclusions générales.

Devons-nous nous occuper aussi des divers moyens qui ont été proposés pour supprimer brusquement un *symptôme isolé* ou pour empêcher un *accident morbide* de se développer.

Nous avons vu que souvent on a essayé d'arrêter une maladie en s'attaquant à une de ses manifestations principales. Ainsi on a voulu enrayer la fièvre typhoïde en ramenant la température du malade à son chiffre normal. Les moyens employés pour combattre l'hyperthermie ont pu donner de bons résultats, mais c'est sans doute en vertu d'une action générale complexe, beaucoup plus que par la suppression pure et simple d'un signe prédominant.

Alors même qu'elle ne se confond pas avec le traitement général comme dans le cas que nous venons de citer, la thérapeutique symptomatique peut rendre de grands services.

Certains symptômes créent par eux-mêmes un danger, et la nécessité de les combattre d'une manière spéciale s'impose. Il en est ainsi de l'hyperthermie, de l'insomnie, etc., etc., de la douleur même quand elle dépasse certaines limites.

Il est certain qu'en supprimant ces manifestations on ne fait pas de la médication abortive. On ne dira pas qu'on fait avorter une névralgie parce qu'on la calme pour quelques heures avec une injection de morphine, ni qu'on fait avorter la constipation en donnant un purgatif.

Cependant nous avons vu à propos de la variole et de l'érysipèle que certaines applications topiques dirigées contre une manifestation extérieure de la maladie peuvent jusqu'à un certain point passer pour avoir une valeur abortive. Il en est de même des applications externes qui peuvent interrompre une série d'accidents et procurer un soulagement immédiat au malade. Telles sont les pointes de feu ou les pulvérisations de chlorure de méthyle qui calment en peu d'instant certaines sciaticques. Tels sont encore les vésicatoires, les applications de sangsues ou de ventouses scarifiées, les injections hypodermiques d'éther, d'ergotine, etc., etc., dans certaines circonstances déterminées. Ces divers moyens, dont l'action est peut-être moins facile à expliquer qu'il ne semblerait au premier abord, ont quelquefois une valeur abortive réelle. Bornons-nous à les signaler, car ils ne tiennent qu'une place accessoire dans la médication abortive proprement dite.

Nous signalerons enfin les procédés propres à arrêter des actes morbides comme les accès d'asthme, certaines crises épileptoïdes et surtout la grande attaque d'hystérie. On sait qu'en exerçant une compression énergique sur la région ovarienne suivant le procédé de M. le Professeur Charcot, on arrive chez la plupart des hystériques à faire avorter ces attaques. Cette compression faite d'une manière méthodique à l'aide d'un appareil à demeure, a pu rendre quelquefois des services signalés.

Ces moyens, malgré tout l'intérêt qui s'attache à leur étude, malgré l'importance qu'ils prennent quelquefois laissent la maladie entière; ils n'empêchent qu'une de ses manifestations quand ils sont employés au moment même

où elle va se produire. Ils sont donc plutôt palliatifs qu'abortifs.

Nous ne croyons pas devoir leur consacrer un chapitre de ce travail. On peut dire qu'ils font avorter un accident ou un symptôme, mais il est certain qu'ils ne rentrent pas à proprement parler dans la médication abortive telle que nous devons la comprendre.

CONCLUSIONS.

Les faits que nous avons exposés et discutés sont souvent bien contradictoires. Nous devons essayer cependant d'en tirer quelques conclusions.

Ce qui résulte d'abord de l'étude à laquelle nous nous sommes livré, c'est que la médication abortive est encore très peu avancée et très contestable. Elle se recommande plus par les espérances qu'elle donne que par les succès qu'elle obtient.

Les circonstances dans lesquelles elle intervient et les moyens d'actions qu'elle utilise sont fort divers. Quand elle combat des maladies locales, facilement accessibles à une intervention directe et énergique, elle peut guérir d'une manière rapide et certaine, comme nous l'avons vu pour la conjonctivite purulente. Mais il suffit que ces conditions lui soient un peu moins favorables, comme dans la blennorrhagie uréthrale, pour que le succès devienne fort douteux.

Sa puissance est incontestable dans les maladies qui restent localisées pendant un certain temps avant d'envahir l'organisme entier. Lorsque l'on peut, comme on le fait pour la pustule maligne, détruire sur place l'agent pathogène, on arrête pour ainsi dire la maladie dans l'œuf, on la fait avorter. C'est ce que l'on a tenté de faire en détruisant les foyers de tuberculose locale, en excisant le chancre syphilitique.

C'est ce que l'on a fait aussi pour la fièvre puerpérale, en poursuivant dans la cavité utérine la cause ou le point de départ de l'infection. C'est ce que réalisent, en chirurgie, les pansements antiseptiques. C'est encore le but que l'on

peut atteindre, non plus en attaquant l'agent de la contagion lui-même, mais en modifiant le terrain sur lequel il doit évoluer, de manière à rendre sa multiplication et son envahissement impossibles. C'est ainsi qu'agissent les vaccinations et probablement aussi le traitement de la rage après morsure. Grâce à la longueur de l'incubation, on peut dans cette dernière maladie arriver plus vite que le virus dans les organes où son action est nuisible et le laisser ainsi en présence d'un sol réfractaire à son développement.

Ces différents procédés abortifs ont cela de particulier qu'ils revêtent volontiers des allures chirurgicales. La maladie infectieuse encore localisée est traitée comme une tumeur maligne qu'on supprime le plus vite possible. De plus, ils se rapprochent à tel point des moyens prophylactiques qu'on est souvent assez embarrassé pour fixer la limite qui les en sépare. C'est ce que nous avons fait ressortir à propos de la rage et de l'infection puerpérale.

Certaines affections générales, telles que l'érysipèle et la pneumonie, se caractérisent par des lésions tellement localisées qu'on peut se demander si elles ne sont pas, elles aussi, justiciables d'un traitement local destiné à combattre sur place l'agent pathogène. C'est ce que M. le Prof. Lépine a tenté de faire par les injections interstitielles poussées dans le foyer d'hépatisation pulmonaire. Ces essais ne peuvent être encore l'objet d'un jugement définitif; ils sont très rationnels et ils ouvrent une voie nouvelle à la thérapeutique active et en particulier à la médication abortive.

La tendance qui entraîne cette médication vers l'emploi des moyens prophylactiques et des procédés topiques est ici une fois de plus bien caractérisée.

Mais lorsque la maladie qu'on doit combattre est manifestement généralisée, il n'est plus possible de recourir

aux mêmes agents. Il est nécessaire que le traitement modifie l'organisme tout entier comme la maladie elle-même. Nous avons vu que les médicaments qui réussissent en pareil cas sont ceux auxquels on a donné le nom de spécifiques. S'ils ont une action tellement particulière qu'ils méritent ce nom, c'est sans doute parce qu'ils agissent d'une manière directe ou indirecte sur la marche de la maladie dont ils entravent le développement. A ce point de vue, ce sont des abortifs. Quand ils s'adressent à une maladie aiguë, ils peuvent agir rapidement comme le salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu.

Quand ils doivent combattre une maladie chronique comme la syphilis, les résultats de leur intervention sont forcément moins brillants. Dans tous les cas, la médication abortive, qui était locale et prophylactique dans les faits que nous avons examinés d'abord, est ici générale et curative.

On pourra dire que nous avons eu tort de considérer les spécifiques comme des abortifs; nous avons essayé de justifier cette manière de voir.

Nous croyons qu'elle doit être admise si l'on ne veut pas donner au mot abortif une signification tellement étroite qu'il faudrait renoncer à l'employer en thérapeutique.

Ces conclusions générales, difficiles à formuler d'une manière précise, ne sont pas les seuls enseignements que nous puissions tirer de cette discussion.

L'histoire nous montre, comme nous l'avons vu à propos de la pneumonie, que chaque fois qu'il y a une doctrine, c'est-à-dire une idée générale sur la nature de la maladie, il y a eu en même temps une idée correspondante sur les moyens de la combattre. Les différents systèmes qui ont dominé la médecine sont tombés successivement et leur

chûte a toujours entraîné celle des procédés thérapeutiques dont-ils avaient produit l'abus.

En reconnaissant que l'on s'était trompé sur la nature de la maladie et sur les moyens de la combattre dans son essence, on a désespéré d'arriver jamais à les connaître. On a renoncé à la thérapeutique active parce que la démonstration d'impuissance de la méthode abortive de la veille faisait douter de celle du lendemain. Aussi pendant les époques où l'observation pure a repris la première place, pendant celles où, par dégoût des théories, on s'est occupé surtout d'analyser l'état du malade, de connaître les symptômes les plus propres à fixer le diagnostic et le pronostic, de constituer la nosographie médicale, a-t-on volontiers pratiqué le scepticisme thérapeutique. On s'est borné à profiter des trouvailles des empiriques ou à faire de la médecine symptomatique ; on a préconisé la recherche des indications fournies par l'état particulier du sujet et proclamé que, pour le thérapeute, il n'y a pas de maladies mais seulement des malades.

Enfin on a érigé en règle de conduite l'expectation.

Suivant M. le Prof. Charcot qui eut à traiter la question comme sujet de thèse d'agrégation, « les attributs essentiels de la méthode expectante sont : 1° s'abstenir de toute médication active tant qu'il ne se présente pas d'indication qui rende leur emploi nécessaire ; 2° faire observer scrupuleusement les règles de la diététique (1) ». L'expectation ainsi définie est supérieure aux méthodes qui l'ont précédée. Elle évite de nuire, en ajoutant au mal primitif celui que peut causer une intervention violente. Elle est attentive, prudente, scientifique, en ce sens qu'elle ne s'illusionne pas sur la valeur et l'étendue de nos connaissances. Mais elle ne doit pas être posée en règle absolue, puisqu'elle admet l'usage des médicaments

(1) Charcot. De l'expectation. Th. agrég. Paris, 1857.

actifs quand est démontrée leur efficacité; c'est de l'expectation mitigée.

Il y a quelques années encore cette sorte de dédain ou de découragement, qui avait conduit certains esprits à préconiser l'expectation pure, pesait sur la thérapeutique. Il était dû surtout à l'absence de toute idée doctrinale qui servît de guide à la pratique. « Si, comme le remarque avec tant de raison M. le Prof. Bouchard, aucune époque ne s'est montrée autant que la nôtre indifférente aux questions de doctrine, ce n'est pas en raison d'un dédain stoïque pour tout ce qui n'est pas notion positive; c'est parce que le grand mouvement scientifique de ce siècle a fourni des aliments suffisants à notre curiosité dans le domaine de l'anatomie pathologique, de l'exploration clinique, de la pathologie expérimentale. Sur tous ces terrains, la culture a été intense, la moisson merveilleuse. On s'est désintéressé du reste, on a négligé la thérapeutique.

« On a assisté à ce spectacle : les élèves apprenant les lésions et les signes des maladies, omettant de se renseigner sur le traitement; des médecins passant un temps considérable à démêler les symptômes et à poser le diagnostic, puis oubliant de formuler un traitement, ou accomplissant cette obligation importune par bienséance, à la hâte et à la légère comme un vain cérémonial. Assurer le diagnostic, constater les lésions cadavériques, c'était le but de l'activité médicale, traiter n'était plus qu'une concession aux exigences et aux préjugés du public (1) ».

Aujourd'hui, après une longue période de doute, les études thérapeutiques reprennent faveur. La médication active, longtemps délaissée, réclame ses droits, et elle le fait en vertu des doctrines nouvelles qui nous ont fait

(1) Bouchard. Introd. du traité de mat. méd. et de thér. de Rosbach et Nothnagel, p. xviii et xix.

connaître la nature et la pathogénie d'un certain nombre de maladies.

Nous savons que beaucoup d'entre elles sont dues à des organismes vivants dont on commence à étudier la propagation et à déterminer les conditions d'existence. Nous avons toute raison de croire que d'autres affections tiennent à des modifications spéciales de la nutrition qui altèrent la composition des humeurs et modifient la vitalité des aliments. Nous devons penser que d'autres résultent d'auto-intoxications causées par les poisons produits sans cesse dans les tissus, quand ces poisons cessent d'être détruits dans les combustions interstitielles ou éliminés par les émonctoires.

Ce sont ces connaissances pathogéniques qui guideront les recherches thérapeutiques à venir et permettront peut-être de rendre la médication abortive plus puissante qu'elle ne l'est aujourd'hui. C'est ce qui est arrivé déjà pour quelques affections de cause externe. On arrête les maladies parasitaires en supprimant le parasite, comme on le fait pour la gale et pour les helminthes. On interrompt la marche des affections dues à un régime particulier, en modifiant ce régime comme on le fait pour le scorbut, enfin, quand les agents toxiques, tels que l'alcool ou le plomb, n'ont pas amené de lésions irréversibles, leur suppression fait disparaître les accidents dont ils ont été la cause.

Nous avons laissé de côté ces faits trop évidents pour être discutés et nous nous sommes attaché surtout à l'étude des maladies infectieuses, parce que, parmi les affections dont la cause est difficile à saisir, ce sont elles qu'il semble le plus facile d'arrêter dans leur évolution.

Les causes des déviations de la nutrition ne sont pas inaccessibles à la thérapeutique. M. le Prof. Bouchard a bien montré que les maladies qui résultent du ralentis-

sement de la nutrition ne sont pas toujours causées par la dystrophie originelle. « Chacune de ces maladies peut, dit-il, avoir son indépendance. Quand elle apparaîtra, elle dépendra d'un ralentissement nutritif; tant qu'elle existera, il y aura ralentissement nutritif. Mais ce trouble nutritif n'est pas de toute nécessité permanent. Il peut tenir à des causes extérieures passagères, et sa durée, liée à la durée de la cause, peut être plus ou moins prolongée sans être permanente, sans durer jusqu'à la fin de l'existence, sans remonter à l'instant de la conception (1). »

Les maladies diathésiques ne sont donc pas forcément incurables puisque la persistance de leur cause n'est pas fatale, mais il est clair que celle-ci ne peut être atteinte que par des modificateurs à action lente et progressive. Il ne saurait être question de faire contre elles de la médication abortive.

Les maladies d'origine toxique, nous ne voulons bien entendu parler que des auto-intoxications, commencent seulement à être connues. Les recherches de MM. les prof. Bouchard (2) et Lépine ont montré qu'il existe constamment dans les excréments fournies par les animaux vivants des corps de la nature des ptomaïnes (3). L'étude de ces corps a été faite par M. le Prof. A. Gautier, dont le nom tient la première place dans toutes les recherches entreprises sur les bases organiques dérivées des matières animales. Dans un mémoire, présenté il y a peu de jours à l'Académie de

(1) Ch. Bouchard. Mal. par ralent. de la nutrit. Paris, 1882, p. 378.

(2) Ch. Bouchard. Trait. antisept. des malad. infect. aiguës. Rev. de méd., nov. 1884.

(3) Ch. Bouchard. Sur la présence d'alcaloïdes dans les urines, au cours de cert. mal. infect. Soc. de Biologie, 1882. — De l'origine intest. de certains alc. norm. et path. Revue de méd., 88 3.

médecine (1), il expose le résultat de ses travaux et fait pressentir l'importance que ces alcaloïdes toxiques, auxquels il donne le nom de leucomaïnes, prendront un jour dans la pathogénie des maladies aiguës et chroniques.

« Je les ai caractérisés, dit-il, d'abord dans les urines, la salive, les venins, diverses sécrétions glandulaires, entre autres celles du ver-à-soie et je viens de les étudier particulièrement dans le muscle. Ils existent dans le sang où ils paraissent s'accumuler dès que, pour des raisons diverses, la peau, les reins, le tube digestif ne les éliminent plus. C'est alors, qu'agissant sur les centres nerveux, ils donnent lieu à une série de phénomènes d'ordre pathologique qui se déroulent, se succèdent nécessairement et dont l'ensemble contribue à former le tableau de chaque maladie.

« Nous résistons, ajoute-t-il, à cette incessante auto-infection, par deux mécanismes distincts, l'élimination du toxique et sa destruction par l'oxygène. »

La discussion s'est déjà emparée de ces recherches; on y a cherché des arguments pour ou contre l'origine autochthone ou étrangère de certaines maladies, la fièvre typhoïde, par exemple. Nous ne pouvons entrer dans ce débat; nous ferons remarquer seulement que les beaux travaux de M. le Prof. A. Gautier fourniront certainement à la thérapeutique de précieuses indications, en éclairant la pathogénie d'un certain nombre de maladies ou d'accidents morbides. Ils sont encore trop nouveaux pour que nous puissions en prévoir toutes les conséquences, au point de vue qui nous occupe.

Au contraire, les maladies qui résultent de la présence d'organismes inférieurs pathogènes commencent à être connues. Elles tiennent à une cause vivante, saisissable;

(1) Acad. de méd. 12 et 19 janv. 1886. Sur les alcaloïdes dérivés de la destruction des tissus animaux, par A. Gautier.

c'est donc contre elles surtout que pourront être dirigés maintenant les efforts de la thérapeutique.

C'est pourquoi nous avons tant insisté sur la nature septique de la plupart des maladies que nous avons étudiées et sur la valeur antiseptique des moyens qu'on peut leur opposer. C'est l'antisepsie qui paraît, à l'heure actuelle, fournir à la médication abortive ses agents les plus puissants. Mais la question est, en réalité, plus complexe qu'elle ne semble. Il ne suffit pas de savoir qu'une maladie est due à un agent infectieux pour connaître la façon de la combattre. Il faut savoir encore dans quels organes le microbe pathogène se localise, comment il envahit les organes voisins et infecte la circulation générale. Les succès de l'antisepsie en chirurgie tiennent à ce que les organismes qu'il faut détruire se fixent d'abord sur des parties accessibles, où il est facile de les atteindre.

Quand la surface est éloignée de l'extérieur, quand elle appartient à un organe recouvert d'une muqueuse délicate et douée de propriétés absorbantes, l'intervention est plus difficile.

Cependant il est possible de faire le lavage antiseptique du gros intestin dans la dysenterie. On peut réaliser l'antisepsie intestinale complète en se servant de substances qui ne sont ni caustiques, ni rapidement décomposables en présence du contenu de l'intestin, ni toxiques si elles doivent être absorbées en partie; nous l'avons vu à propos de la fièvre typhoïde.

Si l'agent infectieux est localisé dans la profondeur des tissus, on peut encore tenter de l'atteindre directement au moyen des injections interstitielles par exemple, mais la difficulté est augmentée par la réaction des tissus qui sont mis en contact avec le liquide injecté et par les phénomènes d'absorption veineuse et lymphatique qui ne manquent pas de se produire.

Enfin, quand l'infection est générale, il est nécessaire

que l'imprégnation de l'économie soit également générale pour arrêter la maladie dans son cours. Est-il possible de produire une modification du milieu intérieur assez considérable pour empêcher l'évolution des ferments morbides qu'il contient, sans nuire à sa vitalité? On a prétendu que non; mais les faits cliniques que nous avons exposés plaident pour l'affirmative. « On sait depuis des siècles, remarque M. le prof. Bouchard, que le mercure guérit la syphilis sans tuer le syphilitique et l'on n'oserait plus prétendre aujourd'hui qu'il agit par une vertu antiplastique, de même pour la quinine dans la fièvre intermittente, de même pour l'acide salicylique dans le rhumatisme articulaire aigu (1). » Ces agents modifient le milieu intérieur et nuisent à l'agent pathogène, quel qu'il soit, sans tuer les cellules organiques.

Remarquons aussi qu'ils ne sont héroïques que dans une seule maladie bien déterminée. Ce sont comme on l'a dit des spécifiques. Les expériences de laboratoire nous montrent déjà que les antiseptiques doivent varier avec chaque espèce de microbes. L'oxygène, indispensable à la vie d'un grand nombre de micro-organismes, empêche au contraire le développement de toute une catégorie de ferments. L'argent est tellement toxique pour certaines espèces que l'on ne peut obtenir une culture de l'*aspergillus niger* dans un vase d'argent, bien qu'il soit impossible de déceler dans le bouillon qu'il contient la moindre trace de ce métal. Certains microbes vivent et prospèrent dans des solutions de quinine, d'arsenic ou d'antimoine, dont quelques gouttes arrêtent le développement d'un grand nombre d'autres espèces. On comprend donc très bien qu'un médicament puisse être nuisible à l'agent pathogène d'une méthode déterminée à l'exclusion de ceux qui s'en rapprochent le plus. Il semble donc qu'on doive opposer un agent

(1) Ch. Bouchard. Loc. cit.

spécial, c'est-à-dire un spécifique, à chaque organisme pathogène.

Voici comment M. le professeur Bouchard pose les règles suivant lesquelles cette étude pourra être faite. « Les recherches du laboratoire qui devront précéder et préparer l'application clinique pourront être poussées dans une double direction.

« Pour les maladies infectieuses, dont l'agent a été isolé, cultivé, il faut essayer dans les liquides de culture sa sensibilité à l'égard des diverses substances dites antiseptiques. C'est sur ces microbes pathogènes que doit porter l'expérimentation et non, comme on l'a fait presque exclusivement jusqu'à ce jour, sur des microbes vulgaires, qui se développent naturellement dans les bouillons contaminés par quelques substances putrides, ou simplement exposées à l'air. Ce qu'il faudra chercher, ce n'est pas la substance antiseptique, et la dose de cette substance qui tuera le microbe et l'empêchera de se vivifier dans un bouillon pur de toute addition médicamenteuse; c'est l'agent thérapeutique et la dose de cet agent qui empêchera ou ralentira la pullulation du microbe pathogène » (1).

C'est dans cette voie que devra s'engager la thérapeutique active. Une expérience, que nous avons suivie avec M. Charrin au laboratoire de pathologie générale de la Faculté, démontre une fois de plus qu'une substance médicamenteuse peut agir à tous les degrés sur le développement d'un organisme spécial. Il s'agit du microbe du pus bleu, le micrococcus pyocyaneus et du méthyl-naphtol.

On sait qu'en se développant dans du bouillon de bœuf par exemple, il fait apparaître dans ce liquide jaunâtre une coloration verte, indice certain de la formation de la pyocyanine (2). Plus le développement du microbe est

(1) Ch. Bouchard. Loc. cit.

(2) Charrin. Com. à la Soc. anat., 26 déc. 1884.

actif, plus la teinte est foncée, au moins pendant les huit ou dix premiers jours. L'examen à l'œil nu permet donc, grâce à cette propriété chromogène, de juger de la vitalité de la bactérie d'un simple coup-d'œil.

Le 12 décembre 1885, on ensemeence avec une même quantité d'une même culture 5 ballons. Chacun d'eux contient 12 centimètres cubes de bouillon de bœuf parfaitement stérilisé. Immédiatement après l'ensemencement, on ajoute dans chaque ballon une quantité de méthylnaphtol telle que le 1^{er} en contient 0gr.045 pour 100 gr. de bouillon; le 2^e, 0gr.09; le 3^e, 0gr.27; le 4^e, 0gr.81; le 5^e, 1 gr. 62; toujours par rapport à la même quantité de bouillon. Tous ces ballons sont placés dans l'étuve, à 37°.

Le 14 décembre, le ballon n° 1 est vert émeraude, le n° 2 vert pâle, les trois autres sont restés tels qu'ils étaient au début de l'expérience.

Le 15 décembre, le n° 1 et le n° 2 sont vert émeraude, le n° 3 est vert clair, le n° 4 a une très légère teinte jaune verdâtre, le n° 5 est demeuré limpide.

Le 16, en agitant avec du chloroforme le liquide des 3 premiers ballons, on obtient une coloration bleue; franche avec les n° 1 et 2; très faible avec le n° 3. Le ballon n° 4 est vert-pâle, mais son contenu ne cède pas de bleu au chloroforme.

Les jours suivants, le développement de la pyocyanine continue, sauf dans le ballon n° 5 dont le contenu garde toujours la coloration initiale.

Pour tous les ballons les conditions étaient identiques, une seule chose différait, la dose de méthylnaphtol ajoutée au bouillon de culture. Force est donc d'attribuer à cette variante unique la variabilité des résultats observés.

Cette expérience ne montre-elle pas de la manière la plus évidente comment des doses différentes d'une même

substance peuvent permettre, modérer ou arrêter le développement d'un même microbe ?

La dose de l'agent employée pour combattre une affection d'origine bactérienne n'aura pas besoin d'être considérable, puisqu'il suffit d'entraver le développement des microbes pour qu'ils cessent d'être nuisibles et pour que la maladie avorte.

Nous ne voulons pas insister sur le côté purement théorique de la question. On sait qu'il y a loin de l'expérience du laboratoire à l'application clinique. Mais il est permis de penser que l'une pourra guider l'autre dans la voie que nous indiquons.

Les difficultés pratiques sont grandes quand il s'agit de modifier, d'une façon durable, le milieu intérieur sans nuire au malade. M. le Prof. Vulpian les montre clairement, quand, après avoir étudié le traitement de la fièvre typhoïde par les préparations salicylées, il ajoute :

« L'idéal du traitement serait d'introduire dans le sang une quantité suffisante d'un agent antiseptique capable de détruire les produits septiques qui l'ont envahi, de modifier l'état des éléments anatomiques et des milieux liquides de l'organisme affecté par l'influence virulente ; peut-être atteindra-t-on un jour cet idéal, mais aujourd'hui nous en sommes encore éloignés. L'organisme est comme le tonneau des Danaïdes. Les ingesta ne font que le traverser ; c'est un lieu de passage où les substances introduites par toutes les voies d'absorption s'échappent bientôt par tous les émonctoires et où, sous peine de destruction, l'élimination des agents médicamenteux employés doit contrebalancer leur ingestion » (1).

L'antisepsie médicale est donc difficile à réaliser. Cette méthode ne peut encore être légitimement introduite dans la pratique, mais il est permis de croire qu'elle sera réalisée un jour.

(1) Vulpian. Bull. Acad. méd. 8 mai 1882.

Quoi qu'il en soit, les maladies infectieuses sont celles contre lesquelles paraissent devoir être dirigés avec le plus grand succès les efforts de la médication abortive, soit qu'elle les surprenne à un moment de leur évolution où elles sont encore localisées, soit qu'elle les atteigne par une modification totale de l'organisme.

D'une façon plus générale, c'est en étudiant la pathogénie des maladies qu'on fixera d'une manière définitive le rôle de la médication abortive.

Quand on saura quelle est l'origine d'une affection donnée, sous quelle influence elle se développe, quelles réactions provoque la cause qui lui donne naissance, quelle marche elle suit à travers l'économie, on saura aussi : premièrement, s'il est possible de l'interrompre à un moment de son évolution ; deuxièmement, quels sont les moyens qui peuvent la faire avorter.

En un mot, la médication abortive sera guidée par les progrès de la pathogénie.

Mais en dépit de toutes les présomptions, de tous les arguments doctrinaires, n'oublions pas que la question ne sera jugée que par l'expérience. Comme le dit M. le Prof. Bouchard : « Au point de vue de l'invention, l'empirisme doit reculer incessamment devant les progrès de la science. Au point de vue du contrôle et de la consécration, il garde sa suprématie et, comme je le disais tout à l'heure, sa magistrature. »

TABLE DES MATIÈRES.

	Pages
I. — INTRODUCTION	1
II. — La médication abortive dans les maladies.....	24
Conjonctivite purulente.....	27
Blennorrhagie.....	36
Furuncle, anthrax, phlegmon diffus, bubon, inflam- mations aiguës et chroniques de nature diverse...	56
Pustule maligne.....	77
Syphilis.....	84
Tuberculose.....	111
Infection puerpérale.....	127
Rage.....	138
Erysipèle.....	145
Pneumonie.....	152
Fièvre typhoïde.....	176
Rhumatisme articulaire aigu.....	207
Fièvre intermittente.....	217
Variole.....	225
III. — CONCLUSIONS.....	246

Paris. — A. PARENT, impr. de la Faculté de médecine, A. DAVY, Succ^r
52, rue Madame et rue Corneille, 3.